

Теории психотерапии

В данной книге изложены основные теории психотерапии. Книга имеет четкую структуру: каждая глава содержит краткую биографию исследователя, основные теоретические концепции, психотерапевтические методики и случаи из практики. Авторы дали беспристрастное описание каждого подхода, одновременно стремясь к доступному, полному и точному изложению. Данная книга адресована широкому кругу читателей, интересующихся проблемами психологии, психотерапии и консультирования. Она может быть рекомендована в качестве учебного пособия для студентов соответствующих специальностей, которое подготовит их к дальнейшей работе с оригинальными источниками этих теорий.

Содержание

Предисловие

Введение

Природа теории

Точки зрения и их классификация

Отношение к другим психологическим теориям

Философский подтекст

Структура книги

Часть I. Психоаналитические и неоаналитические подходы

Предисловие к части I

Глава 1. Психоанализ: Фрейд

Становление и развитие

Философия и концепции

Структура личности

Развитие личности

Личностная динамика: чередование инстинктов

Защитные механизмы

Неврозы

Основные (общие) неврозы

Частные варианты невроза

Психоанализ: терапия

Цели

Терапевтический процесс

Продолжительность и область применения

Пример из практики

Заключение и оценка

Глава 2. Аналитическая психотерапия: Юнг

Становление и развитие

Философия и концепции

Концепции

Допущения

Психопатология

Элементы аналитической психотерапии

Цели терапии

Терапевтический процесс

Техники терапии

Продолжительность и область применения

Пример из практики
Заключение и оценка

Глава 3. Индивидуальная психология: Адлер

Становление и развитие
Философия и концепции

Концепции
Допущения

Терапия Адлера

Цели
Терапевтический процесс
Техники терапии

Продолжительность и область применения

Пример из практики
Заключение и оценка

Глава 4. Психоаналитическая теория объектных отношений и терапия: Фэйрберн, Винникот и Гантрип

Становление и развитие
Некоторые основные концепции

Фэйрберн
Винникот
Гантрип

Психотерапия объектных отношений

Цели
Терапевтический процесс

Продолжительность и область применения

Пример из практики
Заключение и оценка

Часть II. Подходы, основанные на теории научения

Предисловие к части II

Глава 5. Теория подкрепления и психоаналитическая терапия: Доллард и Миллер

Становление и развитие
Философия и концепции

Терапевтический процесс

Проведение терапии: техники

Терпимость
Свободные ассоциации
Вознаграждение за разговор
Работа с переносом
Обозначение
Обучение различению

Продолжительность и область применения

Пример из практики
Заключение и оценка

Глава 6. Поведенческая терапия: Вольпе

Становление и развитие
Философия и концепции

Выученные психиатрические синдромы в сравнении с психопатологическими
Проявления неврозов

Причина неврозов

Терапевтический процесс

Поведенческий анализ

Проведение терапии: техники терапии

Когнитивные процедуры
Систематическая десенсибилизация

Технические разновидности стандартной процедуры десенсибилизации

Альтернативные противотревожные реакции для работы с воображаемыми раздражителями

Десенсибилизация к экстероцептивным раздражителям

Использование химических веществ с целью устранения тревоги

Процедуры с вызовом сильной тревоги

Методы оперантного обусловливания

Аверсивная терапия

Продолжительность и область применения

Пример из практики

Заключение и оценка

Часть III. Когнитивные подходы

Предисловие к части III

Глава 7. Рационально-эмотивная психотерапия: Эллис

Становление и развитие

Философия и концепции

Допущения

Иррациональные идеи

Модель А-В-С терапии РЭТ

Терапевтический процесс

Цели терапии

Шаги терапии РЭТ

Применение: техники терапии

Продолжительность и область применения

Пример из практики

Заключение и оценка

Глава 8. Когнитивная терапия: Бек

Становление и развитие

Философия и концепции

Подход, основанный на здравом смысле

Принципы

Ключевые концепции

Эмоциональные расстройства

Принципы когнитивной терапии

Некоторые объекты когнитивной терапии

Терапевтическое сотрудничество

Техники когнитивной терапии

Когнитивная терапия депрессии

Обоснование когнитивного подхода

Объекты когнитивной модификации

Продолжительность и область применения

Пример из практики

Заключение и оценка

Глава 9. Когнитивная модификация поведения: Мейхенбаум

Становление и развитие

Исходные положения и концепции

Функции внутреннего диалога

Процесс изменения/терапии

Применение: методы и техники

Когнитивно-поведенческая оценка

Клиническое применение подхода

Когнитивные факторы в техниках поведенческой терапии

Прививка против стресса

Техники когнитивного реструктурирования

Заключение и оценка

Часть IV. Перцептуально-феноменологические подходы

Предисловие к части IV

Глава 10. Психология и психотерапия личных конструктов: Келли

Становление и развитие

Философия и концепции

Философия конструктивного альтернативизма

Базовая теория

Природа личных конструктов

Основные диагностические конструкты

Переходные конструкты

Последовательные изменения конструктов

Типы психических расстройств

Терапевтический процесс

Основные подходы к пересмотру конструктов

Применение: процедуры и техники

Оценка переживаний

Оценка деятельности

Шаги диагностики

Психологическое тестирование в диагностике и психотерапии

Психотерапевтический подход: основные техники

Паллиативные техники

Уточнение жалобы

Уточнение личной системы

Освобождение и ужесточение

Обеспечение психотерапевтического движения

Терапия фиксированных ролей

Пример из практики

Заключение и оценка

Глава 11. Транзактный анализ: Берн

Становление и развитие

Философия и концепции

Личностное развитие

Структура личности

Функции личности

Четыре жизненные позиции

Психопатология

Терапевтический процесс

Цели терапии

Этапы психотерапии

Применение и техники

Терапевтические действия

Продолжительность и область применения

Пример из практики

Заключение и оценка

Глава 12. Гештальт-терапия: Перлз

Становление и развитие

Философия и концепции

Природа организма

Рост и созревание

Невроз

Психоз

Терапевтический процесс

Цели

Процесс

Проведение и техники

Роль психотерапевта

Осознание здесь и сейчас
Пробуждение у пациента ответственности
Работа с драмой и фантазией
Замешательство
Работа со сновидениями
Домашнее задание
Интеграция

Продолжительность и область применения

Примеры из практики

Заключение и оценка

Глава 13. Клиент-центрированная терапия: Роджерс

Становление и развитие

Философия и концепции

Природа людей и отдельного человека

Философская ориентация психотерапевта

Определения конструктов

Теория личности

Теория межличностных взаимоотношений

Гипотетический закон межличностных взаимоотношений

Теория терапии и личностного изменения

Теория полностью функционирующей личности

Терапевтический процесс

Процесс, переживаемый клиентом

Представления о процессе психотерапии

Проведение терапии

Терапевтические отношения

Продолжительность и область применения

Примеры из практики

Заключение и оценка

Часть V. Экзистенциальная психотерапия

Предисловие к части V

Глава 14. Логотерапия: Франкл

Становление и развитие

Философия и концепции

Природа человека

Мотивация

Экзистенциальный вакуум и экзистенциальная фрустрация

Природа неврозов и психозов

Терапевтический процесс

Постановка диагноза

Общая природа логотерапии

Терапия и ноогенные неврозы

Смысл страдания

Смысл работы

Смысл любви

Логотерапия как неспецифическая терапия при неврозах

Проведение терапии: техники логотерапии

Продолжительность и область применения

Примеры из практики

Заключение и оценка

Часть VI. Заключение: дивергенция и конвергенция в психотерапии

Предисловие к части VI

Глава 15. Дивергенция

Основное философское различие

Парадигма специфических вмешательств

- Мультикультурное движение
- Заключение
- Глава 16. Конвергенция
 - Движение к интеграции
 - Философский аспект
 - Решение через эклектизм
 - Решение через общие факторы
 - Скрытые общие черты
 - Психотерапевт в терапевтических отношениях
 - Клиент в терапевтических отношениях
 - Отношения как неспецифический элемент
 - Вездесущее плацебо
 - К универсальной системе психотерапии
 - Цели
 - Условия
 - Характеристики системы
 - Заключение
- Список использованной литературы
- Благодарности
- Алфавитный указатель

Предисловие

Книга «Теории консультирования и психотерапии» была задумана за обедом в ресторане «Морской колодец» отеля «Шерман» в Чикаго во время встречи Американской психологической ассоциации в 1960 году. Джордж Миддендорф, редактор психологической литературы издательства «Харпер», спросил автора, не порекомендовал бы тот кого-нибудь, кто бы смог написать книгу о теориях психотерапии вроде той, что Хилгард написал о теориях научения (Hilgard, 1948) или Холл и Линдзи — о теориях личности (Hall & Lindzey, 1957). После недолгих размышлений (несколько недель) я порекомендовал себя. Я к тому времени выпустил две книги в «Харпере» («Помощь при эмоциональных расстройствах», 1958; «Консультирование и психотерапия: теория и практика», 1959). Хотя ни одна из них не стала бестселлером, Джордж предложил мне подписать контракт.

В каждом из первых четырех изданий этой книги добавлялись или опускались обсуждения различных теорий, в зависимости от того, что было важно на момент публикации. [Первое издание (Patterson, 1960) включало 15 глав. Во втором издании (Patterson, 1973) три из этих глав были опущены: условно-рефлекторная терапия Сэлтера, теория подкрепления в консультировании Репински и теория вмешательства Е. Л. Филлипса. Две теории были добавлены, что в общем составило 14: основы научения в поведенческой терапии Канфера и Филлипса и гештальт-терапия Перлза. В третьем издании (Patterson, 1980) была опущена глава о транзактном подходе Гринкера и добавлены главы о когнитивной поведенческой терапии Мейхенбаума и транзактном анализе Берна. Из четвертого издания (Patterson, 1986) были изъяты две главы предыдущих двух изданий: Миннесотская точка зрения Уильямсона и психоаналитическое консультирование Бордина. Были включены четыре новые главы: психоанализ Фрейда, когнитивная терапия Бека, функциональная эклектическая психотерапия Харта и когнитивная терапия и гипотеза ложной концепции Рэйми.] В данном издании опущены главы о Рэйми, Канфере и Филлипсе, о подходе социального научения Роттера, о Харте и об эклектической системе клинической практики Торна. Впервые в этом издании появляются главы об аналитической психотерапии Юнга, индивидуальной психологии Адлера и теории и терапии объектных отношений. Из четырнадцати теорий, включенных в это издание, в первом издании было только шесть: теория подкрепления и психоаналитическая терапия Долларда и Миллера, поведенческая терапия Вольпе, рационально-эмотивная терапия Эллиса, психология личностных конструктов Келли, клиент-центрированная терапия Роджерса и логотерапия Франкла.

В этом издании, как и в предыдущих, было сложно определить, какие теории опустить, а какие добавить. Можно было бы включить гораздо больше теорий. Консультации с коллегами не приводили к полному согласию. Поэтому окончательное решение при отборе принадлежит авторам. Преподаватели, которые хотят, чтобы их студенты знали теории, присутствующие в предыдущих изданиях, могут найти эти издания в библиотеке.

Для включения теории в издание нельзя пользоваться каким-то одним критерием. Основным критерием, как указано в четвертом издании (Patterson, 1986, р. XIV), является наличие в данном подходе устойчивой основы или концепции. Вторым условием, на взгляд авторов, является значение для психотерапии. Важность для истории тоже учитывается, хотя некоторые исключенные теории, например Уильямсона и Торна, могут считаться исторически важными. Популярность теории не является критерием, равно как и то, в какой степени она практикуется ее приверженцами. Тем не менее большинство теорий либо широко практикуются, либо изучаются студентами.

Студенты, изучающие психотерапию, должны на ранних стадиях обучения получить представление об основных подходах и точках зрения. Ожидать от них самостоятельного изучения оригинальных источников хотя бы полудюжины этих подходов было бы нереалистично. Но кратких описаний, которые включаются в учебники, недостаточно. Необходима справочная литература, в которой были бы представлены точные и обстоятельные обобщения, достаточно подробные для того, чтобы дать студентам представление о структуре и устройстве теорий, с тем чтобы они могли их сравнивать и использовать в качестве основы при дальнейшем прочтении оригинальных источников хотя бы некоторых из этих теорий.

Есть несколько способов подхода к подобным книгам. Человеку, в силу собственных убеждений, сложно изложить непредвзято и точно различные точки зрения. Можно снизить вероятность предвзятости, если работать с сотрудниками, чьи точки зрения различаются. Написание подобной книги тем не менее все равно представляет собой большой труд, и здесь желателен и необходим не один такой сотрудник. Второй подход, происходящий из этой проблемы, это найти одного общего редактора наряду с признанными специалистами, который бы представил их. Работа, построенная таким образом, осложняется из-за личных убеждений каждого автора и степени логичности излагаемого ими материала. В этом случае неплохо узнать оценку кого-то не из числа авторов и редактора. Третий подход — если один человек представляет различные теории, а впоследствии соответствующие главы будут прочитаны и оценены коллегами или последователями представленных теорий.

При создании этой книги был использован третий подход. Возможны два варианта этого подхода. В первом случае теории характеризуются с точки зрения писателя, то есть дается либо объяснение, либо критика или оценка ее. Во втором случае писатель может попытаться беспристрастно изложить теории так же, как они могут быть изложены их создателями или представителями, после чего следует оценка или критика теории. Мы использовали именно второй вариант.

В каждой главе мы дали описание определенного подхода, но не с нашей точки зрения на него, а с точки зрения его приверженца. Мы попытались дать беспристрастное описание каждого подхода, стремясь при этом к наиболее понятному, полному и точному изложению. В отдельных случаях мы изменили порядок изложения материала для большей ясности. В каждом случае мы изучали работы авторов теорий и в процессе изучения приходили к согласию с ними. В результате если не все, то большинство теорий представлены в достаточно хорошем свете. Более всего мы стремились к точности и понятности.

О том, что нам удалось довольно успешно избежать предвзятого подхода в нашей работе, свидетельствует тот факт, что наш вариант изложения теорий был прочитан и одобрен их авторами или последователями. Это было проделано с каждой теорией в первом издании, и предложения читателей были учтены в каждой главе. Я в огромном долгу перед людьми, которые читали главы первого издания, давали свои комментарии и в некоторых случаях позволили мне использовать их записи и примеры из практики. Это Альберт Эллис, Виктор Франкл, Джордж Келли, Нил Миллер, Карл Роджерс, Джозеф Вольпе и Дональд Мейхенбаум. Ирвинг Польстер читал главу по гештальт-терапии. Мы также хотим поблагодарить тех, кто проверял главы пятого издания, за их вклад в работу: д-ра Эла Адамса

(*Regent University*), д-ра Розеанну Каппелла (*East Stroudsburg University*), д-ра Хелен Коберн (*Auburn University at Montgomery*), д-ра Джеймса Кансила (*North Dakota State University*), д-ра Херба Кросса (*Washington State University*), д-ра Ричарда Данлопа (*University of Missouri*), д-ра Джона Эллиса (*East Tennessee State University*), д-ра Чарльза Фредериксона (*Centenary College*), д-ра Сандру Дженкинс (*Pacific University*), д-ра Роберта Розенбаума (*California Institute of Integral Studies*), д-ра Вэнса Ройдса (*Brewton-Parker College*), д-ра Каролин Томас (*Auburn University at Montgomery*) и д-ра Дэвида Вайсса (*University of Akron*). Мы надеемся, что наше изложение теорий оказалось удачным и, может быть, в некоторых случаях более понятным, чем в оригинале.

Некоторые из рецензентов и критиков, возможно, не знали, что эти главы (как и главы более ранних изданий) были признаны авторами (или последователями) теорий как ясное и точное изложение. Это могло произойти оттого, что они реагировали на раздел оценки теории в конце главы. На самом деле этот раздел отражает взгляды как авторов, так и тех рецензентов и критиков, на которых авторы ссылаются.

В этом издании в раздел оценки теории добавлены три новых аспекта: 1) утверждения других ученых, сделавших свой вклад в теорию, и ссылки на них; 2) короткие описания или результаты исследований и 3) обозначение возможных путей развития. Каждая глава была переработана. К большинству глав по теории были добавлены также разделы по длительности и ограничениям терапии.

Заключительный раздел книги — о дивергенции и конвергенции в психотерапии — также принадлежит перу авторов. Преподаватели, которые подвергают сомнению или не согласны с этими главами, могут использовать их для проверки своих собственных взглядов или как повод для обсуждения со студентами.

Необходимо отметить две вещи.

1. Мы оставили обозначение «клиент-центрированный» для подхода Роджерса, несмотря на утверждение Райса и Гринберга (Rice & Greenberg, 1992), что после переезда в Калифорнию Роджерс решил переименовать «клиент-центрированную терапию» в «лично-ориентированную» (р. 201). Зимринг и Раскин (Zimring & Raskin, 1992) называют свою главу «Карл Роджерс и клиент/лично-центрированная терапия». Они отмечают, что в 1970 г. «словосочетание "лично-ориентированный подход" обретает смысл и значение для развития клиент-центрированного движения, поскольку принципы клиент-центрированного подхода направлены на обучение, производство и другие виды человеческого взаимодействия» (р. 643). Роджерс (Rodgers, 1986) использует два термина: клиент-центрированная терапия и лично-центрированный подход. Позже, в статье под названием «Клиент-центрированный? Лично-центрированный?» Роджерс утверждает, что он хотел бы найти «термин, который бы обозначал, что я стремлюсь принести облегчение группе людей, которые не являются моими клиентами». Этот термин — «лично-центрированный». «Клиент-центрированный» — это термин, используемый в терапии, для клиентов.

2. Мы удалили слово «консультирование» из этого издания. Причина проста: не существует теорий консультирования отдельно от теорий психотерапии. Морер (Mahrer, 1992), рассуждая о будущем психотерапии, сказал:

«Существуют отдельные группы людей, пытающихся различать такие пересекающиеся понятия, как психотерапия, психоанализ, консультирование, ориентация (руководство), психологическое лечение, работа с пациентами, реабилитация и сходные с ними слова (см. Belkin, 1975; Hamilton, 1977; Manning & Cates, 1972; Pallone, 1977; Wrenn, 1972). Я предлагаю считать слово «психотерапия» общим для них и различать такие значимые подтипы, как рационально-эмотивная и психоаналитическая психотерапия, детская психотерапия и семейная психотерапия» (р. 104).

Тем не менее авторы данного издания не стали бы уравнивать консультирование с психотерапией — как это делал первый из них в прошлом (см. Patterson, 1974). Термин «консультирование» сейчас применяется к широкому кругу действий, включая обеспечение информацией, преподавание — индивидуальное инструктирование и обучение — и другие действия, связанные с образованием.

Импульс к работе над пятым изданием дал Род Гудьеар, который также хотел работать

над текстом. К сожалению, он все же не смог этого сделать. В работе над этим изданием моим соавтором стал Эд Уоткинс. Мне приятно, что он ко мне присоединился.

С. Паттерсон

Введение

Природа теории

Что составляет психотерапевтическую теорию? Сколько всего этих теорий? Теория — это больше, чем мнение, предположение, выражение позиции или точки зрения. Это больше, чем набор принципов, методов или техник. Это больше, чем краткое изложение знаний, принципов или методов, полученных в ходе исследований или на практике.

Теория — это попытка организовать и обобщить знания и найти ответ на вопрос «почему?». Теория организует, объясняет и излагает в форме законов или принципов факты и знания в какой-либо области или ее части. Подобная организация или упорядочение того, что мы знаем, дает возможность систематического описания, из которого в дальнейшем следуют объяснения и предположения, впоследствии подвергающиеся проверке. Теории изобретаются или создаются именно для этих целей, а не просто существуют где-то сами по себе в ожидании, что кто-то их откроет. Практика может основываться на эмпирическом знании. Теория, ее объясняющая, дает ощущение понятности и рациональности и намечает дальнейшие пути практики. Она обеспечивает руководство к применению практических знаний и основу для обобщения, предугадывания дальнейшего хода событий и внесения поправок в новых или отличных ситуациях.

Как правило, у теории есть определенные характеристики. Во-первых, она состоит из набора постулатов или положений. (Положения иногда отличаются от постулатов; разница между ними — в степени уверенности в их истинности. Постулаты не столь безоговорочны.) Они обозначают условия той области, в которой существует данная теория. Это данность, которая принимается без каких бы то ни было доказательств. Они должны обладать внутренней логикой. Во-вторых, имеется набор определений, терминов или концепций данной теории. Эти определения связывают концепции с известными данными или с действиями и таким образом обеспечивают возможность изучения концепций через исследования и эксперименты. В-третьих, термины или концепции определенным способом взаимодействуют друг с другом; эти взаимодействия исходят из набора правил, обычно из правил логики. Они включают в себя причинно-следственные отношения. В-четвертых, на основе этих положений, определений и взаимодействий строятся или выводятся гипотезы. Обычно гипотезы предполагают то, что должно быть верным в случае, если положения, определения, взаимодействия и основания, на которых построены следующие из них заключения, верны, то есть если данная теория работает. Из имеющихся положений, определений и взаимодействий следуют определенные выводы, которые предположительно верны. Гипотезы представляют эти выводы в форме, которая позволяет проверить их верность.

Проверка гипотез ведет к новым знаниям. Если гипотеза не подтверждается соответствующими наблюдениями и экспериментами, то теория должна быть скорректирована или пересмотрена, из нее выводятся и проходят проверку новые гипотезы. Таким образом, теория побуждает к исследованиям, рождая новые гипотезы для проверки, и управляет наблюдениями и экспериментами.

Теория не только предсказывает новые факты и взаимодействия, но также организует и облекает в понятную форму то, что уже известно. Не совсем ясно, происходит ли эта организация имеющихся знаний одновременно с созданием теории или после него; некоторые писатели считают, что организация происходит на позднем этапе создания теории или как ее результат. Как бы то ни было, положения или постулаты теории не возникают из ничего, без связи с реальностью и опытом. Они вырастают или развиваются из наблюдений и опыта или из эмпирического исследования; таким образом, существующие реальные факты и знания являются основой положений и определений теории. Возникновение теории, ее проверка,

внесение поправок или коренных изменений и дальнейшие проверки составляют длительный процесс.

Правильность и валидность теории не может быть оценена, пока теория не апробирована. На самом деле, редкие теории — если вообще таковые есть — могут быть признаны абсолютно и полностью верными, даже после достаточного количества проверок. Тем не менее хорошая теория имеет больше шансов на валидность, чем слабая. Для оценки теорий предлагаются определенные критерии (Aiken, 1993; Cloninger, 1993; Hall & Lindzey, 1970; Maddi, 1968; Ruckman, 1993; Steffle & Mathney, 1968).

1. **Важность.** Теория должна быть особенной, нетривиальной. Она должна быть применимой к более широкой сфере, чем, например, поведение крыс в Т-образном лабиринте или научение бессмысленным слогам. Она должна соотноситься с жизнью или реальным поведением. Важность очень сложно оценить, поскольку критерии оценки слишком неопределенные или субъективные. Принятие теории компетентными профессионалами или признание и упоминание в профессиональной литературе могут свидетельствовать о важности. Также если теория соответствует другим критериям оценки, она скорее всего важна.

2. **Четкость и ясность.** Теория должна быть доступна для понимания, логична и лишена неясностей. Оценить ясность можно, проверив, насколько легко теория соотносится с данными или с практикой, насколько легко из нее вывести гипотезу или предположение и определить метод их проверки.

3. **Экономичность, или простота.** Простота издавна считается характеристикой хорошей теории. Это означает, что в теории до минимума снижены количество исключений из правил и сложность. Хотя Мэдди (Maddi, 1968) сомневается в правильности данного критерия и утверждает, что невозможно определить, какая из двух теорий более простая, пока не будет известно все про область их применения. Он также сомневался в ценности этого критерия на том основании, что наиболее простая теория, построенная на определенных данных, не обязательно самая лучшая: «Очень возможно, что теория, которая, как кажется, очень просто объясняет сегодняшние факты, окажется настолько упрощенной в более глобальном контексте, что не сможет справиться с завтрашними фактами без тщательного ее пересмотра» (р. 456). Тем не менее можно утверждать, что принципы, лежащие в основе явлений мира и природы, сравнительно просты. Закон простоты, оказывается, наиболее часто нарушается при создании теорий. Возможно, это случается из-за того уровня знаний, которого мы достигли, когда разнообразие и сложность заметны гораздо лучше, чем скрытая в их глубине целостность и логика. Халл и Линдси (Hall & Lindzey, 1970) предположили, что простота важна только после критерия обстоятельности и валидности теории. «На это стоит обращать внимание только в том случае, если из двух разных теорий следуют одни и те же выводы» (р. 13).

4. **Обстоятельность.** Теория должна быть всеобъемлющей, покрывать область, к которой она относится, и учитывать все известные данные в этой области. При этом область можно ограничить.

5. **Операциональность.** Необходимо, чтобы теорию можно было свести к набору действий для проверки ее предположений или предсказаний. Ее концепции должны быть достаточно точными, чтобы их можно было оценить. В то же время слишком большое стремление соответствовать этому критерию тормозит процесс, как указывает Мэдди (Maddi, 1968, р. 454), если оценка производится в ходе отдельной ограниченной операции. Отсутствие способа оценки действенности концепции не должно отбрасывать концепции, необходимые для теории. Сначала необходимо дать определение концепции, а потом найти или разработать способ ее проверки. Не все концепции теории должны быть действенными; концепции можно использовать для того, чтобы выяснять взаимодействие и взаимосвязь между другими концепциями.

6. **Эмпирическая валидность, или верифицируемость.** Предыдущие критерии рациональны по природе и не связаны напрямую с правильностью или валидностью теории. Конечно, со временем теория должна подкрепляться опытом и экспериментами, которые ее подтверждают; таким образом, помимо того, что она согласна с уже имеющимися сведениями или способна принять их в расчет, она должна обеспечивать новые знания. Тем не менее

теория, которая в результате эксперимента отбрасывается, может косвенно привести к новым знаниям, поскольку она является стимулом для создания другой, лучшей теории.

7. Продуктивность. Способность теории приводить к предположениям, которые можно проверить и таким образом получить новые знания, часто называется продуктивностью. Но теория может быть продуктивна, даже если она и не способна привести к определенным предположениям. Она может навести на размышления и подтолкнуть к развитию новых идей и теорий иногда потому, что она вызывает недоверие или неприятие у других.

8. Практичность. Существует последний критерий хорошей теории, который редко учитывается: теория должна помогать организации умственной деятельности и быть полезной на практике, обеспечивая ее понятийные рамки. Теория позволяет тем, кто совершает практическую работу, перейти от эмпирического уровня применения техник методом проб и ошибок к рациональному применению принципов. На практике многие считают теорию чем-то не относящимся к тому, что они делают, не имеющей ничего общего с практикой или реальностью. В то же время, как сказал Левин (Lewin, 1944), один из исследователей топологической психологии, «нет ничего более практичного, чем хорошая теория». Именно действия, основанные на теории, отличают профессионала от исполнителя.

Вряд ли найдется теория психотерапии, которая отвечает всем этим критериям. Не существует ни такой теории личности, ни теории научения. Существующие теории находятся на начальном этапе развития, и критерии устанавливают цели, к которым должны стремиться создатели этих теорий. Большинство теорий в психотерапии не имеют формальной структуры, хотя в некоторых из них есть попытки формулирования ряда взаимосвязанных постулатов или положений с вытекающими из них выводами. Во многих случаях концепции теорий скорее подразумеваются, чем объясняются. Объяснение может даваться в самых разнообразных случаях — от одного-единственного элемента или аспекта психотерапевтического процесса до более общих понятий. Франк (Frank, 1961) писал:

«Некоторые работы в психотерапии пытаются охватить все ее аспекты. Многие из них отличаются чрезвычайным проникновением в суть и способностью воодушевлять и проливают свет на многие области знания. Тем не менее, преследуя цель охватить как можно больше, они используют метафоры, оставляя нерешенными основные непонятные вопросы и делая невозможным использовать гипотезы как предмет экспериментальных исследований.

Противоположным подходом является попытка создать концепцию в отдельной части исследуемой области с достаточной точностью для того, чтобы проверить гипотезу на практике. Однако в этом случае есть опасность принести значительность в жертву точности. Перед исследователем стоит задача ограничить аспект психотерапии, являющийся предметом экспериментального изучения, и в то же время не упускать из виду основные факторы данного явления. Он оказывается в затруднительном положении норвежского бога Тора, который, попытавшись осушить небольшой кубок, узнал, что тот связан с морем. В этих обстоятельствах появляется неизбежная тенденция в поиске задач для исследования руководствоваться их легкостью, а не важностью. Это напоминает известную историю о пьянице, который потерял в темноте ключи и искал их под фонарем, потому что там было лучше видно. Подобный подход привел к большому количеству тщательных, но тривиальных исследований» (pp. 227-228).

Оказывается, психотерапевты были настолько погружены в практику, что развитию теорий уделялось мало времени. Тем не менее, хотя это официально не признано, в каждой практике или подходе психотерапии имеются само собой разумеющиеся положения. Часто они формулируются неточно или, возможно, вообще никак не упоминаются, но они есть. Теоретические дискуссии о психотерапии часто ссылаются на положения и гипотезы, частенько путая их между собой. Многие из этих дискуссий являются объяснениями постфактум какого-то явления, однако в своем развитии они не доходят до стадии исследования. Таким образом, они не излагаются в последовательной или ясной форме. Тем не менее они являются зародышами теории и должны иметь потенциал для ясного объяснения их как полноценных теорий.

Целью этой книги не является попытка сформулировать подобные теории на основе имеющейся литературы. Скорее наша цель — представить имеющиеся теории в той форме, в которой они существуют. Таким образом, слово «теория» используется достаточно вольно,

иначе содержание этой книги было бы гораздо более скудно. Более подходящее в данном случае понятие — «точка зрения».

Точки зрения и их классификация

Когда принимается решение включать в работу точки зрения или подходы в психотерапии, а не только оформившиеся теории, число кандидатов значительно возрастает. Мы можем попытаться либо свести все теории или подходы к нескольким основным, либо работать только с несколькими главными из них. Пепинскис (Pepynskis, 1954) классифицировал теории по пяти основным категориям: 1) теория черт и факторов личности (*trait-and-factor centered approach*), 2) коммуникационный подход, 3) теория самости (*self-theory*), 4) психоаналитический подход и 5) необихевиористский подход. Возможно, что большинство основных теорий подходит под эти категории. Так, различные подходы теории научения Долларда и Миллера и Вольпе можно отнести к необихевиористской категории, а разнообразные неопсихоаналитические теории — к психоаналитическому подходу.

В какой-то мере здесь используется та же схема: различные подходы группируются в категории, похожие на категории Пепински, однако возникает проблема с порядком их расположения в книге. Возможно ли вообще каким-то образом упорядочить столько разных теорий или они слишком разнородны для этого? Одним из возможных решений было бы расположить их на шкале от самых директивных до самых демократичных. Есть и другие пути организации. Один из таких путей, возможно, не полностью независимый от шкалы директивности—демократичности, это расположение подходов от наиболее рациональных до наиболее эмоциональных или от познавательных (когнитивных) до конативных. Бордин (Bordin, 1948) предложил следующую шкалу теорий: от тех, которые «концентрируются на умственном процессе обоснования проблемы», до тех, которые «стремятся стимулировать клиента к более долгому и глубокому выражению своей позиции при помощи таких методов, как принимающий и проясняющий ответы».

На одном конце такой шкалы (когнитивном) находятся теории, которые по природе своей рациональны, интеллектуальны, логичны. Возможно, самым ярким примером здесь будет рациональная психотерапия Эллиса. Дальше по шкале находятся более психологизированные подходы: теория научения и теории «стимул-реакция» Долларда и Миллера, Сэлтера и Вольпе. Еще дальше — различные аналитические подходы. Ближе к противоположному концу располагаются теории самости или феноменологические подходы, а завершает ряд экзистенциализм.

Любая попытка сгруппировать или классифицировать подходы в психотерапии заканчивается в некоторых случаях вольным приписыванием теории к той или другой группе. Поэтому важно знать, необходима ли, желательна ли вообще подобная классификация. В нашей работе мы в какой-то степени придерживались шкалы рациональных-эмотивных подходов, при этом психоаналитические подходы мы вынесли вперед в соответствии с более ранним временем их возникновения.

Возникает вопрос, сколько точек зрения — или их вариантов — необходимо включить. Существуют, конечно, пределы объема. Мы постарались включить в нашу работу те подходы, которые в профессиональной литературе представлены в расширенном варианте (обычно длиной в книгу). Таким образом, студенты смогут ознакомиться с большинством современных авторов в психотерапии. Очевидно, что все книги по психотерапии не могли быть представлены здесь. Критерием отбора для авторов было наличие собственной логичной точки зрения или интересного варианта определенного подхода. Но даже в таком случае очевидно, что мы не преследовали цель включить в издание все возможные точки зрения или варианты.

Отношение к другим психологическим теориям

Теории психотерапии не могут быть четко отделены от теорий научения, теорий личности или основных теорий поведения. Каждая теория научения и личности явно или скрыто связана с теориями психопатологии и психотерапии. Психотерапевты работают с

клиентами, которые имеют нарушения поведения и личностные нарушения. Задача психотерапии — изменить поведение или личность относительно чего-то или до какого-то предела. Подходы различаются по природе и степени изменения личности, к которому они стремятся, но в каждом из них целью терапии признается некое изменение поведения, включая изменение отношения к окружающему миру, ощущений, восприятия, ценностей или целей. Поскольку научение можно широко определить как изменение поведения, терапия, конечно же, связана с научением и тем самым с теориями научения.

На самом деле сложно различить теории научения, теории личности и теории психотерапии. Халл и Линдси (Hall & Lindzey, 1970) различают теории, которые занимаются любым событием в поведении, влияющим на человека (общие теории поведения), и теории, которые привязаны к определенным аспектам поведения человека (частные теории). Тем не менее сложно четко провести между ними границу. Халл и Линдси утверждают, что теории личности — это общие теории поведения, и признают, что теории научения также могут быть причислены к теориям поведения, но то же относится и к теориям психотерапии. Даже теории восприятия могут быть теориями поведения, поскольку от восприятия зависит поведение. Говоря кратко, поведение неделимо, и любая теория, имеющая отношение к основному аспекту поведения, должна стать общей теорией поведения. Теории, относящиеся к различным аспектам, должны иметь между собой логику и вместе должны составлять общую теорию поведения. Со временем теории научения, личности, восприятия и психотерапии должны стать частями общей теории поведения.

Таким образом, спор между теориями психотерапии неизбежно включает в себя сферы личности и научения. Следовательно, за каждой теорией психотерапии стоят или должны стоять теория личности и теория научения. Обычно связь между теорией личности и теорией научения скорее подразумевается, чем выступает явно. Если она выставляется напоказ, то это обычно свидетельствует о том, что теории обеих сфер развились из теории психотерапии, как в случае с клиент-центрированной терапией, хотя, конечно, может случиться так, что теория психотерапии совпадает логически с независимо развившейся теорией личности. В любом случае теории личности переплетены с теориями психотерапии.

Таким образом, поскольку авторы различных подходов представляли их с точки зрения теории личности, она будет включена в издание как часть заключения по подходу. С нашей стороны тем не менее не будет попыток обеспечить теорию личности к каждому подходу, которому недостает четкой теории. В этой книге мы не собирались идти дальше того, что было сделано исследователями, занимающимися различными подходами к психотерапии.

Философский подтекст

Оллпорт (Allport, 1961) замечает, что «теория научения (как и многие другие психологические теории) основывается на присущей данному исследователю концепции человеческой природы. Другими словами, каждый автор теории научения является философом, хотя он может этого и не знать» (р. 84). Это, возможно даже в большей степени, относится и к теориям психотерапии. Таким образом, наши обсуждения должны включать философские основы, которые очевидны или подразумеваются в соответствующих теориях. Конечно, мы не выводим точной философской формулировки для каждой обсуждаемой теории, но нам кажется необходимым иметь в виду те предположения о человеческой природе, на которых основываются различные теории, так же как и задачи и цели психотерапии, которые принимаются или поддерживаются ими. Во многих случаях, конечно, в оригинальном изложении теорий эти вещи учитываются очень мало, и это нашло свое отражение в данном издании.

Структура книги

При обсуждении различных теорий желательно придерживаться какой-то общей схемы. Тем не менее трудно выработать такую схему, которая была бы подходящей для всех теорий. Поэтому выбранные категории немногочисленны, широки и носят общий характер.

Первым делом дается определение теории с точки зрения ее основателей, а также

сведения о происхождении или направлении подхода. Далее обсуждаются главные концепции — необходимые элементы теории. Сюда входят также философская основа или подтекст и родственные с данным подходом теории поведения и научения или поведения и его изменения. Далее представлены цели терапии и терапевтического процесса, за которыми следует обсуждение техник или поведения психотерапевта, который в ходе лечения применяет эти концепции. Когда есть возможность, описывается один или более примеров к данной теории. Завершают обсуждение краткие выводы и общая оценка.

Оценка не является полноценной критикой теории, но перечисляет главные особенности каждого подхода и основные пункты критики, которая была или могла возникнуть против данной теории.

Теории представлены скорее в описательной форме, чем в полемической. Как и Хилгард (Hilgard, 1948), мы подошли к задаче «с желанием быть дружелюбными к каждому представленному мнению, принимая во внимание, что они принадлежат интеллигентным и искренним людям или группам людей, и должно быть что-то, чему каждый из них может нас научить». Цель книги — не критика и не сравнение различных теорий, и не попытка выработать единую теорию, соединив аспекты различных подходов. Наша цель — представить относительно коротко и объективно различные современные точки зрения в психотерапии. Это сложная задача, поскольку существует опасность неверного истолкования теорий из-за краткости, возможного непонимания или предубеждений, влияющих на восприятие. Надеемся, что нам удалось избежать этой опасности, поскольку главы были проверены представителями различных подходов. Как бы там ни было, мы принимаем на себя ответственность за то, что вы прочтете в следующих главах.

Часть I. Психоаналитические и неоаналитические подходы

Предисловие к части I

Психоанализ и его производные — разнообразные психоаналитические и неоаналитические теории — долгое время причислялись к психодинамической, или глубинной, психотерапии. С приходом клиент-центрированной терапии в 40-50-х гг. и поведенческой терапии в 1960-х важность психоаналитической терапии снизилась. Но психоаналитическая терапия — не путать с классическим психоанализом (четкое следование Фрейду и использование кушетки в ежедневных сессиях) — далека от вымирания. За последние 15 лет несомненно возродился огромный интерес к психоаналитической мысли и ее применению, сопровождающийся выпуском книг по психоанализу. В 1982 г. было основано издательство, специализирующееся на книгах и периодике в этой сфере («Аналитическая пресса»), а в 1983 г. — журнал-обзор литературы по психоанализу (*Review of Psychoanalytic Books, International Universities Press*). В 1980 г. появилось тридцать девятое отделение Американской психологической ассоциации — Отделение психоанализа.

Психоаналитическая психотерапия не представляет собой какой-то единого общего подхода. Существуют авторы, с самого начала обособившиеся от Фрейда и его теорий (обоснованных им в его поздних публикациях (Freud, 1929, 1933, 1935)). Это Адлер (Adler, 1927), Фромм (Fromm, 1941), Хорни (Horney, 1937), Юнг (Jung, 1954), Ранк (Rank, 1947), Салливан (Sullivan, 1938). Позже в своих работах психоаналитики Хартман (Hartman, 1958), Эриксон (Erikson, 1950), Рапапорт (Rapaport, 1959) и Кохат (Kohut, 1971) уделяют особое внимание роли эго, или «я», в развитии человека и его нарушений.

В этой части вы найдете главы о Фрейде, Юнге, Адлере и о теории объектных отношений. Фрейд, Юнг и Адлер, являясь основателями основной аналитической или неоаналитической школы мышления, все еще влияют на психотерапевтическую практику. Теории объектных отношений, хотя и обязаны своим происхождением Фрейду, Юнгу и Адлеру, заслуживают отдельного внимания, поэтому мы посвятили им главу. Создатели этих теорий заставили психоаналитическую теорию перейти от сосредоточенности на патологии и терапии внутриличностных процессов к патологии и терапии межличностных процессов. В это же

время Салливан разрабатывал теорию межличностной психиатрии (Sullivan, 1938).

Задача кратко пересказать весь объем написанного Фрейдом, со всеми последующими изменениями, необыкновенно сложна. К счастью, мой английский коллега, доктор Ричард Нельсон-Джоунс, уже выполнил эту задачу в своей книге «Теория и практика консультирования» (Richard Nelson-Jones, 1982) [На русском языке см.: *Нельсон-Джоунс Р. Теория и практика консультирования*. СПб.: Питер, 2002. — *Примеч. ред.*]. Глава, посвященная Фрейду в данном издании, является сильно переработанным и расширенным — с разрешения автора — материалом Нельсона-Джоунса.

Глава 1. Психоанализ: Фрейд

Зигмунд Фрейд (1856-1939) родился в Фрайберге — маленьком городке в Моравии, в местности, ныне принадлежащей Чехословакии. Он был самым старшим из восьмерых детей, кроме него в семье было еще два мальчика и пять девочек (для его отца это был второй брак). Его отец, торговец шерстью, увез семью в Вену, когда Фрейду было 4 года. В возрасте 9 лет Фрейд поступил в гимназию Сперл (среднюю школу), где был одним из лучших учеников, и с отличием окончил ее в 17 лет.

В то время медицина не интересовала его, но он писал, что «прекрасное эссе Гёте о природе, которое профессор Карл Бруль читал вслух незадолго до моего выпуска из школы привело меня к решению изучать медицину» (Freud, 1935, p. 14). Он поступил на медицинское отделение Венского университета в 1873 г. С 1876 по 1882 г. он работал в лаборатории психологии Эрнста Брюкке, изучая гистологию нервных клеток. В 1881 г. он с отличием сдал выпускные экзамены и получил степень доктора медицины.

В 1882 г. Фрейд приступил к медицинской практике. Но его научные интересы привели его в главную больницу Вены, где он начал исследования в Институте церебральной анатомии. Он хотел изучать нервные заболевания, но оказалось, что учиться он мог только у себя самого. В октябре 1885 г. он поехал в Париж на стажировку и оставался там до февраля 1886 г., обучаясь в больнице Салпетриер (специализирующейся на нервных заболеваниях) под руководством Шарко. Именно там он заинтересовался истерией, которую исследовал Шарко.

По возвращении в Вену Фрейд женился на Марте Бернэ и начал частную практику в качестве специалиста по нервным заболеваниям. Его младшая дочь Анна пошла по стопам отца и стала известным детским психоаналитиком. Его «арсенал терапевта состоял всего из двух оружий: электротерапии и гипноза» (Freud, 1935, p. 26). Скоро он оставил электротерапию (не путать с электрошоком) и начал осознавать ограниченные возможности гипноза.

В начале 1880-х гг. Фрейд близко сошелся с Йозефом Брейером, выдающимся венским врачом, который с 1880 по 1882 г. проводил успешное лечение девочки. Брейер вводил ее в глубокий гипноз и добивался вербализации ее воспоминаний о связанных с эмоциями ситуациях из раннего периода ее жизни. Фрейд начал применять этот метод к своим пациентам в конце 1880-х гг., осознавая «возможность того, что существуют мощные мыслительные процессы, которые тем не менее остаются скрытыми от сознания человека» (Freud, 1935, p. 29). В 1893 г. Фрейд и Брейер написали доклад о методе катарсиса (несдерживаемого и ненаправленного излияния эмоций), а два года спустя они опубликовали «Исследования истерии» (1895).

В 1890-х гг. Фрейд страдал симптомами невроза, включая приступы депрессии, апатии и тревожности. Кокаин, похоже, ослаблял возбуждение и успокаивал депрессию; Фрейд провел исследование о кокаине. Именно в этот период он написал свою самую оригинальную работу. Он сдружился с Вильгельмом Флейссом, специалистом по заболеваниям горла и носа, который считал основной причиной таких заболеваний сексуальные проблемы и который единственный из всех врачей поддержал Фрейда, когда тот излагал свои теории психосексуального развития.

Фрейд отказался как от гипноза, так и от техники надавливания руками на голову пациента, которую он иногда использовал одновременно с гипнозом, однако он продолжал

работать с пациентами, сидя в кресле позади них, в то время как они лежали на кушетке. (Оказывается, такая позиция была выбрана не по каким-то теоретическим или эмпирическим причинам, а потому что Фрейду неприятно было постоянно чувствовать на себе пристальный взгляд пациентов, чьи посещения иногда отнимали до 12 часов в день.) Фрейд писал: «Я не выношу, когда на меня пристально смотрят по восемь (или больше) часов в день шесть дней в неделю» (Rieff, 1965, p. 146). Фрейд провел самоанализ, который послужил материалом для его первой большой книги — «Толкование сновидений» (1900/1913), и выявил у себя любовь к матери и ревность к отцу, свидетельствующие о состоянии, которое он считал повсеместным и назвал термином «эдипов комплекс». Другая большая работа, «Три очерка по теории сексуальности» (1905/1962), исследует развитие сексуальности с самых ранних ее проявлений в младенчестве.

Неврозы, которые развивались у солдат, участвовавших в Первой мировой войне, поставили под вопрос теории Фрейда о связи психосексуального развития и невроза. Он начал разрабатывать теорию общей характеристики личности, включая предположение о том, что агрессия, как и секс, является важным подавляемым импульсом. В 1920-х гг. он сделал попытку понять общество с биологической точки зрения, не принимая во внимание влияние культуры. «Он становился все более пессимистичным, и его последняя работа о терапии, "Анализ ограниченный и неограниченный" (опубликованная в 1937 г.), завела его биологическое мышление в логический тупик» (Thompson, 1957, p. 14).

Через три месяца после захвата Австрии нацистами в 1938 г. Фрейд, по национальности еврей, покинул Вену и переехал в Лондон. Фрейд обычно выкуривал по 20 сигар в день, и в 1923 г. оказалось, что у него рак челюсти. До конца своих дней он жил с болью, ему сделали 33 операции на челюсти. Он умер в Лондоне 23 сентября 1939 г.

Ближе к концу жизни Фрейд оценил проделанную работу: «Оглядываясь назад, глядя на разноцветное полотно своих трудов, могу сказать, что я сделал немало начинаний и отверг множество предположений. В будущем они будут продолжены, хотя я не знаю, насколько большим будет это продолжение. Тем не менее я надеюсь, что открыл путь, который позволит нашим знаниям существенно продвинуться» (Freud, 1935, pp. 129-130).

Становление и развитие

Более 40 лет Фрейд развивал свою теорию личности. Он написал огромное количество трудов, а разнообразные и меняющиеся аспекты его теории неохватны.

Томпсон (Thompson, 1957) разделяет годы с 1895-го по 1939-й на четыре периода. Первый период, примерно с 1895-го по 1900-й — это годы сотрудничества с Брейером. В это время зародились его теории бессознательной мотивации, подавления, сопротивления, переноса, тревожности и этиологии неврозов, которые основывались на его работе с пациентами с использованием гипноза и свободных ассоциаций или катарсиса. Эти методы стали основой психоанализа. Томпсон (Thompson, 1975, p. 5) замечает: «Я думаю, что это был период наибольшей творческой активности Фрейда. Ни одна теория, разработанная им позже, не может сравниться по совершенству с его ранними открытиями».

Второй период, с 1900 примерно до 1910 г., был периодом развития фрейдовской теории сексуальности — от идеи, что причиной невроза является сексуальная травма, до предположения, что наиболее важным для этиологии является сексуальное развитие, — теории первичного инстинкта или теории либидо. Он считает самыми главными сексуальность (продолжение и сохранение рода) и инстинкт самосохранения. Брейер поссорился с Фрейдом в начале этого периода, после длительных и сложных отношений, в процессе которых Фрейд отказался от гипноза.

Третий период, продолжавшийся с 1910 г. и до ранних 1920-х гг., начался с атаки Адлера на теорию сексуальности Фрейда и «дезертирства» Юнга в 1913 г. Признание важности агрессии как внутреннего импульса заложило основу второй теории инстинктов, окончательный вариант которой был представлен в начале 1920-х гг. Агрессия и стремление к повторению связаны с Танатосом — инстинктом смерти, в то время как либидо и самосохранение — это части Эроса, инстинкта жизни. В этот период также зародилась теория

общей характеристики личности (Ид, Эго и Суперэго). В методах терапии больших изменений не произошло.

Во время четвертого периода, с середины 1920-х до 1939 г., Фрейд сосредоточился на методах терапии и на расширении терапевтической практики. Тем не менее новых методов не появилось. Интересы Фрейда перешли от терапии на общество, и в своих работах он скорее объяснял свои уже существующие теории, чем создавал новые. Изменения в методах терапии были внесены последователями Фрейда: Ранком, Ференци, Райхом, Салливаном, Хорни и Фроммом; последние трое включили социальный и культурный элементы в теорию и практику психоанализа.

Философия и концепции

Научный подход Фрейда основывался на биологии, что является логичным результатом изучения им медицины, а также характерным признаком времени, в которое он начинал работать. Его теории инстинктов отражают его интерес к биологии.

Инстинкты. Психическая энергия — то же самое, что энергия физическая. Каждая из них может превращаться в другую. Инстинкты составляют психическую энергию, представляя собой переход физической энергии в психическую. Объединение энергии в действии или образе с целью удовлетворения инстинкта составляет объектный катексис (*object-cathexis*). Инстинкты управляют и направляют поведение, цель которого — удовлетворение потребностей, возникших из инстинктов. Потребности создают напряжение, а поведение направлено на снижение этого напряжения. Напряжение неприятно; снижение напряжения доставляет удовольствие. Эта концепция удовлетворения потребностей и есть «принцип удовольствия», попытка максимально снизить напряжение и возбуждение.

В теории психоанализа мы без колебаний признаем, что происходящее в сознании автоматически регулируется принципом удовольствия. То есть мы верим, что толчком к началу этих процессов служит неприятное напряжение и что они двигаются в таком направлении, которое бы в конце концов привело к снижению этого напряжения — то есть либо к снижению неудовольствия, либо к увеличению удовольствия (Freud, 1920/1950, p. 1).

Превосходство принципа удовольствия ослабляется, поскольку ему противостоят другие силы, и конечный результат не всегда удовлетворяет стремление к удовольствию.

Существует множество инстинктов, но они все могут быть разделены на две группы: *Эрос* и *Танатос*. Эрос — это инстинкт жизни, самосохранения и сохранения рода, любви к себе и любви к объекту. Энергия этого инстинкта называется либидо. Инстинкты Эроса «стремятся объединять и умножать все живое», в то время как инстинкты смерти «противостоят этим попыткам и ведут живое назад к неорганическому существованию» (Freud, 1933, p. 140). Танатос — это инстинкт смерти и разрушения. Он включает в себя агрессию и навязчивые действия — автоматическое повторение более ранних ситуаций с целью совершенствования и контроля над ними; навязчивые действия могут быть сильнее принципа удовольствия. Инстинкт смерти — это навязчивое стремление повторить раннюю неорганическую стадию существования до момента возникновения жизни. «Цель всей жизни — смерть» (Freud, 1920/1950, p. 38). Агрессия направлена прежде всего на себя; она обращается на других в целях самосохранения.

Инстинкты — источник энергии поведения — составляют динамику личности. Базовые инстинкты могут действовать совместно или друг против друга. Эволюция цивилизации отражает борьбу между Эросом и Танатосом в человеческом роде. Вопрос заключается в том, сможет ли Эрос себя утвердить. «Но кто может предвидеть, на чьей стороне будет успех и к чему это приведет?» (Freud, 1930/1962, p. 92).

Бессознательное и сознание. Часть жизни человека проходит вне сознания. Бессознательное влияет на переживание и поведение, содержит некоторые факты или впечатления, неприемлемые для осознания, а также те, которые сравнительно легко могут быть осознаны. Неприемлемый для осознания материал устраняется из сознательного мышления, вовсе не допускается в сознание либо вытесняется из него. Приемлемый материал располагается в части бессознательного, получившей название

«**предсознательного**» (*preconscious*). Материал может оставаться в предсознании, не вызывая проблем, и обычно становится осознанным без терапии. Предсознание можно представить себе как экран между сознанием и бессознательным. Бессознательный материал может быть модифицирован и появляться в сознании в искаженном виде, как в сновидениях.

Сознание выполняет функцию органа чувств для восприятия психических качеств. В отличие от двух видов бессознательного, сознание не обладает памятью, и состояние сознания очень кратковременно. Материал осознается, или перетекает в осознающий орган чувств по двум направлениям: из внешнего мира и из внутренних процессов. Речь позволяет осознавать эти внутренние события как последовательность мыслей и интеллектуальных процессов (Freud, 1923/1962, 1949).

Бессознательное представляет собой фигуру речи и не может быть локализовано в какой-либо области тела. Вместе с тем «слово **бессознательное** все чаще употребляется в значении психической области, а не качества, присущего психическим явлениям» (Freud, 1933, pp. 104-105).

Структура личности

Личность состоит из трех основных систем: Ид, Эго и Суперэго. Хотя каждая из этих систем имеет собственные функции, принципы действия, динамику и механизмы, все три тесно взаимодействуют между собой. Поведение обычно является результатом взаимодействия этих систем.

Ид. Ид — это исходная система, из которой выделились Эго и Суперэго. Оно включает все унаследованное и конституциональное, в том числе инстинкты, дающие энергию двум другим системам. Ид стремится к удовлетворению инстинктивных потребностей исходя из принципа удовольствия. Ид есть «истинная психическая реальность», поскольку оно представляет внутренний мир переживаний и не имеет доступа к объективной реальности. Его психические процессы **первичны**, они представляют собой хаотичные попытки достичь немедленного удовлетворения, обеспечивая индивида мысленными образами объектов, необходимых для удовлетворения потребностей или для **исполнения желаний**. Галлюцинации и видения психически больных служат примерами первичных процессов. Ид есть «хаос, котел, бурлящий страстями», который «не знает ценностей, добра, зла или морали» (Freud, 1933, pp. 106-107). Ид не руководствуется логикой; оно содержит противоречивые, но сосуществующие импульсы. Это первичная субъективная реальность человека на уровне бессознательного. Ид есть вместилище бессознательного.

Эго. Эго является частью Ид, претерпевшей модификацию под влиянием внешнего мира. Оно развивается из Ид в силу потребности организма совладать с реальностью для удовлетворения инстинктивных потребностей. Хотя Эго пребывает в поиске удовольствия и избегает неудовольствия, оно находится под влиянием **принципа реальности**, который состоит в отсрочке немедленного удовлетворения в связи с социальными требованиями. Оно действует посредством **вторичных процессов**: восприятия, решения проблем и вытеснения — иначе говоря, на основе реалистичного, логического мышления и **исследования реальности**.

Эго есть исполнительная часть личности, опосредующая и примиряющая требования Ид, Суперэго и внешнего мира. С помощью Суперэго Эго трансформирует мощные требования Ид в более слабые, приемлемые для Эго, за счет сублимации и реактивных образований. Вместе с тем Эго получает энергию от Ид и не может существовать независимо от него, его функции состоят в служении Ид, а не его фрустрации. Большая часть Эго пребывает в бессознательном состоянии; а некоторый материал находится в предсознании и легко может быть осознан.

Суперэго является частью Эго, которая включает стандарты общества, сформированные преимущественно под влиянием родителей в раннем детстве. Кроме того, Суперэго содержит поздние, не родительские влияния и собственные идеалы человека. **Совесть** является одной из подсистем Суперэго; другой подсистемой является **Эго-идеал** индивида. Инкорпорация родительских и социальных стандартов получила название

интроекции. «Суперэго содержит в себе все моральные ограничения, побуждает стремиться к совершенству, короче говоря, это все, что мы сумели психологически усвоить из так называемой высшей половины человеческой жизни» (Freud, 1933, p. 98).

Суперэго пытается затормозить импульсы Ид (в особенности сексуальные или агрессивные), убедить Эго заменить реалистичные цели моралистическими, стремиться к совершенству. Оно противостоит Ид и Эго. Его попытки заблокировать, а не просто контролировать влечения являются иррациональными. Люди, в первую очередь, заняты борьбой со своими инстинктами. Большая часть Суперэго бессознательна.

Развитие личности

Ребенок проходит ряд стадий развития, связанных с сексуальностью. Термин **сексуальный** относится к широкому спектру видов поведения, включая как импульсы нежности, часто называемые любовью, так и удовольствие от раздражения эрогенных зон тела. Сексуальный импульс есть сексуальный аспект либидо. Термин **генитальный** обозначает сексуальное поведение с целью воспроизводства себе подобных. Сексуальная жизнь начинается вскоре после рождения; сексуальное поведение не возникает неожиданно в период полового созревания. Существуют четыре стадии сексуального, или личностного, развития. Первые три являются догенитальными, а четвертая — генитальной. Между догенитальными и генитальной стадиями располагается латентный период.

Лица обоих полов имеют элементы противоположного пола, поэтому все индивиды бисексуальны; таким образом, гомосексуальность является врожденным качеством, окончательно же сексуальное поведение определяется конституциональной предрасположенностью, жизненным опытом и ограничениями в том или ином направлении. Как женщины, так и мужчины с детства имеют бисексуальные наклонности.

Оральная стадия. Первым источником удовольствия для младенца является оральная, связанный с ротовой полостью. Оральная стадия начинается с поглощения пищи в процессе сосания. Фиксация на сосании выражается в таких характерологических чертах, как пассивность, доверчивость, оптимизм и интерес к приобретению знаний или материальных ценностей, что составляет орально-рецептивный характер. Позднее наступает стадия кусания и жевания. Фиксация на стадии кусания приводит к таким чертам, как агрессивность, эксплуататорское поведение, склонность к спорам и сарказму — орально-садистическому характеру.

Анальная стадия. В течение второго года жизни в связи с функциями удаления продуктов жизнедеятельности развивается катексис (инстинктивные силы, ищущие разрядки) и противокатексис (силы, блокирующие эту разрядку), что сопряжено с первым опытом внешней регуляции инстинктивных импульсов, в том числе откладывания удовольствия от устранения анального напряжения. Чересчур строгое обучение навыкам опрятности может привести к развитию таких особенностей, как упрямство и скаредность — ретенционному характеру. Или ребенок может находить выход в неадекватных вспышках гнева, что способствует развитию таких черт, как жестокость, враждебность и деструктивность. Если эти вспышки вознаграждаются и привлекают повышенное внимание матери, может быть подготовлена почва для продуктивности и креативности в последующей жизни.

Фаллическая стадия. Во время фаллической стадии развиваются сексуальные и агрессивные чувства, связанные с половыми органами, в том числе мастурбация. Появляется **комплекс Эдипа** или **комплекс Электры**: у мальчика развивается объектный катексис к матери, ревность и враждебность к отцу, у девочки — наоборот. У мальчика возникает страх кастрации отцом, в то время как девочка полагает, что подверглась кастрации, и винит в этом свою мать. Мальчик вытесняет желание к своей матери и враждебность к отцу, с которым он идентифицируется; Суперэго достигает своего конечного развития. Девочка переносит прежнюю любовь к матери на своего отца, хотя ее любовь окрашена завистью: ведь отец обладает тем, чего нет у дочери. Комплекс Электры не вытесняется, а преобразуется в процессе взаимодействия с реальностью и со временем ослабевает.

Эдипова ситуация часто куда сложнее по причине бисексуальных наклонностей ребенка. Чувства ребенка к родителю того же пола могут быть двойственными. «У

представителей обоих полов относительная сила мужских и женских сексуальных склонностей определяет исход эдиповой ситуации: будет ли это идентификация с отцом или с матерью» (Freud, 1923/1962, p. 23).

Латентный период. Во время латентного периода, с 5-6 лет до полового созревания, сексуальные импульсы вытесняются, развиваются сексуальные запреты. Происходит сублимация сексуальных импульсов.

Генитальная стадия. Половое созревание реактивирует догенитальные импульсы; если эти импульсы замещены или сублимированы Эго, человек переходит на зрелую генитальную стадию. Генитальные зоны первичны. Нарциссизм догенитальных стадий канализируется в выбор объекта. Подросток начинает испытывать к окружающим альтруистическую любовь. Развиваются сексуальная привлекательность, социализация, групповая деятельность, профессиональная ориентация и подготовка к созданию семьи. Индивид превращается из нарциссического, ищущего удовольствия ребенка в ориентированного на реальность социализированного взрослого. Не существует четких границ между стадиями, конечный результат включает вклад, полученный на ранних стадиях.

Личностная динамика: чередование инстинктов

Нормальное развитие предполагает постоянное столкновение между инстинктивными импульсами, которые требуют немедленного удовлетворения, и сдерживающими силами моралистического общества и реальностями физического мира. Существует четыре источника напряжения: процессы физиологического роста, фрустрация, конфликты и угрозы. Индивид вынужден осваивать методы ослабления напряжения, реагируя по-разному, иногда нормально, а иногда аномально. Процессы, благодаря которым удается управлять инстинктивным напряжением, включают идентификацию, замещение, сублимацию, тревогу и защиту от нее, в том числе защитные механизмы.

Идентификация. Идентификация состоит во включении черт другого человека в свое «Я», в том числе моделирование собственного поведения в соответствии с поведением другого. Это метод, посредством которого энергия из Ид преобразуется в процессы Эго. Ид не отличает субъективные мысленные образы от реальности, но поскольку мысленные образы не могут удовлетворить потребности, индивид должен научиться отыскивать различия между образом и восприятием реального объекта, а также сопоставлять их с помощью вторичных процессов.

Вначале ребенок идентифицируется с родителями и в процессе этого интроецирует их мораль и идеалы. Идеалы родителей становятся Эго-идеалами ребенка, и в результате осуществляется энергетическая подпитка Суперэго. Кроме того, идентификация может быть регрессивным замещением связи с либидинальным объектом: за счет интроекции Эго присваивает характеристики данного объекта.

Замещение. Замещение представляет собой перенос психической энергии, или катексиса, от выбранного исходного, но недоступного объекта влечения к выбору другого сходного объекта. Если этот второй выбор блокируется, происходит замещение на другой выбор, до тех пор пока не находится объект, способный ослабить напряжение. Например, гнев на человека как на объект может быть перенесен на дверь, стену или кошку, которые страдают вместо данного человека. Цепочки замещений составляют значительную часть личностного развития. Источник и цель влечения остаются стабильными, в то время как объект варьирует. Замещающие объекты не дают такого удовлетворения или снижения напряжения, как оригинальный объект; каждый последующий объект приносит меньше удовлетворения. В результате последовательных замещений накапливается напряжение, которое постоянно мотивирует поведение. Ведется поиск новых, лучших способов снижения напряжения, что разнообразит поведение. Сложная личность возникает в результате замещения.

Сублимация. Сублимация представляет собой форму замещения, при которой инстинктивные сексуальные импульсы направляются в более социально приемлемые и творческие каналы. Так, стремление Леонардо да Винчи писать мадонн было сублимацией его желания близких отношений с собственной матерью, с которой он был разлучен в раннем

возрасте (Freud, 1910/1947). Сублимация не приводит к полному удовлетворению, остаточное напряжение сохраняется в виде нервозности или беспокойства, такую цену платят люди за цивилизацию (Freud, 1908/1924).

Тревога. Тревога является специфическим состоянием неудовольствия, которое сопровождается моторной разрядкой во вполне определенных направлениях. Тревога — это универсальная реакция на опасность; единственнымместищем тревоги является Эго. Опасность может быть реальной или воображаемой. Существует три вида тревоги.

1. **Реалистичная тревога** проистекает из реальных опасностей внешнего мира.

2. **Моральная тревога** представляет собой страх совести и возникает из конфликта с Суперэго.

3. **Невротическая тревога** — это страх того, что инстинктивные импульсы Ид выйдут из-под контроля. Она включает страх последующего наказания.

Тревога предупреждает об опасности, информирует Эго о необходимости что-то предпринять. Если не удастся справиться с тревогой или избежать ее, это наносит человеку травму. Когда Эго не способно совладать с тревогой разумными методами, оно прибегает к нереалистичным методам — защитным механизмам. Вытеснение, например, является результатом тревоги, а не наоборот (как Фрейд считал раньше).

Защитные механизмы

Когда Эго замечает, что возникающая инстинктивная потребность может навлечь на него опасность, оно использует защитные механизмы, чтобы совладать с источниками тревоги, выбирая из нескольких имеющихся в распоряжении. Эти механизмы впоследствии фиксируются в Эго. Развитие защитных механизмов начинается с борьбы ребенка против собственной сексуальности в первые пять лет жизни. Защитные механизмы отрицают, фальсифицируют или искажают реальность. Они действуют бессознательно и могут препятствовать реалистичному поведению еще длительное время после того, как станут бесполезными. Существует целый ряд защитных механизмов, включая вытеснение, регрессию, реактивные образования, проекцию, интроекцию, изоляцию, аннулирование, обращение против себя, перестановку, отрицание, рационализацию, компромисс и сублимацию. (Далее рассматриваются наиболее признанные и важные из них.)

Вытеснение. Существует два вида вытеснения. Первый заключается в том, чтобы сделать переживание бессознательным; то есть материал, находящийся в предсознании, неприемлемый для сознания, вытесняется в бессознательное. Второй вид вытеснения состоит в запрещении материалу входить в предсознание; иначе говоря, материал остается в бессознательном. Болезненные воспоминания, таким образом, закрыты от сознания. Иногда вытесняется лишь какая-то часть переживаний; воспоминание о них может сохраниться в сознании, но без присоединенных к ним чувств. Вытесненные переживания ищут выхода в сновидениях и оговорках. Вытеснение происходит в возрасте до шести лет. Однажды сформировавшееся вытеснение трудно преодолеть.

«Не следует считать, что процесс вытеснения происходит раз и навсегда и его результат неизменен, словно что-то умирает и с этого момента остается мертвым; напротив, вытеснение требует постоянных затрат энергии, если энергии недостает, успешность вытеснения находится под угрозой, в связи с чем возникает необходимость свежего акта вытеснения» (Freud, 1915/1925).

Фиксация. Фиксации возникают по причине травмы или конституциональных особенностей, когда делается акцент на одной из стадий развития, с прочной привязкой либидо к этой стадии и оставлением там некоторой его части. Впоследствии, когда дальнейшее развитие либидо достигнет определенной степени фрустрации, оно возвратится к точке фиксации. Фиксация на оральной или анальной стадиях приводит к развитию соответственно орального или анального характера. Фиксация может сопровождаться остановкой развития, когда индивид фиксируется на уровне незрелости, или же включает проявление привычек, связанных с определенным защитным механизмом, который может быть выражен в характере — например, оральном или анальном характере.

Регрессия. Регрессия представляет собой движение назад к точке фиксации. Индивид

не обязательно полностью возвращается к ранней стадии развития; у человека проявляется инфантильность и детское поведение в результате фрустрации. Когда какой-то вид поведения блокируется или фрустрируется, индивид замещает его другим видом поведения, закрепленным на более ранней стадии развития.

Реактивные образования. Реактивные образования представляют собой защиту от тревожного импульса за счет замещения его на противоположный. По сравнению с естественным выражением поведения, такое поведение демонстративно, компульсивно и преувеличенно. В качестве примера можно привести поведение ревнивцев, которые по сути дела пытаются снять тревогу, возникающую в результате поведения, из-за которого и возникает ревность. Реактивные образования и сублимация являются источником разных типов характера (анального, орального и их разновидностей).

Проекция. При проекции Эго справляется с угрозой неприемлемого инстинктивного импульса за счет его экстернализации. Таким образом, индивид, вместо осознания либидинальных или агрессивных импульсов, может проявлять повышенную чувствительность к этим характеристикам в других и даже склонен ошибочно приписывать эти черты окружающим. Тревога ослабляется за счет замещения менее выраженной внешней опасности опасностью внутренней, а импульсы могут быть выражены под видом самозащиты.

Защитные механизмы используются нормальными людьми при столкновении с угрозами и разочарованиями. Сами по себе они не составляют аномальное поведение или невроз.

Неврозы

Развитию невроза способствуют биологические, филогенетические и психологические факторы. Человеческое существо рождается биологически незавершенным и проходит длительный период беспомощности и зависимости. Эта беспомощность создает начальную ситуацию опасности и соответствующего страха утраты объекта, что в свою очередь порождает потребность человека быть любимым, которая никогда не проходит.

Филогенетический фактор возникает из-за прерывания сексуального развития человека латентным периодом, в то время как половое созревание животных происходит непрерывно. Согласно теории эволюции Ламарка, это стало результатом важного события в истории человеческого рода; его патогенетическая значимость очевидна, поскольку большинство потребностей инфантильной сексуальности расцениваются Эго как опасность, от которой необходимо защищаться. Кроме того, существует опасность, что сексуальные импульсы, связанные с половым созреванием, вслед за своими инфантильными прототипами подвергнутся вытеснению.

Психологический фактор включает три элемента, которые составляют патогенетический невротический конфликт. Первый из них — это фрустрация Эго либидинальных импульсов, приводящая к сдерживанию сексуального влечения. Вытеснение происходит в младенчестве и раннем детстве, когда Эго еще недостаточно развито и относительно слабо по сравнению с сексуальными импульсами. «Мы видим важнейшую предпосылку невроза в этом отставании Эго-развития от либидинального развития» (Freud, 1949, p. 113). Вытеснение проявляется в ответ на тревогу; Эго предвидит, что удовлетворение возникающего сексуального влечения приведет к опасности и вытесняет опасный импульс. Вместе с тем актом вытеснения Эго отказывается от части собственной организации, при этом вытесненный импульс становится не подверженным его влиянию.

Вторым психологическим элементом в невротическом конфликте является возможная трансформация фрустрированных, хотя и не проявляющихся сексуальных импульсов в невротические симптомы, которые замещают удовлетворение фрустрированных сексуальных влечений. Вместе с тем вытеснение не обязательно приводит к образованию симптомов. При успешном разрешении эдипова комплекса вытесненные импульсы могут уничтожаться, а их либидинальная энергия при этом передается на другие нужды.

Третьим психологическим элементом является потенциальная неадекватность вытеснения, связанная с пробуждением и усилением сексуальных влечений во время полового созревания, как следствие эффективности вытеснения в детстве и латентном

периоде. В результате индивид переживает сильный невротический конфликт. В отсутствие помощи по преодолению вытеснения Эго практически лишено влияния на трансформированные влечения Ид. Кроме того, возможен союз Ид с Суперэго против Эго.

Сопоставление нормального и невротического развития проводится в истории дочери сторожа и дочери помещика (Freud, 1933). В детстве две девочки играли в игры с сексуальными элементами, включая прикосновение к гениталиям друг друга. Эти переживания пробудили сексуальные влечения, позднее нашедшие выражение в мастурбации. Дочь сторожа считала эту сексуальную деятельность естественной и безвредной, поэтому без ущерба для себя в конце концов завела любовника и стала матерью. Дочь помещика, напротив, получила блестящее образование и отреклась от своей сексуальности, а развившийся впоследствии невроз мешал ей выйти замуж. Не осознавая своих сексуальных влечений, она бессознательно фиксировалась на ранних переживаниях. По причине высокого нравственного и интеллектуального развития своего Эго она вступила в конфликт с требованиями своей сексуальности.

Неврозы зарождаются в детстве (до шестилетнего возраста), хотя симптомы могут проявиться гораздо позднее, преимущественно под воздействием сексуального стресса или кризиса. Стрессовая ситуация затрагивает раннее вытесненное нарушение или его следствие, которые оживают и пытаются проникнуть в сознание, поэтому возникают симптомы. «Отцом человека является ребенок» (Freud, 1949). Невроз отличается устойчивостью, поскольку вытеснение не осознается, а Эго не имеет доступа к вытесненному материалу и не может разрешить конфликт. Пока вытеснение имеет место, сохраняются условия для формирования невротических симптомов вследствие активизации фрустрированных либидинальных импульсов. Для этого не обязательны реальные сексуальные переживания, достаточно нарушения сексуальных процессов, «тех органических процессов, которые определяют развитие и формируют выражение сексуальных стремлений» (Freud, 1908/1924, p. 282). Зачастую сообщения пациентов о соблазнении в детстве — не более чем фантазии, защита от воспоминаний о своей детской сексуальной активности. (Ранее Фрейд исповедовал теорию соблазнения, согласно которой все неврозы вызываются реальным сексуальным соблазнением в детстве. Он отказался от этих взглядов в 1896 г.)

В широком смысле устойчивость неврозов является результатом неудовлетворительного регулирования обществом сексуальных вопросов. Мораль, или групповое Суперэго, требует большего жертвования либидинальными импульсами, чем это необходимо или желательно.

Основные (общие) неврозы

Истерия. При истерии вытеснение происходит в форме исключения переживаний и воспоминаний о них из сознания, а не запрещения проникновения в сознание материала, который никогда не был осознан. Вытесненные воспоминания постоянно находятся вне осознания, если только конкретное событие или жизненная ситуация их не потревожат. Проявляются вытесненные воспоминания в форме истерического симптома, который соответствует той точке или органу, где ранее была заблокирована сексуальная энергия. Неприемлемые идеи, связанные с сексуальными переживаниями, обезвреживаются за счет преобразования их в физическую форму возбуждения, процесс этот получил название **конверсии**. Симптом в символической форме выражает забытое и вытесненное воспоминание. У человека может развиться истерический паралич, хотя в остальном он остается вполне «нормальным». Регрессия при истерии происходит к фаллической стадии развития.

Невроз навязчивых состояний. Как и в случае других неврозов, невроз навязчивых состояний ведет свое начало от нарушения в ранней сексуальной жизни, а непосредственной причиной служит нарушение в «нервной системе» (*nervous economy*). При навязчивых состояниях сексуальные переживания вытесняются; воспоминания остаются в сознании, однако к ним не присоединены чувства. Неприемлемые идеи связываются с другими безвредными или нейтральными идеями; навязчивые действия выступают в качестве суррогата неприемлемых сексуальных идей, занимают их место в сознании. «Отделение

сексуальной идеи от ее аффекта, с присоединением последнего к другой идее происходит вне сознания, эти процессы можно предполагать, но невозможно доказать с помощью клинического анализа» (Freud, 1908/1924, p. 282). Регрессия при обсессивном неврозе восходит к анальной стадии развития.

Частные варианты невроза

Фобии. Фобии сходны с навязчивыми состояниями. Внутренняя опасность сексуальных влечений проецируется на внешние объекты.

Неврастения. Источник неврастении практически такой же, как у истерии, невроза навязчивых состояний и тревожного невроза; он коренится в текущей сексуальной жизни. Специфические проявления у неврастении отсутствуют, имеются лишь неясные симптомы, преимущественно хроническая усталость и слабость.

Травматические неврозы. Травматические неврозы провоцируются травмирующей ситуацией, например войной. Повторные сновидения на тему травмирующей ситуации отражают попытки взять под контроль эмоции, вызванные переживанием.

Психоанализ: терапия

Цели

Целью жизни является способность любить и работать. При неврозе человек не может наслаждаться жизнью, полноценно любить или работать. Если индивид желает жить полной жизнью, Эго должно иметь в своем распоряжении энергию либидо, а не расходовать ее на то, чтобы избавляться от либидинальных импульсов путем вытеснения. Суперэго человека должно позволить ему выразить либидо и действенно использовать Эго. Таким образом, задачами психоанализа являются: 1) высвобождение здоровых влечений; 2) укрепление основанного на реальности функционирования Эго, включая расширение представлений Эго, позволяющих одобрить больше проявлений Ид; 3) изменение содержания Суперэго, чтобы оно представляло скорее гуманные, чем обвинительные моральные стандарты.

Психоанализ предполагает процесс переобучения Эго. Вытеснение имело место в то время, когда Эго было слабым; теперь сила его возросла, к тому же оно имеет союзника в лице терапевта. Патогенные невротические конфликты отличаются от нормальных психических конфликтов именно за счет относительной слабости Эго по сравнению с Ид и Суперэго. Психоанализ пытается устранить причину неврозов, не ограничиваясь простым устранением симптомов.

Психоанализ подходит для терапии основных неврозов, при которых имеется минимальная ориентировка и связь Эго с реальностью. Этого не наблюдается при психозах, для которых психоанализ не показан (Freud, 1949).

При психоанализе пациент лежит на кушетке, психоаналитик располагается у изголовья, вне поля зрения пациента. Встречи с пациентом происходят шесть раз в неделю продолжительностью в один час, с целью фокусирования пациента на его проблемах; психоанализ обязательно затрагивает всю жизнь пациента. (Иногда Фрейд встречался со своими пациентами реже шести раз в неделю, в настоящее время большинство психоаналитиков работают с пациентами от трех до пяти часов в неделю.)

Терапевтический процесс

Фрейд никогда не излагал общих принципов психоанализа, ограничиваясь в своих работах обсуждением техник. Можно выделить пять основных элементов в процессе психоанализа.

Свободные ассоциации. Основным правилом психоанализа является привлечение пациента к свободным ассоциациям, то есть предоставление ему возможности произвольно размышлять и сообщать все, что приходит на ум, приемлемое и неприемлемое, имеющее

смысл или бессмысленное, логичное и нелогичное. Самокритике и цензуре здесь не место. Хотя сообщения пациента могут не иметь явной связи друг с другом, каждая ассоциация особым образом связывается с предыдущей в непрерывную цепь ассоциаций. Здесь могут быть отступления и блоки, однако цепочка ассоциаций позволит судить о психическом анамнезе пациента и организации его мыслительной деятельности.

Анализ сновидений. Пациенты добровольно включают свои сновидения в процесс свободных ассоциаций и дают на них свободные ассоциации. Во время сна Эго ослабляет вытеснение и бессознательный материал проникает в сознание в виде сновидений. Во снах исполняются желания, в том числе вытесненные. Даже во сне Эго сохраняет некоторый контроль и латентные сновидные мысли искажаются, чтобы содержание сновидения было менее угрожающим. Сновидения представляют собой компромисс между вытесненными импульсами Ид и защитными действиями Эго. Интерпретация сновидений предполагает понимание латентных сновидных мыслей, которые видоизменяются в процессе формирования сновидений. Элементы формирования сновидений включают разделение латентных мыслей на более мелкие образования, перераспределение психических акцентов между элементами, а также использование символизма. «Толкование сновидений есть прямой путь к познанию бессознательной деятельности психики» (Freud, 1900/1913, p. 769).

Перенос. Перенос представляет собой аспект навязчивого повтора. В терапии — это повторение предшествующих жизненных ситуаций применительно к терапевту; иначе говоря, установки в отношении родителей во время эдиповой стадии переносятся на терапевта. Пациентки пытаются завоевать любовь мужчины-психоаналитика, в то время как пациенты-мужчины проявляют к нему враждебность. Пациент реагирует так, словно он маленький ребенок, а психоаналитик — авторитетная фигура, то есть пациент заново переживает ситуацию в момент первичного вытеснения.

Терапия начинается с того, что пациент относится к психотерапевту по-дружески, иногда с симпатией и любовью — проявление позитивного переноса. Однако по ходу терапии возникают негативные, враждебные чувства — негативный перенос. Таким образом, перенос отражает присущее детям двойственное отношение к родителям, которое переживается в отношении терапевта как фигуры, замещающей родителей. Невроз пациента проявляет себя в терапевтической ситуации и становится «трансферентным неврозом». Терапия превращается в анализ переноса с целью продемонстрировать пациенту, что его чувства никак не связаны с его взаимоотношениями с психоаналитиком, а коренятся в прошлом. Терапия предполагает повторное переживание исходной ситуации и ее аффекта. Анализ переноса составляет основную часть психоанализа и служит важным источником инсайта, когда пациент постигает значимость его для своей жизни.

Психоаналитик сохраняет во время лечения установку нейтральности. Благодаря этому перенос происходит естественным путем. «Терапевт должен быть непроницаемым для пациента и, подобно зеркалу, отражать лишь то, что находится перед ним» (Freud, 1959a, p. 331). Если оно нейтрально и положение зеркала среднее, можно ждать разрешения проблем. «Ослабление переноса... заметно затрудняется слишком дружеской установкой со стороны доктора...» (p. 331). Следовательно, психоаналитик никак не препятствует естественному возникновению переноса. Вместе с тем аналитическая ситуация, в которой психоаналитик едва ли может считаться реальным человеком (он находится вне поля зрения пациента, ведет себя безлично), способствует атрибуции или проекции пациентом на психоаналитика авторитетной фигуры.

При **контрпереносе** психоаналитик привносит в аналитическую ситуацию элементы из собственных прошлых (или настоящих) бессознательных или неразрешенных эмоциональных конфликтов или потребностей. Избежать этого удастся благодаря отказу психоаналитика от личной заинтересованности пациентом и осознанию источников контрпереноса с помощью собственного психоанализа.

Интерпретация. Интерпретация представляет собой попытку показать пациенту смысл материала, выявленного с помощью свободных ассоциаций, сообщений о сновидениях, оговорок, симптомов и переноса. Это средство соотнесения настоящего поведения с его корнями в детстве; вытесненный и бессознательный материал поступает в предсознание и сознание. Интерпретация помогает пациенту проникнуть в суть защитных механизмов и

сопротивления, которые использует Эго для совладания с вытесненным материалом и создания помех терапевтическому процессу. Отчасти интерпретация служит для восполнения пробелов в памяти. Психоаналитик выявляет и интерпретирует влечения, подвергшиеся вытеснению, а также объекты, к которым они теперь присоединены, с целью помочь пациенту заменить вытеснение суждениями, соответствующими текущей ситуации, а не той, которая сложилась в детстве. Психоаналитик объединяется с Эго пациента, поощряя его (Эго) таким образом взять под контроль вытесненную либидинальную энергию. Бессознательные влечения становятся доступными критике благодаря прослеживанию их корней.

Чрезвычайно важно правильно выбрать момент для интерпретаций. Преждевременные интерпретации встречают сопротивление. Предпочтительно, чтобы материал, о котором пойдет речь, находился в предсознании, и пациент должен быть близок к инсайту, чтобы интерпретация оказалась действенной. (О важности этого условия свидетельствует тот факт, что целый раздел журнала *«American Journal of Psychotherapy»* был посвящен исключительно интерпретации переноса (Piper, 1993)).

Сопротивление. Сопротивление включает в себя целый ряд видов поведения со стороны пациента: пропуск мыслей при свободных ассоциациях из-за стыда или дистресса; заявления о малозначительности ассоциаций; «отсутствие» мыслей, о которых можно было бы сообщить; опоздания на встречи с терапевтом; пропуск встреч по забывчивости; утрата интереса к исследованию проблем и к терапии; попытка снискать любовь психоаналитика; вовлечение в борьбу с психоаналитиком. О сопротивлении свидетельствует отыгрывание проблем или жизненных трудностей вместо проработки их во время терапии, а также утаивание материала вследствие недоверия к психоаналитику, желание произвести на психоаналитика хорошее впечатление или получить его одобрение, страх быть отвергнутым.

Угроза тревоги в психоаналитической ситуации, в том числе вследствие даваемых психоаналитиком интерпретаций, усиливает защитную систему Эго, которое пытается сохранить вытеснение путем оказания сопротивления. Сопротивление — это консервативная сила, направленная на поддержание статус-кво. Источником сопротивления также служат вторичные выгоды, или преимущества, которые пациент получает от симптомов. Бессознательное чувство вины или потребность в наказании, исходящие от Суперэго, также являются мощным источником сопротивления исцелению. Борьба по преодолению сопротивления составляет значительную часть психоанализа и требует времени.

Продолжительность и область применения

Продолжительность. Принято считать, что фрейдовский психоанализ — процесс длительный; он требует много времени и усилий со стороны психоаналитика. «Опыт учит нас, что психоаналитическая терапия — освобождение человека от невротических симптомов, запретов и аномалий характера — является длительным занятием» (Freud, 1937, p. 373). Как поясняет Арлоу (Arlow, 1989), «для сохранения непрерывности аналитического процесса необходимо проводить не менее четырех сессий в неделю. Каждая сессия длится не менее 45 минут. Курс лечения может длиться несколько лет» (p. 37).

Область применения. Терапевтический подход Фрейда изначально предназначался для терапии неврозов. По-видимому, сам автор не считал этот подход применимым в более тяжелых случаях, в частности при психозах. И вновь сошлемся на высказывание Арлоу (Arlow, 1989).

«Импульсивные, своенравные и нарциссические индивиды не всегда могут приспособиться к аналитической ситуации. Люди, по натуре нечестные, с признаками психопатий или патологические лжецы, безусловно, не справятся с задачей откровенной исповеди. Кроме того,... психоанализ редко используется при лечении психозов за исключением особых обстоятельств» (pp. 40-41)

Это высказывание отражает оригинальное мышление Фрейда, а также позволяет судить о многочисленных требованиях, предъявляемых к пациенту, проходящему психоанализ.

Пример из практики

Документальных аудио- и видеозаписей работы Фрейда, естественно, не существует. Таким образом, остается неясным, как именно он проводил терапию. Фрейд опубликовал описание нескольких случаев из практики, один из которых, случай Шребера (Freud, 1911/1933), касался пациента, который не лечился у Фрейда. Другой, случай маленького Ганса (Freud, 1909/1933a), повествует о мальчике, которого лечил отец под руководством Фрейда. Четыре случая касались собственно пациентов Фрейда: случай «Доры» (Freud, 1905/1933), Человека-крысы (Freud, 1909/1933b), Человека-волка (Freud, 1918/1933), а также случай женской гомосексуальности (Freud, 1920/1933). Записи об этих случаях делались после интервью, поскольку Фрейд считал, что ведение записей в процессе интервью нарушит ход терапии, и психотерапевт запомнит важный материал и позабудет тривиальный. Следующее краткое сообщение о пациентке, страдающей навязчивыми состояниями, позволяет судить о практике Фрейда (Freud, 1908/1924).

«Молодая женщина, пять лет состоявшая в браке и имевшая только одного ребенка, пожаловалась мне на навязчивое влечение выброситься из окна или с балкона, а также страх изувечить своего ребенка, возникавший при виде острого ножа. Она признала, что редко вступает в интимные отношения с мужем, принимая при этом меры предосторожности, чтобы не забеременеть; однако она добавила, что это ничего не значит, поскольку она не является чувственной натурой. Я рискнул сообщить ей, что при виде мужчины у нее возникают эротические фантазии и поэтому она утратила веру в себя и считает развратной женщиной, способной на все. Перевод навязчивых идей в сексуальные оказался успешным; в слезах она сразу призналась в том, что несчастлива в браке, а затем, что у нее к тому же возникают некоторые болезненные мысли о собственной сексуальности, например о часто повторяющемся ощущении, что к ней под юбку что-то вторгается» (р. 71).

Фрагмент из описания случая Доры включает интерпретацию сновидения. Дору, 18-летнюю девушку, привел к Фрейду ее отец. Она была

«в расцвете юности — девушка с интеллигентными взглядами и приятными манерами. Однако для родителей она была источником больших неприятностей. Перепады настроения, хандра стали теперь наиболее яркими особенностями ее заболевания. Она явно была не удовлетворена собой и собственной семьей; к отцу относилась недружелюбно, находилась в плохих отношениях с матерью... Когда однажды после краткого разговора с отцом она впервые потеряла сознание — событие, полностью выпавшее из памяти, — было принято решение, несмотря на сопротивление девушки, что она должна пройти у меня психоанализ» (Freud, 1953, p. 23).

Фрейд встречался с отцом и дочерью двумя годами ранее и рекомендовал дочери пройти курс терапии, однако на том этапе отец девушки отклонил это предложение.

Психоанализ продолжался с октября по 31 декабря 1900 г. шесть раз в неделю, после чего Дора прервала терапию, будучи неспособной, по мнению Фрейда, принимать правду его инсайтов. Описание данного случая не является последовательным отчетом о ходе терапии, а представляет скорее реконструкцию проблем Доры на основе анализа и интерпретаций Фрейда. Лечение проходило в достаточно жесткой манере, Фрейд оказывал на девушку давление своими инсайтами и интерпретациями. Спустя два года она вернулась к Фрейду для продолжения лечения, однако он отказался принять ее, потому что почувствовал неискренность ее желаний измениться.

Господин К., упомянутый в следующем фрагменте, был другом семьи; его жена была любовницей отца Доры, в прошлом он дважды делал попытки заигрывать с Дорой, первый раз в Л. Ниже приводится описание сновидения, о котором сообщила Дора, с анализом Фрейда (Freud, 1959b).

«В доме был пожар. [В ответ на мой вопрос Дора сообщила, что в их доме никогда не было пожара.] Мой отец стоял у моей кровати и будил меня. Я быстро оделась. Мать хотела непременно спасти шкатулку с драгоценностями, но отец сказал: «Я не позволю себе и своим детям сгореть из-за твоей шкатулки». Мы поспешили вниз, а когда мы оказались на улице, я проснулась.»

Поскольку это сновидение повторялось, я поинтересовался, когда она впервые его увидела. Она сказала, что не знает. Однако она припомнила, что однажды видела его три ночи подряд в Л. (местечке на берегу озера, где произошел эпизод с участием господина К.), а теперь оно возобновилось несколько дней назад уже в Вене. [Содержание сновидения позволяет установить, что оно впервые появилось в Л.] Мои надежды на прояснение смысла этого сновидения, естественно, возросли, когда я услышал о его связи с событиями в Л. Но сначала мне хотелось выяснить, что послужило причиной возобновления сновидения в последний раз, поэтому я попросил Дору пересказать свой сон как можно подробнее и сообщить, в связи с каким событием он появился. Дора уже имела некоторые навыки толкования сновидений благодаря интерпретации нескольких мелких фрагментов.

«Кое-что произошло, — сказала она, — но это не имеет отношения ко сну, ведь это произошло недавно, а сон я определенно видела и раньше».

«Это не имеет значения, — ответил я. — Рассказывайте! Просто выкладывайте это недавнее событие, которое совпало со сновидением».

«Ладно. Несколько последних дней отец ссорился с матерью из-за того, что она запирала на ночь дверь в гостиную. Понимаете, комната моего брата не имеет отдельного входа, туда можно попасть только через гостиную. Отец не желал, чтобы брат оказался запертым на ночь. Он сказал, что так не пойдет: вдруг произойдет нечто, из-за чего надо будет выйти из комнаты».

«И это навело вас на мысль о возможности пожара?»

«Да».

«А сейчас мне бы хотелось, чтобы вы обратили пристальное внимание на те слова, которые произнесли. Вы сказали, что может *произойти нечто, из-за чего надо будет выйти из комнаты*». [Я сделал акцент на этих словах, потому что они меня ошеломили. Они показались мне двусмысленными. Некоторые физические потребности описываются точно так же. Теперь, в цепи ассоциаций двусмысленные слова (мы можем назвать их «ключевыми словами») действуют как железнодорожные стрелки. Если переключить эти стрелки с той позиции, в которой они проявились во сне, можно оказаться на другой дороге; по этой дороге следуют мысли, которые мы ищем и которые скрываются за сновидением.]

Теперь Дора поняла связь между недавней и первоначальной причиной сновидения и продолжила:

«Когда мы с отцом приехали в Л. в тот раз, он открыто сказал, что боится пожара. В тот день была сильная гроза, а нам предстояло ночевать в небольшом домике без громоотвода. Поэтому его тревога была вполне естественной».

Теперь мне необходимо было установить связь между событиями в Л. и повторяющимися там сновидениями. Поэтому я сказал: «Сновидение появилось в одну из первых ночей пребывания в Л. или в конце? Другими словами, до или после эпизода в лесу, о котором мы столько слышали?» (Я должен пояснить, что эпизод этот произошел не в первый день, после этого Дора продолжала оставаться в Л. еще несколько дней, делая вид, что ничего не произошло.)

Поначалу она ответила, что не помнит, но потом добавила: «Да, думаю, после этого эпизода».

Таким образом, я выяснил, что сновидение послужило реакцией на это переживание. Почему же оно возникло трижды? Я продолжил спрашивать: «Как долго вы еще оставались в Л. после этого эпизода?»

«Еще четыре дня. На пятый день мы с отцом уехали».

«Теперь я уверен, что сновидение стало следствием эпизода с господином К. Оно впервые посетило вас в Л., а не прежде. Вы просто вставили неуверенность в этом в свою память, чтобы устранить связь между сновидением и вызвавшим его эпизодом в вашем уме. Однако меня пока не все удовлетворяет. Если вы оставались в Л. еще четыре дня, сновидение могло появиться четыре раза. Возможно, так оно и было?» Она не стала оспаривать мои предположения; но вместо ответа на вопрос продолжила свой рассказ [Это объясняется тем, что ответить на заданный мной вопрос можно было только после того, как из ее памяти будет извлечена новая порция материала.]: «После обеда в тот день, когда мы (я и господин К.) ходили на озеро, я, как обычно, прилегла на диване в спальне подремать.

Внезапно я проснулась и увидела возле себя господина К. ...»

«То есть в том же положении, в котором стоял ваш отец во сне?»

«Да. Я резко спросила его, что ему нужно. Он заявил, что имеет право входить в собственную спальню, когда ему вздумается; кроме того, ему кое-что надо взять. Этот случай заставил меня насторожиться, и я попросила у фрау К. ключи от спальни. На следующее утро (на второй день) я заперлась, пока одевалась. После обеда, когда я хотела запереть дверь и прилечь отдохнуть, ключ найти не удалось. Я уверена в том, что ключ взял господин К.»

«Теперь очевидна тема запираения или незапираения двери в комнату, которая впервые возникла в связи со сном и возобновилась, совпав со взволновавшим вас случаем, недавним повторением сновидения. [Я подозревал, хотя и не говорил этого Доре, что она воспользовалась этим элементом в связи с его символическим смыслом. «Zimmer» (комната) в сновидении часто используется вместо «Frauenzimmer» (несколько пренебрежительное слово для женщин; буквально означает *женская комната*). Вопрос о том, «открыта» женщина или «закрыта», естественно, имеет определенное значение. Общеизвестно также, какого рода ключи используются в том или ином случае.] Мне хотелось бы знать, не относится ли к этому контексту фраза "Я быстро оделась"?»

«Это было с тех пор, как я решила не оставаться с господином К. наедине, без отца. В последующие дни я опасалась, что господин К. войдет в спальню, когда я буду одеваться: *потому я всегда одевалась очень быстро*. Видите ли, отец жил в гостинице, и фрау К. рано уходила к нему. Но господин К. больше меня не беспокоил».

«Понятно. На второй день после эпизода в лесу вы решили избавиться от его преследований, и в течение второй, третьей и четвертой ночи вы имели возможность утвердиться в этом решении во сне. (На второй день, то есть до сновидения, вам уже было известно о пропаже ключа и невозможности запереться утром во время одевания; поэтому вы приняли решение одеваться максимально быстро.) Но ваше сновидение повторялось каждую ночь, поскольку соответствовало принятому решению. Решение продолжает существовать, пока не будет выполнено до конца. Вы сказали себе следующее: "Я не буду отдыхать и не буду спокойно спать, пока не уеду из этого дома". В своем сообщении о сновидении вы представили это иначе, сказав: "Оказавшись на улице, я проснулась"».

Заключение и оценка

Заключение. Фрейд разделял человеческие влечения на две большие категории: Эрос, эротический инстинкт, или инстинкт жизни; и Танатос, инстинкт смерти или разрушения. Энергией инстинкта жизни является либидо. Психическая жизнь включает сознательный, предсознательный и бессознательный уровни. Психический аппарат состоит из трех отделов: Ид, постоянно стремящийся к удовлетворению влечений; Эго, целью которого является приведение инстинктивных требований в соответствие с принципом реальности; и Суперэго, которое отражает родительское и моральное влияния. Эго имеет троих надсмотрщиков — внешний мир, Ид и Суперэго, — каждый из которых может вызвать тревогу. Психическая энергия распределяется между тремя психическими отделами, которые могут находиться друг с другом в состоянии гармонии или конфликта.

Люди сексуальны с детства, хотя сексуальные чувства и переживания подвержены амнезии. Существует четыре стадии сексуального развития: оральная, анальная, фаллическая (догенитальные стадии), после которых следует латентный период, и генитальная стадия. Нормальное развитие личности происходит по трем взаимосвязанным направлениям. Первое включает либидинальное развитие человека, которое начинается с сочетания конституциональной и инфантильной предрасположенности, переходя в генитальную сексуальность в процессе последовательных, но перекрывающихся стадий. Второе направление касается развития Эго, которое обретает способность осуществлять посреднические функции между требованиями влечений и реальностью внешнего мира, и Суперэго, основанного на идентификации с родительскими влияниями. Третье направление состоит в формировании защитных механизмов Эго по преодолению тревоги, вызванной силой и стойкостью либидинальных влечений Ид. Таким образом, нормальное развитие

заключается в прохождении через последовательные стадии сексуального созревания без сильных фиксаций и регрессий; в развитии Эго, которое разумно и действенно справляется с внешним миром; в развитии Суперэго на основе конструктивных и не несущих в себе пунитивной морали отождествлений; в выработке защитных механизмов, которые частично отводят энергию Ид без серьезного ограничения функционирования Эго. Невозможность достичь этого равновесия создает основу для неврозов.

Избыточное вытеснение приводит к ослаблению Эго, которое вынуждено поддерживать вытеснение, и к подверженности стрессу. Вытесненные влечения трансформируются в невротические симптомы. Психоанализ направлен на укрепление Эго за счет устранения детской амнезии и вытеснения, что дает Эго возможность действовать с позиции силы, а не слабости. Основными методами психоанализа являются свободные ассоциации, анализ сновидений, интерпретация, анализ переноса.

Следует помнить, что эта глава представляет только теории и практику Фрейда. Последние работы Фрейда датируются серединой 1920-х гг. Однако начиная с 1910 г., другие теоретики начали модифицировать положения его теории. Одними из первых были Адлер, Ранк, Ференци, Абрахам, Райх, Юнг, Салливан, Хорни и Фромм; а впоследствии — Эго-психоаналитики, такие как Гартман и Эриксон, а также теоретики объектных отношений, в частности Кляйн, Кернберг и Фэйрберн.

Оценка. Упомянутые выше теоретики и многие другие авторы не раз критиковали взгляды Фрейда (Grunbaum, 1984, 1993; Torrey, 1993). Соответствующий обзор потребовал бы гораздо больше места, чем мы располагаем. Поэтому придется удовольствоваться перечислением основных заслуг и недостатков психоанализа Фрейда.

К основным заслугам Фрейда относятся следующие (не обязательно в порядке значимости).

1. Вероятно, наиболее важным вкладом Фрейда является открытие, что ранние детские переживания важны для последующего личностного развития и что последствия этих переживаний продолжают проявляться у взрослого помимо его сознания.

2. В связи с этим следует упомянуть признание Фрейдом сексуальных аспектов детства.

3. Фрейд разработал первую всеобъемлющую теорию личности, включая происхождение личностных характеристик из детских переживаний.

4. Открытие бессознательных процессов, деятельности, происходящей в психической жизни вне сознания человека, является значимым вкладом в психологию.

5. Признание бессознательных детерминантов, или влияний, на поведение внесло вклад в теорию мотивации.

6. Разработка Фрейдом метода свободных ассоциаций стала важным вкладом в сферу психотерапии. Эрнест Джоунс (Ernest Jones, 1955), основной биограф Фрейда, считал свободные ассоциации одним из двух главных достижений Фрейда. (Вторым является самоанализ.)

7. Открытие переноса также стало заметным вкладом в процесс психотерапии.

8. Фрейд показал важное значение исследования единичных случаев психотерапии как источника инсайтов о психологическом развитии.

Критических замечаний в адрес Фрейда также было высказано немало. Вот некоторые из них.

1. Фрейд переоценивал значимость биологических факторов — наследственных, конституциональных и связанных с созреванием — в человеческом развитии. Исключительное внимание к сексуальному развитию лежит в основе этого сосредоточения на биологии.

2. Фрейд придерживался детерминистских, а значит пессимистических, взглядов на человеческое поведение. Он считал, что все виды поведения, включая простейшие, например оговорки, определяются прошлыми переживаниями, в особенности относящимися к ранним годам жизни, которые в настоящий момент не осознаются. Эти переживания в свою очередь определяются врожденными биологическими стремлениями, по большей части также бессознательными. Эти внутренние силы представляют собой сексуальные и агрессивные энергии, которые в основе своей антисоциальны или деструктивны и подлежат контролю. Это негативистский детерминизм не позволяет объяснить, как психотерапия может изменить поведение.

3. Фокусирование на органических, конституциональных и сексуальных аспектах развития сопровождается практически полным пренебрежением социальными аспектами развития как позитивными, а не только ограничительными. Фрейд игнорировал межличностные отношения с родителями в начале жизни и другими людьми впоследствии (за исключением сексуальных аспектов).

4. Фрейд не признавал, что большая часть из того, что он видел в своих пациентах, связана с определенным временем и местом в человеческой истории. В результате он проводил неоправданные обобщения от Вены девятнадцатого века на все человечество, не учитывая культурных различий в человеческом развитии.

5. Критики среди психоаналитиков отмечают, что Фрейд не сумел обнаружить автономии Эго от доминирования Ид и не осознал наличия у Эго собственных источников энергии, интересов, мотивов и задач, не зависящих от Ид.

6. Фрейд признавал, что его идеи и теории оказывали влияние на «свободные» ассоциации его пациентов. Его теории, предубеждения и ожидания также накладывали отпечаток на его наблюдения и интерпретацию полученных данных. Следовательно, возникает вопрос о надежности его методов исследования, а также репрезентативности полученных данных.

7. Влияние, которое Фрейд оказывал на своих пациентов, тесно связано с использованием интерпретации в качестве метода внушения своих идей. Это особенно четко видно на примере Доры.

Несмотря на эти и многие другие критические замечания и многие дополнения теории Фрейда, сделанные другими психоаналитиками, его роль в истории не вызывает сомнений. «Гений Фрейда позволил ему по праву занять прочное место в истории психологии и в интеллектуальной истории мира» (Hilgard & Bower, 1975, p. 373).

Халл и Линдси (Hall & Lindzey, 1970) так подытожили творческий вклад Фрейда:

«Прекрасный литературный стиль и волнующие темы не являются основными причинами высокой оценки работ Фрейда. Скорее это объясняется новаторским характером его идей, широтой и глубиной его представлений о человеке, значимостью его теории для современности. Возможно, Фрейд не был выдающимся ученым или первоклассным теоретиком, но он был терпеливым, педантичным наблюдателем и смелым, дисциплинированным и настойчивым мыслителем... Для многих его представления о человеке обладают особой ценностью» (p. 72).

Сходное мнение выражено в посвященной Фрейду недавно вышедшей книге Джейкобса (Jacobs, 1992).

Психоанализ — теория и лечение — продолжает сохранять свою значимость в современной психотерапии. Свидетельством тому являются такие организации, как Американская психоаналитическая ассоциация (*American Psychoanalytic Association*), Американская академия психоанализа (*American Academy of Psychoanalysis*) и Международная психоаналитическая ассоциация (*International Psychoanalytical Association*). Кроме того, психоанализ широко представлен в текущих периодических изданиях, например *International Journal of Psychoanalysis*, *Journal of the American Psychoanalytic Association* и *The Psychoanalytic Quarterly* (см. Arlow, 1989).

Так что же говорят исследования, посвященные психоанализу, в частности его классической форме? Верно, что психоаналитический подход к психотерапии за последние 10-20 лет не раз подвергался исследованиям, но, насколько нам известно, проектов, посвященных классическому или фрейдовскому психоанализу, насчитывается немного. По данным этих немногочисленных исследований, «психоанализ не позволяет получить впечатляющих результатов» (Kernberg, 1993, p. 48).

Вероятно, одной из наиболее (если не самой) всеобъемлющей попыткой изучения психоанализа является исследование *Psychotherapy Research Project (PRP)* фонда *Menninger Foundation*. Оно началось в начале 1950-х гг. и включило 42 пациента — одни из них проходили психоанализ, а другие психоаналитическую психотерапию — в процессе лечения и в течение двух-трех лет после его завершения. Исследование *PRP* описано в многочисленных публикациях (например, Kernberg et al., 1972; Wallerstein, 1989). Когда все уже было сделано и сказано, Уоллерштейн (Wallerstein, 1986) сообщил, что успех психоанализа оказался

«меньше, чем ожидалось», что психоанализ «не позволил достичь тех результатов, на которые рассчитывали — **у данных пациентов**» (р. 727). Разумеется, были смягчающие обстоятельства, как указал Уоллерштейн (его добавление «**у этих пациентов**»). Во всяком случае, наблюдения оказались менее обнадеживающими, чем ожидалось, что указывает на некоторые ограничения психоанализа (очевидно, что он не является универсальным средством терапии любых состояний).

Наряду с ограниченными экспериментальными данными по поводу психоанализа, психоаналитики часто склонны принимать единичные сообщения за свидетельства эффективности своего лечения. Как пояснили Уоллерштейн и Уэйншел (Wallerstein & Weinshel, 1989), «изучение частных клинических случаев... по-прежнему является основным источником наших знаний о психоанализе» (р. 361). «Эти описания единичных случаев, например случаев Фрейда с Дорой и Человеком-крысой, оказали заметное влияние на клиническую практику. К сожалению, при наличии мнения одного только психотерапевта судить об эффективности лечения следует с осторожностью из-за возможности субъективных искажений» (Hill, 1989, pp. 17-18). То же самое можно выразить научным языком: «психоаналитики должны признать тот факт, что их первичная и типичная форма исследования, неконтролируемое исследование отдельных случаев, лишена научной ценности **за исключением** возможности служить источником гипотез» (Holt, 1985, p. 296). Если предполагается использовать результаты исследования единичных случаев для совершенствования психоаналитического лечения, необходим системный подход на основе баз данных. Подобный подход, открывающий интересные возможности, был описан Джоунсом и Уиндхольцем (Jones & Windholz, 1990).

С нашей точки зрения, фрейдистский психоанализ должен доказать свое право на существование с помощью научных исследований (ср. Gray, 1993). Эмпирический анализ или хотя бы системный подход с использованием баз данных должен подтвердить действенность традиционного психоанализа. Пока этого не сделано, данная форма лечения не может считаться научно обоснованной; а жаль, поскольку вплоть до настоящего времени у психоанализа много последователей.

Что можно сказать о будущем психоанализа? Этот вопрос тревожит умы современных психоаналитиков. Так, в журнале *The Psychoanalytic Quarterly* вышла серия статей под заголовком «Будущее психоанализа» (см. Arlow & Brenner, 1988; Cooper, 1990; Michels, 1988; Orgel, 1990; Rangell, 1988; Reiser, 1989; Richards, 1990; Spruiell, 1989; Wallerstein & Weinshel, 1989). Настоящим и будущим проблемам психоанализа посвятил свою работу Кернберг (Kernberg, 1993).

Можно утверждать, что будущее психоанализа тесно связано с географией. Например, возьмем следующую цитату из Уоллерштейна (Wallerstein, 1991).

«Престиж психоанализа..., оставаясь на прежнем уровне лишь в Соединенных Штатах, а также, как ни странно, в Великобритании, в большинстве других стран быстро идет вверх. Психоанализ получил широкое распространение в странах Европы и Латинской Америки, особенно возрос его авторитет в таких крупных странах, как Аргентина, Бразилия, Франция, Западная Германия и Италия, не говоря уже о странах Азии, включая Южную Корею, где в последнее время также выросла популярность психоанализа, и конечно... с распадом коммунистического мира Восточной Европы и сближением посткоммунистических стран с Западом активизировалось психоаналитическое движение в Чехословакии и Польше, Литве и России, где после десятилетий полного запрета стали публиковаться работы Фрейда, пользующиеся большим спросом у покупателей. Если сложить все это вместе... получается, что психоанализ набирает силу в мировом масштабе, хотя на территории США... его влияние слабеет...» (р. 438).

Из этого явствует, что всякие сообщения о закате психоанализа не соответствуют действительности и являются преждевременными.

Вместе с тем в США психоанализ столкнулся с большой проблемой: настала эра системы регулируемой медицинской помощи (*managed care*). А фрейдистский анализ имеет два слабых звена: невозможность точного учета и материальные затраты, которые нельзя игнорировать.

«Наконец, нравится это кому-нибудь или нет, психотерапевтическая практика всех

видов претерпевает сильнейшее влияние со стороны системы регулируемой медицинской помощи *managed care*, с ее акцентом на краткосрочном лечении специфических расстройств, конкретных задачах и экономичности. Эта тенденция согласуется не с целью лучшего понимания процессов изменения, а скорее с вопросами практической целесообразности. Не ограниченная по времени динамическая психотерапия, **включая психоанализ** (выделение добавлено), явно превращается в роскошь, которую могут позволить себе далеко не все члены нашего общества» (Strupp, 1992, p. 26).

Мы в свою очередь можем задать вопрос: «Какое влияние окажут реформы системы здравоохранения, начатые президентом Клинтонем, на психоаналитическое лечение?». В недавно опубликованной статье в *Time*, озаглавленной «Покушение на Фрейда», Грей (Gray, 1993) пишет следующее: «Независимо от того, будет ли утверждена программа реформы здравоохранения в Конгрессе, многие эксперты убеждены, что страховые гарантии не будут распространяться на разговорную терапию Фрейда» (p. 47). Таким образом, психоанализ, во всяком случае в США, входит в период неопределенности и, скорее всего, понесет потери. Время покажет, какими будут эти эффекты в действительности.

Со своей стороны, мы предполагаем, что фрейдистский анализ сохранит свое значение в связи с большим числом его сторонников по всему миру, однако популярность его у американцев скорее снизится, чем возрастет (см. Norcross, Alford, & DeMichele, 1992). Все большее число американских терапевтов используют модификации фрейдистского подхода, в частности отражающие достижения Эго-психологии и теории объектных отношений. Это было и, как мы надеемся, останется **духом времени** (*Zeitgeist*) для современного психоаналитического лечения в США.

Глава 2. Аналитическая психотерапия: Юнг

Карл Г. Юнг (1875-1961) родился в Швейцарии, в маленькой деревеньке Кессвиль на озере Констанс. Его отец был пастором швейцарской реформаторской церкви, а мать — домохозяйкой. У Юнга было двое братьев, которые умерли в младенчестве еще до его рождения. Когда Карлу исполнилось девять лет, в семье появился еще один ребенок, на этот раз девочка.

Вскоре после рождения Юнга семья переехала в Лауфен, другую небольшую деревню в Швейцарии. Отец Карла получил там приход. Через три года состоялся еще один переезд — в деревню Кляйн-Ханинген. Именно там, близ Базеля Юнг провел лучшие годы своего детства. До одиннадцати лет он учился в местной школе, а затем был переведен в гимназию в Базеле.

После окончания средней школы Юнг поступил в медицинскую школу Университета Базеля и в 1900 г. получил докторскую степень. Юнг начал работать ассистентом врача с Эйгеном Блейлером в психиатрической клинике Бургольци в Цюрихе. Позднее он обучался в Сальпетриере в Париже с Пьером Жане. Кроме того, Юнг читал лекции в Университете Цюриха. В 1903 г. Юнг женился на Эмме Раушенбах; у них было пятеро детей — четыре дочери и сын. Эмма умерла в 1955 г.

Помимо других своих многочисленных обязанностей Юнг был президентом Международного психоаналитического общества (1910-1913) и редактором ежегодного издания *Annual for Psychoanalytical and Psychopathological Research*. В 1909 г. он ушел из психиатрической клиники Бургольци. В 1913 г. Юнг также перестал преподавать в Университете Цюриха. В результате он смог уделять больше времени частной практике, а также другим своим занятиям (в частности, путешествиям). Спустя 20 лет он занял должность профессора психологии в Федеральном политехническом университете Цюриха. В 1948 г. в Цюрихе был основан Институт К. Г. Юнга. Юнг был его первым президентом. Он активно занимался писательской, преподавательской деятельностью и частной практикой вплоть до своей смерти в 1961 г.

Становление и развитие

Детство и отрочество Юнга никак нельзя назвать безоблачными. В автобиографии «Воспоминания. Сновидения. Размышления» (*Memories, Dreams, Reflections*, Jung, 1961) он говорит об изоляции и одиночестве, которые он испытывал, будучи ребенком, о проблемных взаимоотношениях между родителями, эмоциональном расстройстве матери и о том, как несколько раз сам был на волосок от смерти. Юнг говорит о своих неясных страхах и живых снах, фантазиях, мысленных образах. Позднее у него стали возникать обмороки, учиться ему наскучило, появились серьезные конфликты на религиозной почве. Со временем, однако, Юнгу, по-видимому, удалось справиться с одолевавшими его проблемами. Он обрел некоторую уверенность в себе, глубоко заинтересовался философией, много и с увлечением читал и встал на путь, который впоследствии привел его к крупнейшим достижениям в области психиатрии и психотерапии.

Поступив в медицинскую школу, Юнг продолжал живо интересоваться философией, снами, фантазиями, оккультными явлениями и парапсихологией. В студенческие годы он также посещал спиритические сеансы и знакомился с философскими трудами. Его докторская диссертация называлась «О психологии и патологии так называемых оккультных явлений» (*On the psychology and pathology of so-called occult phenomena*) и была посвящена поведению его 15-летнего кузена, медиума, принимавшего участие в спиритических сеансах, которые посещал Юнг (Jung, 1902/1970). Все это вместе взятое, то есть интерес и желание разгадать «тайны жизни», в конце концов привело Юнга в психиатрию, психопатологию и психотерапию.

Во время обучения и психиатрической практики Юнг познакомился с работами Фрейда; он даже направил Фрейду копии своих опубликованных статей (например, Jung, 1907/1960). Позднее, в 1907 г., по инициативе Фрейда они встретились, стали близкими друзьями и поддерживали тесные личные и профессиональные отношения в течение нескольких лет. На протяжении этого времени Юнг, который всегда мыслил независимо, продолжал развивать собственные идеи о личности и психопатологии. В 1912 г. вышла работа Юнга «Символы трансформации» (Jung, *Symbols of Transformation*, 1912/1967). В этой книге нашли отражение взгляды Юнга, противоречащие системе Фрейда, что неизбежно должно было привести к разрыву отношений между Юнгом и Фрейдом. Это обстоятельство чрезвычайно тревожило Юнга. Однако изменить что-либо было невозможно.

В последующие годы Юнг продолжил свое изучение личности. Его также интересовали другие разнообразные, эклектические вопросы (например, религиозный символизм, алхимия, летающие тарелки, ясновидение и спиритические сеансы). В 1921 г. вышла наиболее известная или, во всяком случае, одна из лучших его книг «Психологические типы» (*Psychological Types*, 1921/1966). Юнг предпринял поездки в Северную Африку, Нью-Мексико (для изучения индейцев), Кению, Уганду, Индию и Рим. Он продолжал публиковать свои работы (в частности, «Современный человек в поисках души» (*Modern Man in Search of a Soul*, 1933); «Психология и алхимия» (*Psychology and Alchemy*, 1944/1968)). В 1957 г. он начал писать свою автобиографию *Memories, Dreams, Reflections*, которая была впервые опубликована в 1961 г.

Психология Юнга сформировалась под воздействием следующих факторов: широта и многообразие интересов; его творческое, интуитивное, независимое мышление; умение обобщить разнообразную информацию, идеи, опыт при создании аналитической психологии. В следующих разделах мы рассмотрим сущность подхода Юнга к психотерапии.

Прежде всего следует отметить, что подход Юнга труден для освоения. На это имеется целый ряд причин.

«Юнг никогда не излагал свою психологическую теорию как теорию в строгом понимании этого слова: то есть как совокупность обобщений и принципов, связанных с практикой психотерапии и формирующих ее содержание как научной дисциплины... Юнг не предлагает методологии, техники процедур, серии приемов, которыми мог бы воспользоваться его последователь» (Singer, 1973, p. 6).

Вполне понятно, что превращение юнгианского подхода в психотерапии в единое целое представляет довольно сложную задачу. Однако усилия того стоят.

Поскольку Юнг не всегда четко формулировал принципы своего подхода, особенно в части методов и техник, приходится привлекать другие источники, как это явствует из ссылок.

Философия и концепции

Чтобы понять философию Юнга, целесообразно начать с предложенных им концепций. Далее приведены наиболее важные из них.

Концепции

Сознание. Речь идет об осознании, мыслях, чувствах и переживаниях, которые известны и доступны индивиду.

Эго. «Что касается сознания, важно представлять себе, что не может быть сознания без Эго, к которому оно относится» (Jung, 1968b, p. 10). Но что же такое Эго? «Эго есть сложное образование, состоящее, во-первых, из общего осознания своего тела, своего существования и, во-вторых, из содержащейся в памяти информации; вы представляете себе свое прошлое в виде череды воспоминаний. Вот две основные составляющие того, что мы называем Эго» (Jung, 1968b, p. 10). Эго — это то, что «дает жизнь сознанию»; это центр сознания.

Личное бессознательное. В области личного бессознательного находятся все воспоминания и переживания, которые были забыты или подавлены (Jung, 1936/1968); когда-то они были осознаны, при определенных обстоятельствах они вновь могут быть осознаны (например, если что-то заставляет вас вспоминать о прошлых событиях). «Личное (бессознательное) уходит в ранние младенческие воспоминания...» (Jung, 1956, p. 87). В рамках личного бессознательного обнаруживаются разного рода комплексы. «Комплекс представляет собой сгусток ассоциаций — своего рода картину более или менее сложной психологической природы — иногда травмирующего, болезненного характера, иногда просто болезненного и крайне чувствительного характера» (Jung, 1968b, p. 79). Например, индивид может иметь «материнский» или «отцовский» комплекс, то есть отличаться повышенной восприимчивостью к материнским или отцовским стимулам, что отражает некоторые неразрешенные вопросы во взаимоотношениях с родителями. Поскольку мы имеем свои комплексы, наши комплексы еще в большей степени имеют нас. Основной задачей юнгианской психотерапии, следовательно, является помощь пациентам в разрешении проблемных, травматических комплексов.

Коллективное бессознательное. «Содержание коллективного бессознательного никогда не доходит до сознания и, следовательно, никогда не приобретает индивидуально; своим существованием оно обязано наследственности» (Jung, 1936/1968, p. 42). Содержание коллективного бессознательного представляет собой образы, потенциальные возможности и склонности, которые унаследованы нами от предков (например, страхи, влечения, символические значения) — наше расовое, эволюционное и родовое наследие. Коллективное бессознательное является «универсальным», «извечным», «идентичным у всех индивидов», «составленным преимущественно из архетипов» (Jung, 1936/1968).

Чтобы лучше разобраться в том, что такое коллективное бессознательное, поясним, что представляют собой архетипы.

«Архетип (*typos*, отпечаток) — это определенное образование архаичного характера, продолжающее как по форме, так по содержанию, *мифологические мотивы*. В чистом виде мифологические мотивы проявляются в сказках, мифах, легендах и фольклоре. К некоторым наиболее известным мотивам относятся фигуры Героя, Спасителя, Дракона (последний всегда связан с Героем, который должен его победить), Кита или Монстра, который проглатывает Героя» (Jung, 1968b, p. 41).

Архетипы относятся к «первобытным образам»; они не являются идеями, поскольку «лишены языковой структуры, обязательной для идей... они вызываются к жизни обстоятельствами» (Rychlak, 1973, p. 145).

«Архетипы нельзя считать полностью оформленными картинами, подобными мысленным образам прошлых переживаний из жизни индивида. Архетип матери, например, не имеет ничего общего с фотографическим изображением матери или женщины вообще. Он подобен негативу, который проявляется под действием переживаний» (Hall & Nordby, 1973, p. 42).

Архетипов существует великое множество, включая архетипы Героя, Матери, Отца, Семьи, Души, Хитреца (см. Jung, *Collected Works*, vol. 9, parts 1 and 2, (1936/ 1968, 1968a), где приводится подробное описание концепций архетипа и коллективного бессознательного). Наибольшее значение имеют архетипы персоны, анимы и анимуса, тени и «Я».

Персона (*persona*) буквально обозначает «маску, которую надевает актер и которая соответствует исполняемой им роли» (Jung, 1956, p. 167); назначение персоны «состоит в том, чтобы, с одной стороны, произвести определенное впечатление на других и, с другой стороны, скрыть истинную сущность индивида» (Jung, 1956, p. 203). Можно представить себе персону как «публичную личность», задача которой состоит в соответствии требованиям общества; за этой публичной личностью скрывается наша «частная личность» (Hall & Lindzey, 1970). В идеале персона должна быть гибкой, что дает возможность вести себя по-разному в зависимости от обстоятельств. Вместе с тем, если персона становится ригидной, адаптивность нарушается.

Юнг дает следующее определение **анимы** (*anima*).

«Каждый мужчина несет в себе извечный образ женщины, который не соответствует какой-либо конкретной женщине, хотя это определенный женский образ. Этот образ относится к бессознательному, является наследственным фактором первобытной природы, присущим органической системе мужчины, отпечатком или архетипом всех связанных с женщиной переживаний предков, хранилищем всех впечатлений, когда-либо произведенных женщиной» (Jung, 1925/1954, p. 198).

Этот извечный бессознательный образ лежит в основе сродства, близких отношений, влечения и отвращения. Если анима недостаточно интегрирована в личность индивида, сродство может быть нарушено. Таким образом, анима представляет собой женскую составляющую личности мужчины и может отражаться в отдельных снах, видениях, фантазиях и символических женских образах (например, Матери, Колдуньи).

«Поскольку анима представляет собой архетип и обнаруживается у мужчин, резонно предположить наличие равнозначного архетипа у женщин; подобно тому как мужчина уравнивается женским элементом, женщина уравнивается мужским» (Jung, 1968a, p. 14). Мужской архетип у женщины называется **анимус** (*animus*). «Подобно тому, как анима привносит сродство и влечение в сознание мужчины, анимус дает сознанию женщины способность к рефлексии, раскрепощению и самопознанию» (Jung, 1968a, p. 16). Если анимус недостаточно интегрирован в личность, эта способность может быть нарушена. Анимус отражается в отдельных снах, видениях, фантазиях и символических мужских образах (например, Отца, Дьявола).

Тень (*shadow*) относится к «темной стороне» нашей личности, животным инстинктам. В ней содержатся низменные побуждения, аспекты, которые мы предпочли бы скрывать, которых стыдимся (Singer, 1973). Это

«та скрытая, подавленная, как правило, низменная и отягощенная виной часть личности, которая тянется к животным предкам, составляет исторический аспект бессознательного... (Она включает) не одобряемые моралью склонности, а также целый ряд хороших качеств, например здоровые инстинкты, адекватные реакции, реалистичные озарения, творческие импульсы и т. д.» (Jung, 1968a, p. 266).

Поскольку тень относится к сфере бессознательного, а также содержит личные аспекты, которые нам не нравятся и которые хотелось бы скрыть, ее содержание часто проецируется на других (например, отношение к кому-либо как к тщеславному и самонадеянному человеку).

«Я» (*self*) представляет собой центральный архетип, центр личности. «Я» не только является центром, но и целой окружностью, в границах которой заключены сознательное и бессознательное, это центр всей совокупности...» (Jung, 1944/1968, p. 41). «Я» обеспечивает единство, организацию и стабильность функционирования личности. Оно отражается в символе мандалы, круге, Христе (Jung, 1968a).

Индивидуация — это «процесс, посредством которого человек становится психологическим "индивидом", то есть самостоятельной, неделимой единицей, или "целым"» (Jung, 1939/1968, p. 275).

Аттитюды. Это интроверсия и экстраверсия.

«Первая установка обычно проявляется в неуверенности, рефлексивности, привычке к

уединению, склонности пускать все на самотек, некоторой защитной позиции и желании спрятаться за подозрительностью и недоверчивостью. Вторая установка обычно проявляется открытостью, искренностью, хорошей приспособляемостью к конкретной ситуации, быстрым формированием привязанностей и... часто граничит с избыточной доверчивостью и готовностью ввязаться в авантюрные предприятия» (Jung, 1956, p. 54).

Каждый из нас в той или иной мере обладает обеими этими установками, однако чаще всего одна из них доминирует.

Четыре функции. Это мышление, чувство, ощущение и интуиция.

«Важнейшая функция ощущения — установить, что нечто существует, мышление говорит нам о значении этого существующего предмета или явления, чувство подсказывает, какова его ценность, интуиция позволяет сориентироваться в источниках происхождения и перспективах. Ощущение и интуицию я называю иррациональными функциями, поскольку они имеют дело просто с тем, что происходит, с актуальной или потенциальной действительностью. Мышление и чувство, будучи дискриминативными функциями, рациональны» (Jung, 1921/1971, appendix).

Типы. Возможные сочетания двух установок и четырех функций лежат в основе теории психологических типов: всего их насчитывается восемь (например, экстравертированный ощущающий тип, интровертированный чувствующий тип и т. д.). Определив тип человека, можно судить о присущих ему характерных подходах и функционированию в окружающем мире (Jung, 1921/1966). (Этот типологический подход лег в основу одного из наиболее популярных в настоящее время объективных личностных опросников — Определитель типов Майерс—Бриггс, *Myers—Briggs Type Indicator*.)

Заключительное примечание. Здесь перечислены далеко не все выдвинутые Юнгом концепции, а только наиболее важные из них. Другие концепции и определения можно найти в глоссарии, который приведен в книге Юнга *Memories, Dreams, Reflections* (Jung, 1961). Другие полезные источники информации включают введения в теорию личности (Hall & Lindzey, 1970; Hall & Nordby, 1973), а также словарь юнгианского анализа (Samuels, Shorter & Plaut, 1986). Установив и определив некоторые из основных концепций Юнга, давайте рассмотрим, как они соотносятся между собой. С этой целью сделаем определенные допущения.

Допущения

В основе системы взглядов Юнга лежат пятнадцать допущений. (Эти допущения (приведены курсивом) взяты из работы Maduro & Wheelwright, 1977, pp. 89-105.)

1. *Личность испытывает влияние существования и потенциальной активации коллективного трансперсонального бессознательного.* Здесь говорится о существовании коллективного бессознательного, которое есть у каждого из нас и влияет на наше повседневное функционирование.

2. *Бессознательные элементы, неприемлемые для Эго, локализируются в личном бессознательном.* Бессознательные, но забытые или подавленные элементы также содержатся в личном бессознательном. Однако лишь неприемлемые элементы причиняют боль, страдания и несчастья, которые являются главным фокусом психотерапии.

3. *Со временем вокруг активированных архетипических образов формируются и получают энергетическую подпитку комплексы.* Комплексы, «психические фрагменты, отщепившиеся вследствие психотравмирующих воздействий или определенных несовместимых тенденций» (Jung, 1937/1968, p. 121), обнаруживаются в личном бессознательном. Однако комплексы организуются и вызываются к жизни каким-либо архетипическим образом. Задача терапии — перевести проблемные комплексы в сознание, чтобы они могли быть разрешены и интегрированы в личность.

4. *Эго служит посредником между бессознательным и внешним миром.* Эго, таким образом, является связующим звеном, своеобразным мостиком, соединяющим бессознательное с внешним миром. Выполняя функции связующего звена, Эго играет ключевую роль в поддержании психического здоровья и здорового функционирования (или его отсутствия); это необходимо для поддержания целостности, установления границ и отделения существенных стимулов от несущественных.

5. «Я» представляет целостность, это организующий архетип. Как говорилось ранее, «Я» считается центром сознательного и бессознательного; кроме того, оно считается центральным архетипом, который отражен в круге мандалы или других символах «целостности».

6. Архетипы функционируют как органы коллективной бессознательной души. Архетипы пребывают в коллективном бессознательном и оказывают свое влияние оттуда; они такие же содержательные элементы коллективного бессознательного, как комплексы — содержательные элементы личного бессознательного.

7. Психическая реальность, бессознательный внутренний мир, не менее важна, чем мир внешний.

Бессознательное пребывает в постоянной активности, комбинируя материал в соответствии с будущими задачами. Оно продуцирует, причем не менее активно, чем сознательный разум, перспективные комбинации, причем эти комбинации превосходят по точности и по масштабам все, что делается на сознательном уровне. По этим причинам бессознательное может служить человеку надежным проводником при условии, что он не поддастся соблазну сбиться с пути (Jung, 1956, p. 126).

Бессознательное — это как раз то, с чем имеет дело аналитическая психология. «Под аналитической я подразумеваю процедуру, которая учитывает существование бессознательного» (Jung, 1939/1968, p. 275).

8. Психология Юнга имеет дело преимущественно с центральными доэдиповыми переживаниями, тревогами и защитами, а не с эдиповыми конфликтами. Тем не менее эдиповы конфликты также существуют; эдипова драма по Фрейду происходит на основе архетипов. Система Юнга уделяет больше внимания доэдиповому периоду развития.

9. Личностный рост происходит на протяжении всего жизненного цикла, его может ускорить процесс «индивидуации» в более поздний период жизни. Хотя рост возможен в течение всей жизни, процесс индивидуации с соответствующим ускорением личностного роста происходит в среднем возрасте.

Мы можем, таким образом, определить индивидуацию как «приход к себе» или «самореализацию»... Индивидуация... означает процесс психологического развития индивидуальных качеств; другими словами, это процесс, благодаря которому человек самоопределяется, становится уникальным, таким, каков он есть (Jung, 1956, pp. 182-183).

10. Душа, саморегулирующаяся система, использует принцип конструктивной бессознательной компенсации.

Мы можем только утверждать, что бессознательные процессы находятся в компенсаторных взаимоотношениях с сознательным разумом. Я намеренно использую слово «компенсаторный»... поскольку сознательное и бессознательное не обязательно находятся в оппозиции друг другу, но дополняют друг друга, формируя единое целое (Jung, 1956, p. 186).

Например, то, что мы не можем пережить сознательно (определенные мысли, образы, эмоции), может проявиться (компенсироваться) в наших снах.

11. Нормальные и патологические Эго-защиты являются основными противоположными силами для преодоления конфликта в саморегулирующейся душе. Эго-защиты не следует считать однозначно «плохими»; они выполняют полезные защитные, поддерживающие функции, позволяя нам справляться со стрессом и конфликтами. Вместе с тем защиты могут зайти «слишком далеко», могут стать патологическими, создавая препятствия при терапии.

12. Душа спонтанно стремится к психологической целостности, интеграции сознательного и бессознательного материала, самоисцелению. Жизнь есть движение, стремление к завершенности, целостности. То же самое можно сказать о каждом индивиде, здоровом или нездоровом. К несчастью для нездорового индивида, его стремления оказываются бесплодными.

13. Регрессия может иметь приспособительное значение, быть «на службе Эго», «на службе «Я»». Регрессия, то есть перемещение в глубины бессознательного, играет важную роль при терапии. Такая регрессия адаптивна, она дает пациентам возможность соприкоснуться с ранними переживаниями и образами, интегрировать их в свою личность. «Терапия должна способствовать регрессии» (Jung, 1912/1967, p. 329).

14. *Психическая энергия (либидо) является общей гипотетической энергетической силой, которая питает психические процессы и мысленные образы.* Психическая энергия позволяет личности проявлять себя; насыщает наше существо жизненной силой. Без психической энергии ничего бы не было.

15. *Процессы индивидуации происходят на протяжении всей жизни в соответствии с «психологическим типом» индивида.* Здесь речь идет о значении двух аттитюдов (интроверсии и экстраверсии), четырех функций (ощущения, интуиции, мышления и чувствования) и их проявлениях в «психологическом типе». Жизнь переживается и разворачивается через призму того или иного психотипа; то же самое можно сказать о процессе индивидуации в целом.

Психопатология

Невроз есть диссоциация личности вследствие наличия комплексов. Само по себе существование комплексов является вполне нормальным; однако при их несовместимости отщепляется часть личности, которая противостоит сознательной части. Если расщепление затрагивает органическую структуру, диссоциация проявляется в виде психоза... Каждый комплекс живет собственной жизнью, личность никак не способствует их объединению.

«Поскольку отщепленные комплексы находятся в сфере бессознательного, они проявляют себя косвенно, то есть в виде невротической симптоматики. Вместо того чтобы страдать от психологического конфликта, индивид страдает от невроза... Идея психической диссоциации — наиболее общий способ определения невроза» (Jung, 1968b, p. 188).

Психоз является не чем иным, как «продолжением невроза, когда подавленные и бессознательные силы овладевают сознанием» (Рускман, 1993, p. 87), или, говоря другими словами, «продолжением разделения личности, которое начинается с невротической предрасположенности» (Rychlak, 1973, p. 174). Таким образом, комплексы неотъемлемы от здоровья и психопатологии; по этой причине аналитический подход еще называют «психологией комплексов» (Hochheimer, 1969).

Хотя одно время комплексы считались «патологической причиной» расстройства (Jung, 1972), позднее Юнг отказался от единой теории происхождения нарушений.

«Я решил отказаться от единой теории невроза, за исключением нескольких общих моментов, таких как диссоциация, конфликт, комплекс, регрессия, понижение ментального уровня (*abaissement du niveau mental*), которые по-прежнему неотделимы от невроза. Другими словами, каждый невроз характеризуется диссоциацией и конфликтом, содержит комплексы, имеет следы регрессии и понижения ментального уровня. Эти принципы, исходя из моего опыта, не подлежат пересмотру» (Jung, 1926/1954, p. 114)

Таким образом, при любом неврозе терапевт должен ожидать, как минимум, проявлений в той или иной мере диссоциации, конфликта, комплексов, регрессии и *понижения ментального уровня*.

Заключение. Аналитическая психология включает такие концепции, как «комплекс», «архетип», «личное бессознательное», «коллективное бессознательное», «психологический тип», «индивидуация». Комплексы, эти «сгустки ассоциаций», являют собой вещество, из которого состоит личное бессознательное. Архетипы, наши «первобытные образы», составляют коллективное бессознательное. К наиболее важным архетипам относятся персона, анима, анимус, тень и «Я». В процессе терапии происходит понимание архетипической информации и разрешение комплексов.

В психологии Юнга преимущественное внимание уделяется доэдиповым, а не эдиповым феноменам. Сознательное и бессознательное взаимно дополняют друг друга, а не противостоят. Невроз, причиной которого ранее считались «комплексы», позднее стал включать несколько элементов, при этом комплексы были лишь одним из них. Психоз считается продолжением невроза. Невроз и психоз нарушают индивидуацию или препятствуют ей. Индивидуация является главной задачей и заключается в «приходе к себе» или «самореализации».

Элементы аналитической психотерапии

Цели терапии

Несмотря на существование общих целей терапии, их выбор также определяется уникальностью и индивидуальными особенностями каждого пациента. «Фундаментальным правилом для психотерапевта является отношение к каждому случаю как к новому и уникальному. Это, вероятно, кратчайший путь к истине» (Jung, 1934/1970, p. 168).

Цель терапии заключается в том, чтобы по возможности «позволить чистым переживаниям определить терапевтические цели. Это может показаться странным, поскольку принято считать, что у психотерапевта всегда есть цель. Однако, по моему мнению, в психотерапии целесообразно не слишком фиксироваться на конкретной цели» (Jung, 1931/1966, p. 41).

По утверждению Юнга,

«непосредственной задачей анализа бессознательного... является достижение состояния, при котором бессознательное содержание прекращает быть бессознательным и больше не проявляет себя косвенно, как феномен анимус и анима; иначе говоря, в этом состоянии анимус и анима выполняют функцию связи с бессознательным. Пока этого не произошло, они являются автономными комплексами, возмущающими факторами, нарушают сознательный контроль и выступают в роли настоящих «возмутителей спокойствия»» (Jung, 1956, p. 244).

Кроме того, «моя цель — вызвать психическое состояние, в котором мой пациент начинает экспериментировать с собственной природой, — состояние текучести, изменения, роста, в котором нет ничего фиксированного, безнадежно застывшего» (Jung, 1931/1966, p. 46). Таким образом, бессознательное осознается, а процесс индивидуации ускоряется.

Безусловно, цели терапии зависят от возраста пациента, психотерапевт обязан это учитывать при проведении анализа:

«мне представляется, что возраст пациента является важнейшим признаком. Я полагаю, что основные особенности души претерпевают значительные изменения в течение жизни, настолько сильные, что мы имеем право говорить о психологии утра жизни (у более молодых пациентов) и послеполуденной психологии (у более старших пациентов).» (Jung, 1931/1966, p. 39).

Что касается пациентов старшего возраста, заметное влияние на терапию оказывает кризис середины жизни (вероятно, обусловленный архетипически).

«Как правило, жизнь молодого человека характеризуется общей экспансией и стремлением достичь конкретных целей; невроз в этом случае будет в основном обусловлен сомнениями или отступлением от этой необходимости. Вместе с тем жизнь человека старшего возраста характеризуется ограничением сил, закреплением уже достигнутого, приостановкой дальнейшего роста. Корни невроза в этом случае лежат в юношеских установках, которые уже не соответствуют возрасту» (Jung, 1931/1966, p. 39).

Терапевтический процесс

Разнообразие и диалектика. Все пациенты разные и требуют разнообразных, гибких подходов к вмешательству: «метод вмешательства определяется преимущественно природой случая... Жесткое применение отдельной теории или метода следует считать в корне ошибочным» (Jung, 1926/1954, p. 113). Например, некоторым пациентам вполне подходят «здоровый смысл и добрый совет», «глубокая исповедь, или "абреакция"», «редукционный анализ... в духе Фрейда или... Адлера» (Jung, 1935/1966a, p. 19).

«Если же терапия становится монотонной, вы начинаете повторяться и интуиция подсказывает, что достигнут некий предел, или возникают мифологические или архетипические проявления, значит, настало время отказаться от (фрейдистского или адлерианского) аналитико-редукционного метода и перейти к анализу символов по аналогии или комплексно, что равнозначно (юнгианской) диалектической процедуре и пути к индивидуации» (Jung, 1935/1966a, p. 20).

В этих конкретных ситуациях юнгианский анализ наиболее показан.

Терапия — это диалектический процесс, обсуждение или диалог между психоаналитиком и пациентом, при котором обе стороны взаимно влияют друг на друга.

«(Диалектика) — это не столько разработка и усовершенствование предшествующих теорий и практик, сколько полный отказ от них в пользу максимально непредвзятой установки. Другими словами, терапевт более не организатор терапии, а равноправный участник процесса индивидуального развития» (Jung, 1935/1966a, p. 8).

Характеристики психотерапевта. Терапевт — это человек, гуманный участник терапевтического процесса, уважающий пациентов и их взгляды: «Врач обязан в принципе передать бразды правления природе, а самому сделать все возможное, чтобы избежать влияния на пациента со стороны своих собственных философских, социальных и политических склонностей» (Jung, 1935/1966b, p. 26). Кроме того, важнейшим качеством терапевта является заботливое, внимательное отношение к пациенту.

«Эти качества врача... я... называю его человеческим интересом и личной симпатией. Они не являются атрибутами какого-либо метода и сами не могут стать методом; это моральные качества, которые чрезвычайно важны во всех методах психотерапии» (Jung, 1921/ 1966, p. 132).

В аналитической терапии подчеркивается большое значение личных качеств психоаналитика для успеха вмешательства.

Этапы. Вмешательство можно разделить на четыре этапа, которые не обязательно следуют один за другим или исключают друг друга (Adler, 1967): исповедь (катарсис), толкование (достижение понимания или инсайта), обучение (переучивание) и трансформация (на пути к целостности и индивидуации). «Первооснова аналитической терапии... обнаруживается в ее прототипе, исповеди» (Jung, 1929/ 1966, p. 55).

«Поговорка "отдай что имеешь и обретешь" (является) девизом первого этапа психотерапевтического вмешательства» (там же, p. 59). «Исповедь» чрезвычайно важна, поскольку «складывается впечатление, что общественное сознание сурово наказывает всякого, кто хотя бы иногда... не признается в своих прегрешениях и человеческих слабостях. Пока он этого не сделает, непреодолимая преграда отделяет его от ощущения своей причастности к человечеству» (там же, pp. 58-59).

Вместе с тем

«вмешательство врача абсолютно необходимо. Нетрудно заметить, какое влияние на пациента оказывает возможность поделиться своими переживаниями с понимающим и сочувствующим врачом. Сознательный разум пациента находит во враче моральную поддержку в борьбе с неуправляемым влиянием травматического комплекса. Индивид больше не одинок в борьбе с этими стихийными силами, ему протягивает руку помощи заслуживающий доверия человек, наделяя моральной силой для противодействия тирании бесконтрольных эмоций. Благодаря этому подкрепляются объединяющие усилия сознательного разума пациента, пока он не обретает власть над мятежными эмоциями» (Jung, 1921/1966, p. 132).

Абреакция, катарсис, исповедь, таким образом, выполняют функцию поддержки пациента в его борьбе с сильными эмоциями.

В рамках второго этапа, толкования, проявляются регрессия и перенос. Что касается регрессии, в какой мере (в идеале) позволительно ее присутствие в терапии?

«Терапия должна поддерживать регрессию, вплоть до достижения «пренатального» этапа. Следует помнить, что «мать» в действительности — это имаго, просто психический образ, имеющий различное, но всегда важное бессознательное содержание. «Мать» представляет собой первую инкарнацию архетипа анимы и на самом деле отражает бессознательное в целом. Поэтому регрессия только внешне приводит к матери; в действительности это ворота в бессознательное, в «царство Матерей». Каждый, кто вступает в это царство, подвергает свою *сознательную Эго-личность контролирующему влиянию бессознательного*; если человек вовремя заметит свою ошибку или решит, что с ним сыграли злую шутку, он станет отчаянно защищаться, хотя это сопротивление к добру не приведет. Что касается регрессии, если ее не остановить, она продолжается дальше за «мать» и приводит в пренатальное царство «Извечной женственности», в древний мир архетипических

возможностей, в котором «окруженное образами всего сущего» дремлет «божественное дитя», терпеливо ожидающее своей сознательной реализации. Это зародыш целостности, о чем можно судить по его специфическим символам» (Jung, 1912/1967, pp. 329-330).

За счет такой регрессии в терапии появляется возможность роста.

Перенос, перенесение прошлых неразрешенных переживаний (особенно в отношении собственных родителей) на терапевта может быть важной частью терапии. «Практически все случаи, в которых требуется длительная терапия, вращаются вокруг явления переноса, и... успех или неудача вмешательства тесно с ним связаны» (Jung, 1946/1966, p. 164). Для разрешения аспектов переноса требуется предпринять четыре шага: 1) «помочь пациенту осознать *субъективную значимость* личных и безличных содержательных элементов переноса»; 2) «*установление различия между личными и безличными содержательными элементами*»; 3) «*разграничить личное отношение к психоаналитику от безличных факторов*» и 4) «*объективизация безличных образов*» (Jung, 1968b, pp. 173-186). Во время вмешательства может проявиться еще одна форма переноса — архетипический перенос (то есть перенесение архетипических, древних элементов на психоаналитика), который также требует дальнейшего анализа.

После толкования мы переходим к третьему этапу, **обучению**. Это период переучивания, подобного просветительскому методу Адлера.

«Не следует забывать, что извилистые тропки невроза ведут ко множеству стойких привычек, которые не поддаются инсайту, а исчезают только при замещении их другими привычками. Привычки можно победить только с помощью упражнений, и адекватное обучение является единственным средством для достижения этой цели» (Jung, 1929/1966, p. 68).

Однако, как указывал Райхлак (Rychlak, 1973): «Юнг не предложил готовых рецептов тренировки на этом этапе» (p. 177). В связи с тем, что Юнг, по-видимому, связывал обучение с Альфредом Адлером, он пользовался его техниками (см. главу 3), которые подходили для этого этапа вмешательства.

Последним идет этап **трансформации**. Это нечто большее, чем исповедь, толкование или обучение. Трансформация — процесс более высокого уровня, это самореализация, движение по пути индивидуации. Этот этап — целиком и полностью заслуга Юнга, здесь проявились его уникальные идеи и мысли о личности и терапии (Adler, 1967). Работа на этом этапе строится на предшествующих терапевтических усилиях. Терапевты продолжают применять некоторые, если не все, из ранее использованных техник (например, катарсис, работа со сновидениями).

Хотя в процессе вмешательства можно выделить четыре этапа, этапы эти не обязательно идут один за другим, они могут проходить одновременно.

«Три этапа аналитической психологии (исповедь, толкование, обучение) таковы, что последний не может заменить первый или второй. Все три этапа могут проходить одновременно и являются важными аспектами одной и той же проблемы; они сосуществуют, подобно исповеди и отпущению грехов. То же самое можно сказать и о четвертом этапе трансформации: он не претендует на исключительность и истину. Его задача устранить недостатки, оставшиеся после предыдущих этапов; он призван удовлетворить дополнительные и все еще не удовлетворенные потребности» (Jung, 1933, p. 47).

Техники терапии

«Ход вмешательства... подобен беседе с бессознательным» (Jung, 1956, p. 122). Однако, как говорит Дегинг (Dehing, 1992): «к сожалению, К. Г. Юнг редко высказывался о своей аналитической практике; он всегда отказывался изложить технические правила, и мало что известно о проведенных им психотерапевтических вмешательствах» (p. 31).

Анализ переноса. Частично об этом шла речь выше, при описании второго этапа терапевтического процесса, толкования. Анализ переноса, наряду с другими возможностями, включает 1) осознание и интеграцию комплексов и 2) осознание и ассимиляцию собственной тени (Mattoon, 1986).

Анализ сновидений. Психотерапевт занимается анализом сновидений, поскольку

«сновидение есть выражение бессознательного» (Jung, 1934/1966, p. 147), «сновидение описывает внутреннее состояние спящего» (там же, p. 142), «сновидения дают информацию о скрытой внутренней жизни, показывают пациенту те компоненты его личности, которые... проявляются в виде невротических симптомов» (там же, p. 151). Действительно, анализ сновидений служит «наиболее важным методом проникновения в патогенетические конфликты» (Jung, 1956, p. 30). «Поскольку... бессознательное имеет этиологическую значимость, а сновидения являются прямым проявлением бессознательной психической активности, попытка анализировать и интерпретировать сновидения теоретически оправдана» (Jung, 1934/1966, p. 140).

Далее Юнг заявляет: «У меня нет теории сновидений. Я не знаю, как сновидения возникают. Я даже не уверен в том, что мой подход к анализу сновидений заслуживает названия "метода"» (Jung, 1934/1966, p. 42). Вместе с тем психотерапевты-юнгианцы, по видимому, владеют неким методом или стратегией анализа сновидений. Согласно Хендерсону (Henderson, 1980), имеется четыре подхода к анализу сновидений: свободные ассоциации (пациенты произвольно подбирают ассоциации к собственным сновидениям); прямые ассоциации (пациенты подбирают ассоциации к определенным аспектам своих сновидений); амплификация пациентом (разработка и прояснение содержания сновидений); амплификация психотерапевтом. При использовании амплификации пациентам предлагают подобрать множественные ассоциации к определенному аспекту сновидений. «Амплификация обогащает образ сновидения значением этого образа или мотива в мифах, религии, сказках, искусстве и литературе» (Whitmont, 1978, p. 55). Юнг был склонен проводить серийный анализ сновидений (то есть анализировал серию сновидений своих пациентов), а не фокусировался на одном из них. Хотя методом свободных ассоциаций при анализе сновидений пользуются многие последователи Юнга, сам он (Jung, 1934/1966) высказывался против этого метода; для тех юнгианцев, которые используют свободные ассоциации, «дальнейшее использование (этого метода) не рекомендуется» (Henderson, 1980, p. 369), и, по общему мнению, метод прямых ассоциаций предпочтительнее.)

Что касается валидности интерпретации сновидений, Юнг отмечал: «Я позволяю себе использовать *единственный* критерий результативности своих усилий: работает ли (интерпретация)?» (Jung, 1931/1966, p. 43). Интерпретация работает, согласно Маттуну (Mattoon, 1978), если можно утвердительно ответить на один из следующих вопросов (p. 178).

1. Находит ли интерпретация отклик у пациента?
2. Представляется ли интерпретация сновидения самому пациенту осмысленной?
3. Подтверждается (или опровергается) ли интерпретация последующими сновидениями?
4. Происходят ли в реальной жизни индивида события, предвосхищенные интерпретацией?

Интерпретация. Таким образом, интерпретация играет ключевую роль в анализе сновидений. Она также используется при работе с переносом и архетипическими феноменами, например в случае архетипической интерпретации.

«Интерпретация состоит из той части бессознательного, которая была проработана и обдумана психоаналитиком. Результат доводится до пациента в такой форме, чтобы придать смысл материалу пациента. Для этого интерпретация должна иметь четкую структуру и содержать глагол. Она может быть краткой или длинной, забавной, красивой, поэтичной, меняя тон голоса, ее даже можно сделать музыкальной» (Fordham, 1991, p. 169; см. также Fordham, 1978).

Независимо от музыкальности необходимо помнить следующее: «интерпретация несет основную нагрузку [юнгианского] аналитического процесса» (Kaufman, 1989, p. 135).

Активное воображение. Техника активного воображения может применяться к сновидениям более широко, к фантастическим переживаниям в целом.

«Этот процесс может... происходить спонтанно или вызываться искусственно. В последнем случае вы выбираете сновидение или какой-либо фантастический образ, концентрируетесь на нем, удерживая его перед мысленным взором. Можно в качестве отправной точки избрать дурное настроение и попытаться выяснить, с каким фантастическим образом оно связано, какой образ его выражает. Затем вы фиксируете этот образ в уме,

концентрируя на нем свое внимание» (Jung, 1970, p. 495).

После сосредоточения внимания на образе он часто претерпевает те или иные изменения. Прослеживая и отражая эти изменения, можно индуцировать диалог между бессознательным и Эго (Singer, 1973).

Экспрессивные методы. Существуют и другие способы подхода к бессознательному.

«Зачем я предлагаю пациентам, которые достигают определенного этапа в своем развитии, выразить себя с помощью кисточки, карандаша или ручки? ... Прежде всего он выплескивает на бумагу то, что видел, превращая это в произвольный акт. Он не только говорит об этом, он это реально делает» (Jung, 1931/1966, p. 48).

Эти методы могут быть использованы в сочетании с активным воображением.

Другие техники. В статье, опубликованной в журнале *Journal of Analytical Psychology*, Дегинг (Dehing, 1992) приводит критический разбор вмешательств, используемых психоаналитиками-юнгианцами. Сюда относятся молчание, распрос, прояснение, конфронтация, поддержка, самораскрытие.

Продолжительность и область применения

Продолжительность. Юнг утверждает (Jung, 1935/1966b, p. 24), что

«современная психотерапия... не может быть массовой, она предполагает безраздельное внимание к индивиду. Процедура эта достаточно продолжительная и обстоятельная... Дело в том, что большинство неврозов являются нарушениями развития, сформировавшимися за многие годы, их невозможно излечить за короткое время даже при интенсивном вмешательстве. Время — незаменимый фактор исцеления.»

Таким образом, вмешательство должно быть скорее длительным, чем краткосрочным. (Интересный факт: если Фрейд укладывал пациента на кушетку во время анализа, Юнг не использовал кушетки: пациент и психоаналитик сидели глядя друг другу в глаза на всем протяжении терапии.)

Что касается частоты проведения сессий, с пациентом следовало «работать как можно чаще. Я встречаюсь с пациентом четыре раза неделю. С момента начала комплексной терапии... я уменьшаю частоту сессий до 1-2 в неделю» (Jung, 1935/1966a, p. 20). Вместе с тем Кауфман (Kaufman, 1989) утверждает, что все большее число современных последователей Юнга предпочитают встречаться со своими пациентами лишь раз в неделю.

Область применения. Изюминка юнгианской терапии, трансформация, подходит далеко не каждому. Отнюдь не все пациенты способны и желают изучать бессознательные процессы, архетипы, проходить индивидуацию. «Мой вклад в психотерапию относится к тем случаям, в которых рациональное вмешательство не дает удовлетворительных результатов» (Jung, 1931/1966, p. 41). Кауфман (Kaufman, 1989) утверждает, что «аналитическая психология изначально считалась применимой главным образом к тем людям, которые прекрасно приспособились к внешнему миру, достигли всего, чего от них ожидало общество» (p. 142). Аналитическая психотерапия и сегодня лучше всего подходит для тех, кто неплохо адаптирован, к здоровым людям с относительно сильным Эго, склонным к глубокой интроспекции и самоанализу, способным на самоосознание и глубокий инсайт.

Пример из практики

Следующий пример, который доказывает интерес Юнга к сновидениям и символизму, позаимствован из приложения, озаглавленного «Реалии практической психотерапии» (*Collected Works*, volume 16, pp. 330-338).

«Мне вспоминается случай, который доставил мне много хлопот. Речь шла о 25-летней пациентке, которая страдала излишней эмоциональностью, чрезмерной восприимчивостью и истерической лихорадкой. Она была очень музыкальной; играя на пианино, она так переживала, что температура ее тела через 10 минут поднималась до отметки 100 °F и выше. Кроме того, пациентка страдала навязчивой склонностью к спорам и обожала философские

рассуждения, что было совершенно невыносимо, несмотря на ее высокий интеллект. Женщина была не замужем, но встречалась с мужчиной, отношения с которым, если не считать ее чрезмерную восприимчивость, можно было считать нормальными. Прежде чем обратиться ко мне, она безуспешно проходила психоанализ в течение двух месяцев. Затем пациентка обратилась к женщине-психоаналитику, которая прекратила терапию через неделю. Я был третьим. Пациентка считала, что обречена на неудачу в психоанализе, и пришла ко мне с выраженным чувством собственной неполноценности. Она не понимала, что мешало ее работе с другими психоаналитиками. Я предложил ей рассказать мне подробнее о своей жизни, что заняло несколько часов. Затем я спросил ее: «Помните, во время работы с доктором Х (первым аналитиком) у вас было поразившее вас сновидение, смысл которого вы в то время не разгадали?» Пациентка припомнила, что на второй неделе психоанализа увидела впечатляющий сон, значение которого смогла понять гораздо позднее, в свете последующих событий. *Во сне ей предстояло пересечь границу. Она прибыла на пограничную станцию; была ночь, предстояло выяснить, в каком месте можно пересечь границу, однако найти путь не удалось, и она заблудилась в темноте.* Тьма представляла сферу бессознательного, то есть бессознательную идентичность пациентки с психоаналитиком, который, как и она, был в неведении, где искать выход из бессознательного состояния — вот что скрывалось за пересечением границы. Как оказалось, этот психоаналитик спустя несколько лет оставил психотерапию из-за многочисленных неудач и личных неприятностей.

В самом начале следующего курса вмешательства сон о пересечении границы повторился несколько в иной форме. *Пациентка прибыла на пограничную станцию. Ей предстояло найти путь; несмотря на темноту, она заметила в отдалении слабый огонек, который указывал, куда идти. Чтобы добраться до места, необходимо было пересечь поросшую лесом местность в крошечной темноте. Пациентка набралась смелости и отправилась в путь. Но как только она вступила в лес, в нее кто-то вцепился; это была женщина-психоаналитик.* Пациентка проснулась в страхе. Эта женщина-психоаналитик также впоследствии оставила работу практически по тем же причинам, что и первый доктор.

Я задал пациентке вопрос: «Видели ли вы подобные сны с тех пор, как работаете со мной?» Она смущенно улыбнулась и пересказала такой сон: *Я находилась на пограничной станции. Таможенник проверял одного за другим пассажиров. У меня была с собой только небольшая сумочка, поэтому, когда подошла моя очередь, я уверенно заявила, что мне нечего декларировать. Однако офицер, указав на сумочку, спросил: «А что у вас здесь?» К моему изумлению, он вытащил из сумочки большой матрас, потом еще один.* Пациентка проснулась в страхе.

Я заметил: «Вы хотели скрыть свое явно буржуазное желание выйти замуж и почувствовали, что вас на этом поймали». Хотя пациентка не могла оспорить логичности такой интерпретации, она стала яростно сопротивляться, отрицая всякую возможность этого. За этим сопротивлением, как оказалось, скрывались умопомрачительные эротические фантазии, превосходящие все, с чем мне приходилось встречаться до этого. Голова у меня пошла кругом, я стал думать о нимфомании, причудливых извращениях, порочных бессмысленно повторяющихся эротических фантазиях, о латентной шизофрении, во всяком случае, все это имело некоторую общность с состоянием пациентки. Я стал поглядывать на пациентку с подозрением, нашел ее несимпатичной и начал досадовать на себя за такое поведение, поскольку знал, что при таких отношениях нельзя рассчитывать на успех. Спустя примерно четыре недели появились явные симптомы застоя. Ее сновидения стали отрывочными, скучными, унылыми и невразумительными. Ни у меня, ни у пациентки не было идей, что делать дальше. Работа стала утомительной, скучной и бесплодной. Я ощущал, что мы словно увязли в тесте. Мои мысли возвращались к этому случаю даже в минуты отдыха; он представлялся мне неинтересным, не заслуживающим внимания. Наконец я потерял терпение, поскольку считал, что пациентка не прилагает достаточных усилий. «Наверное, все дело в личных реакциях», — подумал я. В следующую ночь мне приснился сон: *я шел по проселочной дороге вдоль обрывистых склонов. На горе стоял замок с высокой башней. На самой вершине башни стояла женщина, ее волосы отливали золотом в лучах заходящего солнца. Чтобы лучше ее рассмотреть, мне пришлось запрокинуть голову.* Я проснулся от

боли в шее. К моему удивлению, это была моя пациентка.

Это сновидение вызвало у меня беспокойство, первое, что пришло мне на ум, была стихотворная строка из Шенкенбаха:

Она сидит высоко над нами,
Ни одну молитву она не отвергнет.

Это обращение к Деве Марии. В моем сновидении пациентка стояла на самой вершине, подобно богине, в то время как я, мягко выражаясь, смотрел на нее свысока.

На следующий день я сказал пациентке: «Вы заметили, что наша работа зашла в тупик?» Она расплакалась и ответила: «Конечно. Я знаю, что у меня никогда ничего не получается, я все делаю неправильно. Вы были моей последней надеждой, теперь мне некуда идти». Я перебил ее: «На этот раз все иначе. Я видел сон про вас». Я рассказал ей свой сон, в результате вся ее поверхностная симптоматика, склонность к спорам, настаивание на своей правоте, чувствительность улетучились. С этого момента начался реальный невроз, я был совершенно ошеломлен. Тут же последовала серия впечатляющих сновидений, смысла которых я совершенно не понимал, новая симптоматика пациентки казалась мне необъяснимой. Вначале симптомы проявились в форме неопределенного возбуждения в области гениталий, ей приснилось, что из ее лона появляется белый слон. Находясь под сильным впечатлением от сна, пациентка попыталась вырезать слона из слоновой кости. Я терялся в догадках, что бы это значило; меня не оставляло неприятное ощущение, что все происходящее разворачивается в соответствии со своей внутренней логикой, а я не понимаю, к чему все идет.

Через некоторое время появились симптомы воспаления матки, и я направил пациентку к гинекологу. Был обнаружен воспалительный отек мукозной мембраны матки, размером с горошину, который не заживал после нескольких месяцев лечения, а просто перемещался с места на место.

Внезапно этот симптом исчез, взамен возникло раздражение мочевого пузыря. Пациентке приходилось выходить из комнаты 2-3 раза в течение часовой консультации. Не было выявлено никаких признаков местной инфекции. Психологически этот симптом означал необходимость что-то «выразить». Поэтому я дал пациентке задание нарисовать произвольный рисунок. Она раньше никогда не рисовала и отнеслась к моему предложению с сомнением. Из-под ее руки начали выходить симметричные цветы, ярко раскрашенные и расположенные в определенном порядке. Пациентка рисовала свои картины очень тщательно, почти с религиозным благоговением.

Учащенное мочеиспускание прошло, но усилились спазмы кишечника, урчание его было слышно в другом конце комнаты. Кроме того, пациентка страдала поносами. Вначале превалировала симптоматика поражения толстой кишки, затем тонкой кишки и, наконец, верхних отделов кишечника. Эти симптомы постепенно слабели в течение нескольких недель. Вместо них появилась странная парестезия головы. У пациентки возникло чувство, что верхняя часть черепа стала мягкой, открылся родничок, через который какая-то птица с длинным клювом проникла до диафрагмы.

Все это настолько меня тревожило, что я сказал пациентке о бессмысленности продолжения нашей совместной работы, признался, что не понимаю двух третей ее сновидений, не говоря о симптомах; кроме того, я не имею ни малейшего представления, чем ей помочь. Она взглянула на меня в изумлении и воскликнула: «Доктор, все идет отлично! Неважно, что вы не можете растолковать мои сновидения. У меня всегда бывают забавные симптомы, но мое состояние все время меняется».

Я мог заключить из этого замечания, что невроз для нее был позитивным переживанием; действительно, «позитивный» — это слишком мягко сказано. Во всяком случае, мне не удалось понять, каким образом столь неприятные симптомы и необъяснимые сновидения вызывали у пациентки положительные чувства. С большой натяжкой можно было предположить, что *нечто* лучше, чем ничего, даже если это нечто принимает форму неприятной физической симптоматики. Что касается ее сновидений, мне редко доводилось сталкиваться с серией сновидений, наполненных таким глубоким смыслом. Единственная

беда заключалась в том, что их смысл от меня ускользал.

Чтобы прояснить некоторые обстоятельства этого необычного случая, вернусь к анамнезу пациентки, о котором пока не было сказано ни слова. Пациентка была европейского происхождения, но родилась на острове Ява. В детстве она говорила на малайском языке, кроме того, у нее была аяа, местная няня. В школьном возрасте пациентка переехала в Европу и никогда больше не возвращалась на родину. Мир детства канул в забвение, она не могла припомнить ни одного слова на малайском языке. В ее сновидениях часто встречались индонезийские мотивы, но мне не удавалось связать их в единое целое.

Примерно в то же время, когда у пациентки появились фантазии об открывшемся родничке, мне попала английская книга, в которой подробно описывался символизм тантрической йоги. Книга называлась «Сила змеи» (*The Serpent Power*), ее автором был сэр Джон Вудрафф, писавший под псевдонимом Артура Авалона. Книга была опубликована примерно в то же время, когда я работал с этой пациенткой. К своему удивлению, я обнаружил в этой книге объяснение всего того, что было мне непонятно в сновидениях и симптомах пациентки.

Таким образом, как видите, пациентка вряд ли могла быть знакома с этой книгой раньше. Возможно, ей удалось что-то узнать от няни? Я считаю это маловероятным, поскольку тантризм, в частности культ йоги кундалини, приурочен к южной Индии и имеет сравнительно мало последователей. Кроме того, это крайне сложная символическая система, в которую невозможно проникнуть непосвященному. Тантризм соответствует западной схоластике; если предполагать, что яванская аяа способна познакомить пятилетнего ребенка с системой *чакр*, это все равно, что ожидать от французской няни знания концепций Абельяра или работ св. Фомы. Вместе с тем у ребенка могут сохраниться рудименты системы чакр, но факт остается фактом: этот символизм позволяет объяснить симптоматику пациентки.

В соответствии с этой системой существует семь центров, которые называются чакрами или падме (лотосами), и расположены они на определенных участках тела. Это психические образования, причем высшие из них соответствуют исторической локализации сознания. Самая нижняя чакра, *муладхара*, лотос промежности, соответствует зоне клоаки в сексуальной теории Фрейда. Этот центр, как и все остальные, изображается в виде цветка с кругом посередине и имеет атрибуты, которые выражаются в символах психических качеств этой конкретной локализации. Так, основным символом *чакры* промежности является священный *белый слон*. Следующая чакра, *свадхистана*, располагается в области мочевого пузыря и представляет сексуальный центр. Ее основным символом служит вода или море, а второстепенными символами являются серп луны как символ женственности и водное чудовище макара (*makara*), соответствующее библейскому и каббалистическому Левиафану. Мифологический кит-дракон, как известно, символизирует пожирающую и дающую жизнь матку, которая в свою очередь отражает взаимодействие между сознанием и бессознательным. Проблемы с мочевым пузырем у пациентки связаны с символикой *свадхистаны*, как равно и незаживающие язвы в матке. Пациентка начала рисовать цветы, чье символическое содержание сближает их с *чакрами*. Третий центр, *манипура*, соответствует солнечному сплетению. Как мы помним, урчание в животе постепенно смещалось к тонкой кишке. Эта третья чакра является эмоциональным центром и одновременно самым первым известным местом локализации сознания. Это примитивные существа, думающие животом, что нашло отражение в повседневной речи (тяжесть в животе, урчание в кишечнике). Четвертая чакра, *анахата*, располагается в области сердца и диафрагмы. У Гомера диафрагма (*френ*, *френес*) служит областью мышления и чувствования. Пятая и шестая чакры, *вишудха* и *аджна*, располагаются соответственно в горле и между бровями. Седьмая, *сахасрара*, находится на макушке головы.

Основная идея тантризма состоит в том, что женская созидательная сила в форме змеи по имени *кундалини* поднимается от центра промежности, где она спала, вверх по чакрам, активируя их и связанные с ними символы. Эта «змеиная сила» персонифицирована в махадевишакти (*mahadevishakti*), образе богини, которая дает жизнь всему существу с помощью майа (*maya*), строительного материала реальности.

Когда змея *кундалини* достигла центра *манипура* у моей пациентки, она встретила птицу мысли, спустившейся сверху, которая острым клювом пробила родничок (*чакру*

сахасрара) и достигла диафрагмы (*анахата*). В результате возникла буря эмоций, поскольку птица наделила пациентку неприемлемой для нее мыслью. Женщина прекратила терапию, я видел ее лишь эпизодически, но заметил, что она что-то скрывает. Спустя год я получил объяснение: пациентка была поражена мыслью о том, что хочет ребенка. Эта вполне обычная мысль абсолютно не соответствовала природе ее психических переживаний и создала разрушительный эффект, чему я был свидетелем. Как только змея *кундалини* достигла *манипуры*, самого примитивного центра сознания, мозг пациентки подсказал ей, какого рода мысль внушает ей *шакти*: она хочет настоящего ребенка, а не просто психических переживаний. Это было для пациентки сильнейшим ударом. Однако это несвойственно *шакти*: ее строительный материал майа, «реальная иллюзия». Иными словами, она переплетает фантазии с реальными вещами.

Этот небольшой фрагмент тантрической философии помог пациентке наладить нормальную жизнь жены и матери, вне местной демонологии, которую она всосала с молоком няни, и сделать это, не потеряв связи с внутренними, психическими образами, пробудившимися под влиянием детских впечатлений. Переживания детства, которые помешали пациентке обрести европейское сознание и породили невроз, удалось с помощью анализа трансформировать не в туманные фантазии, а в прочные духовные ценности, вполне совместимые с атрибутами обычного человеческого существования — с мужем, детьми, домашними обязанностями.

Хотя этот случай следует признать необычным, он вовсе не является исключением. Он выполнил свое предназначение, если вам удалось составить представление о моей психотерапевтической процедуре. Этот случай ни в коей мере не является историей триумфа; скорее это рассказ о сомнениях, исканиях, блужданиях во тьме, ложных знаках, которые в конце концов приняли хороший оборот. Вместе с тем этот случай гораздо точнее передает истинную сущность моей процедуры, чем блестящий пример полностью оправдавшихся предположений терапевта. Я прекрасно осознаю несовершенство изложения материала и полагаюсь на воображение заинтересованного читателя, который сможет восстановить упущенное. Если вспомнить, что общее незнание пациента и терапевта означает превалирование бессознательного и бессознательную идентичность, вы не ошибетесь, предположив, что в данном случае незнание восточной психологии все больше вовлекало аналитика в процесс терапии и заставляло его принимать в этом процессе максимально активное участие. В данном случае это не техническая ошибка, а насущная необходимость. Только ваш собственный опыт может подсказать вам, как поступить в той или иной ситуации. Во всяком случае, психотерапевт обязан обладать естественными резервами, которые не позволят людям попать и растоптать тайны, которые они не понимают.. Эти резервы позволяют терапевту вовремя отступить при столкновении с загадкой пациента, его отличительными особенностями, избежать опасности, к сожалению, слишком реальной, совершения психического убийства во имя терапии. Причиной невроза является нечто *позитивное*, которое должно быть сохранено для пациента; в противном случае он страдает от психической утраты, а результатом терапии является в лучшем случае ущербность. Тот факт, что наша пациентка родилась на Востоке и провела наиболее важные годы детства под воздействием восточных тенденций, нельзя изъять из ее жизни. Детские переживания невротика сами по себе не являются негативными; напротив. Они становятся негативными, если не находят подходящего места в жизни и мировоззрении взрослого. Главная задача анализа, как мне представляется, объединить эти два аспекта.»

Заключение и оценка

Заключение. Юнг, которого в детстве преследовали страхи, конфликты на религиозной почве, приступы обморока, чувство собственной неполноценности, сумел стать одним из признанных авторитетов в области психиатрии, психологии и психотерапии. Он разработал целую систему мысли, аналитическую психологию, которая имела и будет иметь широчайшее применение. В психотерапии Юнг подчеркивал уникальность и индивидуальность каждого случая. Он старался не поддаваться искушению предвзято судить о своих пациентах,

предпочитая встречать каждого из них открыто, руководствуясь ощущением открытия и ценя их возможности и потенциал.

Для Юнга психотерапия включала четыре этапа: катарсис, толкование, обучение и трансформацию. Но именно в трансформации, которая считается достижением юнгианской терапии, со всей очевидностью проявились уникальные идеи и концепции Юнга. Анализ переноса был и остается частью терапии, однако Юнг относился к нему иначе, чем Фрейд. Например, Юнг говорил об архетипическом переносе и необходимости его анализировать. Юнгианский психоаналитик использует в качестве основных следующие техники: анализ сновидений, экспрессивные методы, активное воображение и преувеличение. Психотерапия представляет собой процесс перевода бессознательного в сознание, разрешения проблемных комплексов. Главной задачей вмешательства является индивидуация. Основные идеи Юнга о психотерапии изложены в томах 7 и 16 его *Собрания сочинений*.

Оценка. Юнг обогатил теорию психотерапии интересными взглядами на терапевтические переживания. Особенно современно звучит призыв учитывать уникальность и индивидуальные особенности пациента. Юнг был твердо убежден в важности этих аспектов.

Велика заслуга Юнга в разработке подхода к выбору целей психотерапии. Хотя Юнг (1931/1966) был склонен выделять некоторые цели терапии, он также утверждал: «позвольте чистым переживаниям определить цели терапии», «в психотерапии представляется целесообразным, чтобы врач не был бы чрезмерно фиксирован на цели» (р. 41). Безусловно, бывают случаи, когда терапевты пытаются быстро решить, какими должны быть цели терапии. Вместе с тем не редкость, когда пациенты приступают к терапии, не имея ясного представления о ее целях, они просто не думают об этом, их основное желание — чувствовать себя лучше. Позволив «чистым переживаниям» проявляться своим чередом, можно постепенно увидеть и сформулировать цели. Поспешность в выборе целей или стремление навязать пациенту собственное мнение нежелательны. Юнг неукоснительно следовал этому правилу.

Юнг подчеркивал важность теплых, дружеских взаимоотношений между доктором и пациентом для успеха психотерапии. Он позволил пациенту «встать с кушетки», чтобы иметь возможность смотреть ему в глаза. Юнг, конечно, прекрасно осознавал необходимость поддержания соответствующей терапевтической дистанции, но он также знал, что психотерапия основывается на взаимоотношениях между терапевтом и пациентом. Этот аспект аналитической психотерапии особенно нам близок.

Еще одной сильной стороной Юнга (и одновременно его слабостью, как станет ясно впоследствии) является введение таких концепций, как архетип, комплекс, коллективное бессознательное. Основываясь на этих концепциях, исследуя их проявления у личности, Юнг разработал новый целостный подход к вмешательству, его идеи обогатили психотерапевтическое мышление и привели к внедрению в терапию некоторых уникальных элементов (например, архетипов), чего нет ни в одном другом подходе.

При наличии такого большого числа положительных моментов были ли в юнгианской психотерапии слабости? Для начала процитируем Сингера: «Юнг никогда не излагал свою психологическую теорию как теорию в строгом понимании этого слова: то есть как совокупность обобщений и принципов, связанных с практикой психотерапии и формирующих ее содержание как научной дисциплины» (Singer, 1973, р. 6). Этот факт существенно затрудняет увязывание его теории и психотерапевтической практики, их объединение требует значительных усилий.

«Юнг не предлагает методологии, техники процедур, серии приемов, которыми мог бы воспользоваться его последователь» (Singer, 1973, р. 6), что также отнюдь не способствует прояснению юнгианского терапевтического процесса. Эту тему развивает Дикманн (Dieckmann, 1991): «Многие юнгианцы испытывают скрытое недоверие и отвращение к методологии и технике аналитической терапии, особенно к технике. Соответственно аналитические психологи чрезвычайно скудно описывают эти вопросы» (р. 10). Однако «отвращение», «скрытое недоверие» и «чрезвычайно скудное описание» лишь усиливают «туманность» юнгианского аналитического процесса и аналитической процедуры — что это такое? Что именно вы как психотерапевт делаете? Как вы это делаете? Почему? Даже ознакомившись с литературой по юнгианской терапии, читатели не получают ответов на эти

вопросы.

В последних публикациях созданную Юнгом теорию личности характеризуют как «расплывчатую», «непоследовательную», «в высшей степени двусмысленную», «неточную», «не поддающуюся проверке», «многословную», как «произвольный набор теоретических идей» (см. Aiken, 1993, p. 128; Ruckman, 1993, pp. 93-94). Некоторые из этих определений, учитывая вышеупомянутую «туманность», вполне подходят для психотерапии Юнга как таковой. Без сомнения, если теория личности в некотором роде неясная, непоследовательная, двусмысленная, что можно сказать о самой аналитической психотерапии? Фактически то же самое. Так, действительно ли необходимы концепции архетипа или коллективного бессознательного? Каково значение для психотерапии столь широких мистических концепций? Так ли уж они необходимы для возникновения глубоких значимых изменений?

А как обстоят дела с результатами исследований? Имеется ли экспериментальное подтверждение эффективности юнгианской психотерапии? Действительно, некоторые концепции Юнга, в частности концепция психологического типа, привлекают внимание. Так, например, издается журнал *Journal of Psychological Type*, где публикуются данные эмпирических исследований. Вместе с тем недостаточно работ, посвященных процессу и исходу юнгианской психотерапии. Оказывается, последователи Юнга, так же как и психоаналитики школы Фрейда, склонны делать свои выводы на основании отдельных случаев из практики. В настоящее время отсутствуют экспериментальные работы по оценке процесса вмешательства или систематическому анализу частных случаев (например, Hill, 1989).

Есть ли будущее у психотерапии Юнга? Без сомнения, да. Продолжают выходить книги, посвященные Юнгу, его теории личности и психотерапии (например, Clarke, 1991; Daniels, 1991; Jacoby, 1994; Ryce-Menuhin, 1991; Spiegelman, 1988; Storr, 1991; Whitmont & Perera, 1992). В течение нескольких десятилетий издается журнал *Journal of Analytical Psychology*, где публикуются статьи по юнгианскому психоанализу. Кауфман (Kaufman, 1989) указывает, что «институты по подготовке психотерапевтов-юнгианцев действуют в Соединенных Штатах в Нью-Йорке, Лос-Анджелесе, Чикаго, Сиэтле, Бостоне и Сан-Франциско» (p. 126). Этот же автор добавляет, что «численность юнгианцев-аналитиков с каждым годом постоянно растет во всем мире», причем «наиболее важные центры располагаются в Швейцарии, Великобритании, Германии, Израиле, Франции и Италии» (p. 126). Эрика Гуд в своей статье в *U. S. News and World Report* отметила следующее: «Спустя тридцать один год после смерти швейцарского психиатра теории Юнга по-прежнему популярны, являются подлинной культурной ценностью, призмой, через которую преломляются переживания, а в некоторых случаях — почти религией» (December 7, 1992, issue). Год спустя это же подчеркнул Мак-Каллоу (McCullough, 1993):

«Идеи психиатра Карла Юнга распространяются по стране... Пользуются широкой популярностью книги, написанные под влиянием идей швейцарского психиатра, растет заинтересованность в создании юнгианских обществ. Специалисты в области психического здоровья используют идеи Юнга в своей практике и работают с клиентами, которые читают книги, написанные под влиянием Юнга.»

Итак, интерес к Юнгу и его аналитической психологии не утрачен и по сей день.

Около 20 лет назад исследователи прогнозировали, что юнгианская школа мысли будет все теснее сближаться с другими психоаналитическими и неаналитическими теориями (Maduro & Wheelwright, 1977). Предприняты определенные усилия в этом направлении, но многое еще предстоит сделать. Те же исследователи предсказывали: «в дополнение к анализу символического содержания и процесса, усилится влияние Юнга на социальные и поведенческие науки в следующих... областях: 1) искусство и культура, 2) развитие человека и старение, 3) медицинская антропология, 4) исследования фольклора и 5) клиническая психология» (Maduro & Wheelwright, 1977, p. 118). Сообщения других авторов (Goode, 1992; McCullough, 1993) отчасти подтверждают этот прогноз.

Однако исследователи также полагали: «если аналитической психологии суждено выжить, она должна рассматривать межличностные проблемы и социальные аспекты меняющегося мира» (Maduro & Wheelwright, 1977, p. 118). Для аналитической психологии и в

особенности для аналитической психотерапии это утверждение, сделанное почти два десятилетия назад, верно, как никогда.

Вместе с тем не менее верно и другое утверждение (Hall & Lindzey, 1957):

«Учитывая все, что сделано и сказано, теория личности, изложенная в многочисленных работах Юнга и распространенная на широкий спектр человеческих феноменов, является одним из самых выдающихся достижений современной мысли. Оригинальность и смелость мышления Юнга мало с чем может сравниться в истории науки последних лет, ни один другой человек, кроме Фрейда, не открыл такое множество концептуальных окон в то, что сам Юнг предпочитал именовать «душой человека»» (р. 110).

Глава 3. Индивидуальная психология: Адлер

Альфред Адлер (1870-1937) родился в австрийском местечке Пензинге близ Вены, родители его принадлежали к среднему классу. Мать была домохозяйкой, а отец, еврей по национальности, торговал зерном. У Адлера были старшие брат и сестра, двое младших братьев (один из которых умер, когда Альфреду было три года) и две младшие сестры.

В то время евреи могли жить в Австрии в двух местах: в добровольных гетто и в населенных иноверцами пригородах. Семья Адлеров жила именно в таком пригороде. Хотя в 1870-90-х гг. усилился антисемитизм, на Адлера, по свидетельствам современников, это повлияло мало. «Альфред жил жизнью мальчика из предместий Вены... Его ранние переживания не позволяли ощущать различия между евреями и неевреями как нечто личностно значимое» (Furtmuller, в кн. Ansbacher & Ansbacher, 1979, p. 331).

Адлер рос болезненным ребенком. У него был рахит, спазмы гортани, в возрасте четырех лет он чуть не умер от пневмонии. Первые годы в школе были трудными, хотя об этом периоде его жизни известно мало. Адлер испытывал трудности с адаптацией, был невысокого мнения о своих физических данных и плохо успевал по математике.

Можно предполагать, что слабое здоровье, тяжелая пневмония в раннем детском возрасте, а также смерть младшего брата повлияли на решение Адлера стать врачом. Он поступил в Венскую медицинскую школу, закончил ее в 1895 г. по специальности офтальмология. Он начал частную практику, но вскоре приступил к разработке системы взглядов на органическую неполноценность и гиперкомпенсацию и в конце концов выпустил книгу «Исследование органической неполноценности и ее психической компенсации» (*Study of Organ Inferiority & Its Psychical Compensation*, 1907/1917). Так начался его интерес к психиатрии и психотерапии.

Примерно в это время Адлер встретил и полюбил Раису Эпштейн и в 1897 г. женился на ней. У них родились четверо детей — Валентина в 1898 г., Александра в 1901 г., Курт в 1905 г. и Нелли в 1909 г. Александра и Курт впоследствии стали психиатрами и продолжили дело отца.

В конце XIX в. Зигмунд Фрейд работал над созданием своей теории сновидений. Его идеи встречали резкое сопротивление, и Адлер встал на его защиту, призывал объективно оценить идеи Фрейда, а не огульно их отвергать. В 1902 г. Адлер (вместе с тремя другими специалистами) получил приглашение от Фрейда присоединиться к дискуссионной группе, в которой предполагалось обсуждать теорию, философию и психопатологию человеческой природы. Адлер принял это приглашение. Эта группа получила название «Венского психоаналитического общества». В этот период Адлер учился у Фрейда, продолжая развивать собственные идеи и совершенствовать свое собственное мышление.

В 1910 г. была основана Международная психоаналитическая ассоциация; ее первым президентом был К. Г. Юнг, а вторым Адлер. В том же году стал издаваться новый журнал *Zentralblatt fur Psychoanalyse* при сотрудничестве Фрейда и Адлера. Адлер был соредактором, а Фрейд главным редактором. Вместе с тем Адлер продолжал разрабатывать собственные идеи, и когда он стал публиковать свои работы одновременно с критикой взглядов Фрейда, отношения между Адлером и Фрейдом стали напряженными. Дело дошло до того, что Адлер ушел с поста соредактора и президента Ассоциации. Адлер вместе с некоторыми своими последователями позднее основал Общество свободных психоаналитических исследований

(*Society for Free Psychoanalytic Research*) и стал его президентом. В 1912 или 1913 г. Общество было переименовано в Общество индивидуальной психологии. Журнал *Zeitschrift fur Individualpsychologie*, в котором Адлер был соредактором, стал выходить в 1914 г.

Адлера призвали в 1915 г. в австро-венгерскую армию; несмотря на это, он продолжал разработку своей системы «Индивидуальной психологии». По окончании войны Адлер принял участие в движении австрийской школьной реформы и в 1922 г. открыл в Вене первую консультацию по психолого-педагогической работе с трудными детьми; впоследствии множество таких консультаций было открыто в Германии и Австрии.

Адлер впервые посетил США в конце 1926 г. Он читал лекции, был приглашенным профессором Колумбийского университета в 1929 г., стал первым заведующим кафедрой медицинской психологии в медицинском колледже Лонг-Айленда в 1932 г. В этот период он работал над совершенствованием своего английского (который описывали как «хромающий») и даже научился в возрасте 60 лет водить автомобиль.

В середине 1930-х гг. в Австрии к власти пришли фашисты. В связи с этим Адлер с женой с 1935 г. постоянно жили в Нью-Йорке. Трое детей переехали с ними, а Валентина бежала в Россию (где вскоре погибла вследствие сталинских репрессий). Находясь в Соединенных Штатах, Адлер вел напряженный образ жизни — читал лекции и много писал. 28 мая 1937 г. накануне лекции в Абердине в Шотландии он умер от сердечного приступа. (Биографический материал об Адлере получен из нескольких источников: Bottome, 1957; Furtmuller, в кн. Ansbacher & Ansbacher, 1979; Manaster, 1977; Manaster & Corsini, 1982; Manaster, Painter, Deutsch, & Overholt, 1977.)

Становление и развитие

Некоторые предпосылки теории Адлера можно отыскать в его биографии: он был болезненным, слабым ребенком и прилагал немалые усилия, чтобы это преодолеть. Позднее, занимаясь общей медицинской практикой, он наблюдал множество «официантов, акробатов и художников, чье благосостояние целиком зависело от физических навыков» (Manaster, 1977, p. 10), что также повлияло на представления Адлера о физической слабости, органической неполноценности и их воздействии на формирование личности. Все это в конце концов привело его к созданию концепции компенсации и гиперкомпенсации (для преодоления неполноценности), что применимо к биологическим, равно как и к психологическим процессам.

Один из наиболее информированных исследователей жизни Адлера Ансбахер разделил работы Адлера (1898-1937) на четыре периода развития (H. L. Ansbacher, 1978). Первый период охватывает 1898-1907 гг. и «предшествует созданию четкой концепции человека». Адлер пытается разобраться в значении для последующей жизни индивида проявлений органической, физиологической неполноценности (см. главу 1 в кн. Ansbacher & Ansbacher, 1964). Второй период охватывает 1908— 1917 гг. и «предшествует социальному интересу». Адлер впервые обращает внимание на влечение к агрессии, затем переключается на «мужской протест» и «жажду власти» (см. главы 1 и 2 в кн. Ansbacher & Ansbacher, 1964), и наконец происходит смещение к более субъективной, индивидуальной психологии.

Третий период длится с 1918 по 1927 г., это период «социального интереса как переноса». Здесь оформляется концепция социального интереса (чувства сопричастности к другим), социальный интерес представляется важной силой, которая ограничивает или препятствует проявлению влечения к агрессии и жажде власти. В этот момент в теории Адлера сосуществовали две противоположные мотивационные силы: агрессивная сила, связанная с жаждой власти, и сила социального интереса. Согласно Фергюсону (Ferguson, 1989), «Адлер считал социальные узы более фундаментальными для людей, чем индивидуалистические устремления...» (p. 357).

Ансбахер определил 1928-1937 гг. как период «социального интереса как когнитивной функции». Здесь социальный интерес, который Ансбахер (Ansbacher, 1968) называл наиболее характерной концепцией Адлера, стал представляться когнитивной функцией, которую следует развивать и которая задает направление индивидуальным стремлениям. В этот период произошли также следующие важные изменения:

«а) Адлер «переключился с индивидуального превосходства на фундаментальную мотивацию человека к принадлежности...».

б) Он «придал новый смысл превосходству, перенес акцент с социального превосходства на превосходство задачи».

в) Он «признал, что ощущение социальной неполноценности отражает неуважение индивида к себе и сомнение в своей адекватности, что отличается от преходящих ощущений неполноценности, связанных с конкретным заданием или ситуацией».

г) «Потребность в принадлежности и взаимосвязи с окружающими является фундаментальной человеческой мотивацией, и увязана с задачей внесения собственного вклада в общее дело»» (Ferguson, 1989, pp. 357-359).

Разработанная Адлером система индивидуальной психологии демонстрирует любопытную эволюцию мысли; вмешательство основывается на последнем периоде, «социальном интересе как когнитивной функции». Из краткого обзора становления и развития Адлера как исследователя мы видим, что к 1930-м гг. «Адлер перешел от своей первоначальной концепции органической неполноценности и более поздних представлений об устремлениях к власти и социальному превосходству к акценту на потребности в принадлежности и на стремлении внести вклад в благосостояние человечества» (Ferguson, 1989, p. 361). Учитывая эти изменения, подходящим заключением к этому разделу могут служить слова Ансбахера (Ansbacher, 1978): «Безвременная смерть Адлера в возрасте 67 лет оставила открытым вопрос о том, как бы развивалась его теория, проживи он дольше» (p. 145).

Философия и концепции

Для описания созданной Адлером индивидуальной психологии чаще всего используются следующие эпитеты: холистическая (в противовес редукционистской), феноменологическая (акцент делается на субъективной, личной точке зрения каждого индивида), телеологическая (фокусирование на движении, а не на влиянии прошлого), связанная с теорией поля (фокусирование на самом индивиде и поле его деятельности), социально ориентированная (отношение к человеку как к социальному существу, живущему в мире других таких же существ) (Ansbacher, 1977; Manaster & Corsini, 1982; Mosak, 1989). «Психология Адлера подчеркивает значение сознания и познания, ответственности, смыслов и ценностей. Она оптимистична, поскольку считает человека создателем и хозяином своей души, пронизана верой в его способность к преодолению препятствий» (Ansbacher, 1977, p. 45). Для лучшего понимания философии адлерианской психологии давайте сначала рассмотрим некоторые концепции, которые были и продолжают быть неразрывно связанными с ней.

Концепции

Чувство неполноценности. Для Адлера чувство неполноценности было универсальным; каждый из нас в той или иной степени его переживает. По мнению Адлера, это идет из детских переживаний собственной слабости, уязвимости и зависимости. Чувствовать собственную неполноценность означает чувствовать себя «хуже других». Это чувство служит индивиду мотивацией к преодолению. «Индивид постоянно испытывает чувство неполноценности, которое служит для него мотивацией» (Adler, в кн. Ansbacher & Ansbacher, 1964, p. 117). Вместе с тем Адлер тут же добавляет: «выраженность чувства небезопасности и неполноценности определяется, в основном, детскими интерпретациями» (там же, p. 116).

Стремление к цели. «Психическая жизнь человека определяется его целями» (Adler, 1927/1954, p. 29). Все мы движемся к своим целям, как гласит телеология. Мы целеустремленные существа. «В уме каждого человека существует концепция цели или идеала, к которым следует стремиться из настоящего состояния [неполноценности], преодолевая существующие недостатки и трудности с помощью постановки конкретных целей

на будущее... Без ощущения цели всякая деятельность индивида лишается смысла» (Adler, 1929/1969, p. 2). Цели, к которым люди стремятся, устанавливаются в первые годы жизни и становятся впоследствии организующим началом функционирования личности, подвигают нас вперед.

Стремление к превосходству. Эта концепция тесно связана со стремлением к цели и конкретизирует ее; стремление к превосходству также называется «стремлением к совершенству» или «стремлением к поступательному развитию». Это постоянная сила, «присущая людям вообще» (Adler, 1931/1958, p. 68). Это стремление к преодолению препятствий, к завершенности. «Это стремление к превосходству, стоящее за всеми достижениями человечества, лежит в основе всех вкладов в нашу культуру. Вся жизнь человека движется в этом направлении — снизу вверх, от минуса к плюсу, от несовершенства к победе» (там же, p. 69). Таким образом, человеческая динамика рассматривается диалектически — имеется цель (стремление к превосходству или завершенности) и точка начала отсчета (чувство неполноценности) (Ansbacher, 1977). Следовательно, стремление к превосходству (или к достижению цели) и чувство неполноценности являются взаимно дополнительными силами — одна не существует без другой (Adler, 1930, 1929/1969).

Жизненный стиль. Жизненный стиль, или стиль жизни, как его часто называют, является важнейшей организующей концепцией. Жизненный стиль может иметь отношение к «личности», «Эго», «самости». Он включает ориентирующую цель индивида, представления о себе, представления о других, о мире в целом, а также этические убеждения индивида (Mosak, 1989). Это наша когнитивная карта — карта, которая позволяет осмыслить, понять окружающий мир, отреагировать на него, функционировать в нем. Жизненный стиль — целостное образование, поняв его, можно составить представление о функционировании личности. «Чтобы заглянуть в будущее человека, необходимо понять его жизненный стиль» (Adler, в кн. Ansbacher & Ansbacher, 1964, p. 195). Понимание стиля жизни является непременным условием проведения психотерапии по Адлеру.

Социальный интерес. Ансбахер (Ansbacher, 1968) ссылается на социальный интерес как на самую характерную концепцию Адлера; эта же концепция, с его точки зрения, наиболее трудна для понимания. В упрощенном виде социальный интерес означает «умение видеть глазами другого, слышать ушами другого, чувствовать сердцем другого человека» (Adler, в кн. Ansbacher & Ansbacher, 1964, p. 135). Более сложное определение социального интереса гласит, что он «означает, в частности, интерес к сообществу в целом или ощущение своей причастности к сообществу *sub specie aeternitatis* (согласно определению, приведенному в Словаре Вебстера: в аспекте вечности; в своей существенной или универсальной форме или природе). Социальный интерес означает стремление к обществу, которое должно мыслиться как вечное, как если бы мы могли думать о нем как о человечестве, достигшем совершенства» (p. 142). Социальный интерес подразумевает эмпатию, идентификацию с другими, сближение с другими. Социальный интерес является критерием психического здоровья. Те кто проявляет социальный интерес, с большей вероятностью являются психически здоровыми, счастливыми, вносят заметный вклад в жизнь общества. Отсутствием социального интереса отличаются совершенно другие люди: «Все неудачники — страдающие неврозами, психозами, преступники, пьяницы, проблемные дети, самоубийцы, извращенцы и проститутки — являются неудачниками, потому что им недостает чувства ближнего и социального интереса» (Adler, 1931/1958, p. 8).

Жизненные задачи. Перед каждым из нас в жизни стоят три задачи: любовь, работа, дружба. Каждая из этих задач является социальной по своей природе, требует для успешного решения сотрудничество и социальный интерес.

Семейная атмосфера и констелляция. Семейная атмосфера связана с типом домашней обстановки, которую родитель или родители создают для своих детей. К типам атмосферы, например, относятся отвергающая, авторитарная, непоследовательная, связанная с гиперопекой или конкуренцией (Dewey, 1971); независимо от своей природы, семейная атмосфера позволяет ребенку получить первые последовательные представления о мире и за счет этого влияет на формирование жизненного стиля.

Семейная констелляция означает состав семьи и место в ней ребенка. Речь идет, например, о положении ребенка в группе сиблингов. Является ли ребенок первенцем, родился

ли вторым, последним или он единственный в семье? Положение ребенка в сиблинговой группе может повлиять на развитие личности, иногда выделяются вполне определенные характеристики, связанные с порядковым номером рождения (например, первенцы обычно отличаются повышенной ответственностью, склонны к соблюдению правил и выполнению своих обязанностей). Вместе с тем Адлер (Adler, 1937) подчеркивал, что «на характер ребенка, безусловно, оказывает влияние не порядковый номер рождения, а **ситуация**, в которой он родился и способ его **интерпретации** этой ситуации» (р. 211).

Комплекс неполноценности. Чувство неполноценности, по мнению Адлера, является универсальным, это «стимул к здоровому, нормальному стремлению и развитию» (Adler, в кн. Ansbacher & Ansbacher, 1964, р. 258). Если это чувство становится чрезмерным или обременительным, возникает комплекс неполноценности, то есть появляется озабоченность своей неполноценностью, что служит причиной сомнений и выраженного дистресса. Чувство неполноценности перерастает в «патологическое состояние лишь тогда, когда ощущение собственной неадекватности переполняет индивида и вместо того, чтобы стимулировать его к полезной деятельности, повергает в депрессию и лишает способности развиваться» (там же, р. 258). Комплекс неполноценности лежит в основе невроза (Adler, 1931/1958).

Комплекс превосходства. Рука об руку с патологическим комплексом неполноценности идет комплекс превосходства. «Вряд ли стоит удивляться, если на фоне комплекса неполноценности обнаруживается более или менее скрытый комплекс превосходства» (Adler, в кн. Ansbacher & Ansbacher, 1964, р. 259). Вследствие выраженного чувства неполноценности возникают поведенческие, аффективные и связанные с мышлением проявления превосходства. Сюда относятся презрение, тщеславие, тирания, ворчание, унижение других, гнев, громогласность, невнимание к окружающим, высокомерие, снобизм (там же, р. 261). Все это входит в симптомокомплекс неврозов.

Невротическая диспозиция. Это фундаментальная динамическая сущность, лежащая в основе всех психических расстройств, в том числе невротического характера.

«1) Индивид с ложными представлениями о себе и окружающем мире, то есть с ошибочными целями и ошибочным жизненным стилем, 2) будет склонен к различным формам аномального поведения, нацеленного на поддержание своего мнения о себе, 3) при столкновении с ситуациями, которые, как он чувствует, не удастся успешно преодолеть, вследствие ошибочных представлений и неадекватной подготовки. 4) Ошибочным является центрирование на себе, без учета взаимодействия между людьми. 5) Индивид не осознает эти процессы» (Ansbacher & Ansbacher, 1964, р. 239).

Невротические симптомы, часть невротической диспозиции, выполняют охранительную функцию — поддерживают самооценку, а также служат оправданием неудач (например, «Я не могу этого сделать из-за сильной тревоги»). Таким образом, невроз является расстройством типа «Я не могу..., потому что...» или «Да, но...».

Допущения

На основании этих концепций высказывается двенадцать основных допущений (Ansbacher & Ansbacher, 1964, pp. 1-2), в частности:

1. *В основе всей человеческой деятельности лежит одна основная динамическая сила, стремление от субъективно неблагоприятной ситуации к субъективно благоприятной, от чувства неполноценности к чувству превосходства, совершенству, целостности. Это стремление является основной движущей силой.*

2. *Стремление обретает свое специфическое направление от индивидуальной уникальной цели или от идеального «Я», которые, хотя и создаются под влиянием биологических и средовых факторов, являются порождением самого индивида. Так как это идеал, цель фиктивна. Люди креативны. Мы все, в конце концов, хозяева собственной судьбы. Несомненно, биология и окружение влияют на нас, однако эти факторы не являются определяющими, не они делают нас такими, какие мы есть. Напротив, наша собственная креативность — выбор цели, средств, с помощью которых мы намереваемся достичь цели — вот главный определяющий фактор.*

3. *Цель видится индивиду «словно в тумане», то есть в значительной мере им не*

осознается. Это область бессознательного, неизвестная часть цели. Хотя наша креативность может быть задействована в стремлении к цели, мы не осознаем полностью, в чем эта цель заключается. Например, не принято думать, что «в возрасте трех лет я определил свой жизненный стиль как контролирующий, чтобы всегда быть хозяином положения». Вместе с тем девиз «быть хозяином положения» может стать темой, организующей жизненный стиль или целью, хотя сознательно мы этого и не признаем. Мы «не знаем» или «не осознаем» этого.

4. *Цель становится главной причиной, независимой переменной. Поскольку на основании цели можно судить об индивиде, это может служить рабочей гипотезой для специалиста по психическому здоровью.* Цели жизненного стиля могут принимать различные формы, например, угождать, быть справедливым, знающим, успешным (см. Корр, 1986). Но независимо от формы цель является организующим началом для жизненного стиля.

5. *Все психологические процессы формируют самосогласующуюся с точки зрения цели структуру, подобно пьесе, которую начинают создавать, имея в виду финал. Эта самосогласующаяся структура личности и есть жизненный стиль. Он устанавливается в раннем возрасте и с этого момента любое последующее поведение, которое, на первый взгляд, противоречит предыдущему, является лишь новым средством на пути к той же цели.* Жизненный стиль формируется в первые годы жизни и остается стабильным, организующим началом, под влиянием которого человек действует. Существует четыре типа жизненных стилей — руководящий тип (*ruling type*), получающий (*getting type*), избегающий (*avoiding type*) и социально полезный (*socially useful type*). (Несколько типов жизненного стиля предложил Мозак (Mosak, 1971). Особенно поучительным нам видится подход Коппа (Корр, 1986), который подразделяет типы жизненных стилей в соответствии с типом, целью, ролевой стратегией, тактикой и наличием или отсутствием социального интереса (см. также Wheeler, 1989).)

6. *Все очевидные психологические категории, такие как различные влечения или контраст между сознательным и бессознательным, есть лишь аспекты единой системы отношений и не отражают дискретные сущности и количества.* Каждый человек отличается целостностью, а не является набором Ид, Эго и Суперэго. Все мы функционируем последовательно и согласованно. Это учитывается в системе индивидуальной психологии. «Адлер употребил термин **индивидуальный** в его латинском значении неделимого, поскольку считал человека неделимой органической сущностью» (Ansbacher, 1977, p. 46).

7. *Все объективные предпосылки, такие как биологические факторы и личная история, становятся относительными к идее цели; они не являются определяющими, а лишь создают возможности. Индивид использует все объективные факторы в соответствии с собственным жизненным стилем.* Абсолютно все подчинено жизненной цели, и все обретает смысл лишь в присутствии этой цели. Цель жизни служит основным организующим началом.

8. *Представления индивида о себе и мире, его «апперцептивная схема» и интерпретации как аспекты жизненного стиля оказывают влияние на все психологические процессы.* Все, о чем мы думаем, наши убеждения, идеи, установки есть то, из чего мы состоим. «Поведение человека вытекает из его представлений» (Adler, в кн. Ansbacher & Ansbacher, 1964, p. 182). Именно наши мысли — то, как мы думаем, — питают наше счастье, несчастье и расстройство.

9. *Индивида нельзя рассматривать в отрыве от его социального окружения. «Индивидуальная психология рассматривает и изучает индивида в социальном контексте. Мы отказываемся признавать и исследовать человека в отрыве от других людей...»* Таким образом, психология Адлера является социальной психологией. Каждый из нас есть часть социального контекста, понимание индивида возможно лишь с учетом социального контекста, в котором он находится.

10. *Все важные жизненные проблемы, включая удовлетворение определенных влечений, становятся социальными проблемами. Все ценности становятся социальными ценностями.* Жизненные проблемы — любовь, дружба, работа — это социальные проблемы.

11. *Социализация индивида не достигается за счет подавления, ее условием является внутренняя человеческая способность, которую, однако, требуется развить.*

Это социальное чувство или социальный интерес. Поскольку индивид пребывает в социальном контексте, социальный интерес является решающим фактором его адаптации. Социальный интерес представляется своеобразным клеем, который соединяет людей; благодаря ему становятся возможными социальное и культурное выживание и развитие. Чтобы выживать, развиваться, необходимо сотрудничать. Такова природа социального интереса. Вместе с тем социальный интерес не возникает сам по себе. Это внутреннее свойство необходимо возвращать и развивать, чтобы оно расцвело.

12. *Нарушение адаптации характеризуется преувеличенным чувством неполноценности, неразвитым социальным интересом и чрезмерно выраженной целью достижения личного превосходства в сочетании с нежеланием сотрудничать. Соответственно, проблемы разрешаются в центрированной на себе манере «личного смысла», а не центрированной на задаче манере «общественного смысла». У невротических личностей это приводит к переживанию неудачи из-за склонности считать основным критерием ценности своих действий их социальную значимость. С другой стороны, психотические личности, которые объективно также терпят неудачу, не переживают ее в силу непринятия в качестве основного критерия социальной значимости своих действий.* Таким образом, в психопатологии наблюдается динамическое единство — преувеличенная неполноценность, низкий социальный интерес, центрирование на себе в качестве цели. Это единство или динамическая конфигурация применимы к неврозам, психозам, а также к другим поведенческим или эмоциональным расстройствам.

Терапия Адлера

Цели

Цели терапии включают: ослабление преувеличенного чувства неполноценности, повышение социального интереса, исправление базисных ошибок (ошибок мышления) или ошибочной логики, включенных в жизненный стиль. Изменение поведения и устранение симптомов желательны, но недостаточны. «Мы не пытаемся в первую очередь изменить стереотипы поведения или устранить симптомы. Если поведение пациента улучшается, потому что он считает это выгодным на данный момент, но не сопровождается изменением базисных концепций, мы не считаем это успехом терапии. Мы пытаемся изменить цели, концепции и представления» (Dreikurs, 1963, p. 1046). Именно цели, концепции и представления лежат в основе различных поведенческих проявлений и симптоматики.

Терапевтический процесс

Терапевтический процесс целиком связан с пониманием жизненного стиля пациента, выявлением и коррекцией базисных ошибок в этом стиле. В терапии можно выделить четыре этапа (Dreikurs, 1967).

1. Формирование отношений.
2. Оценка и анализ жизненного стиля.
3. Инсайт.
4. Переориентация.

Формирование отношений. Формирование отношений предполагает знакомство с пациентом, «растопливание льда» и привлечение его к лечению. Взаимное уважение и доверие являются важнейшими составляющими терапевтических отношений (Dreikurs, 1967). Кроме того, «для успеха лечения абсолютно необходимо, чтобы врач обладал большим тактом, избегал высокомерия, держался дружелюбно, проявлял искреннюю заинтересованность, сохранял способность здраво рассуждать» (Adler, в кн. Ansbacher & Ansbacher, 1964, p. 338). Поведение психотерапевта на этом начальном этапе лечения можно также охарактеризовать как эмпатийное, ободряющее, внимательное, понимающее и социально заинтересованное (Dinkmeyer, Dinkmeyer, & Sperry, 1987).

Оценка и анализ жизненного стиля. Жизненный стиль формируется в первые пять лет

жизни, когда способность рассуждать логически еще не развита. «Поскольку у маленьких детей недостаточно развиты логические процессы, многие их представления являются ошибочными или содержат лишь частичную истину» (Mosak, 1989, p. 78). Эти ошибки и частичные истины могут стать частью того, кто и что мы есть, могут стать определяющими компонентами жизненного стиля и проявиться в виде базисных ошибок. Выявлено пять таких базисных ошибок (там же, p. 87).

1. **Чрезмерная генерализация.** «Люди враждебны». «Жизнь опасна».

2. **Ложные или невозможные цели «безопасности».** «Один неверный шаг и вы мертвы». «Я должен всем угодить».

3. **Ложные представления о жизни и ее требованиях.** Типичными могут быть следующие убеждения: «Жизнь никогда не дает мне спуска» и «Жить очень трудно».

4. **Понижение или отрицание собственной ценности.** «Я глупец». «Я недостойный человек». «Я всего лишь домохозяйка».

5. **Ложные ценности.** «Будь первым, даже если надо всех растолкать».

Все перечисленные выше ошибочные убеждения отражают ригидные, абсолютистские, негибкие идеи, которые оказывают воздействие на чувства, поведение и волю человека.

Оценка жизненного стиля проводится по пяти направлениям.

«Согласно моему опыту, наибольшего доверия заслуживает подход к исследованию личности, который предполагает тщательное выяснение: 1) самых ранних воспоминаний детства, 2) порядкового номера появления ребенка на свет, 3) расстройств детского возраста, 4) дневных фантазий и сновидений, а также 5) природы экзогенного фактора, который является причиной болезни» (Adler, в кн. Ansbacher & Ansbacher, 1964, pp. 327-328).

1. Самые ранние детские воспоминания представляют собой первые впечатления детства.

«Из всех психологических проявлений наиболее информативными являются воспоминания индивида. В его памяти содержатся воспоминания о собственных ограничениях и значении обстоятельств. Не существует «случайных воспоминаний»: из бесчисленного множества впечатлений, с которыми индивид сталкивается, он отбирает для запоминания лишь те, которые, как ему смутно кажется, имеют значение для его ситуации. Таким образом, его воспоминания представляют его «историю жизни»; историю, которую он повторяет себе для самоуспокоения или предостережения, для концентрации на своей цели и для использования прошлого опыта для подготовки к будущему, чтобы встретить его во всеоружии проверенного образа действий» (Adler, в кн. Ansbacher & Ansbacher, 1964, p. 351).

Эти ранние воспоминания (РВ) рассматриваются как отражение настоящего (Verger & Camp, 1970), позволяя получить ценную информацию о жизненном стиле. При оценке жизненного стиля наиболее простым и эффективным способом выявления РВ является прямой вопрос: «Каковы ваши самые ранние воспоминания детства?» (Adler, в кн. Ansbacher & Ansbacher, 1964, p. 409). Критерии РВ разработаны Мозаком (Mosak, 1958). Ранними считаются воспоминания, которые: а) относятся к возрасту младше восьми лет, б) являются единичным, отдельным эпизодом, а также в) сопровождаются зрительными образами. Целесообразно сообщить пациентам о том, что может быть отнесено к ранним воспоминаниям, а затем предложить поделиться некоторыми из них. Собирая данные о РВ, психотерапевт обращает внимание на стереотипию и общий характер воспоминаний. Возможно, в этих ранних воспоминаниях отражена изоляция? обида? преследование? сотрудничество? выступление против других или заодно с ними? В процессе выявления таких стереотипов психотерапевт начинает судить об особенностях жизненного стиля пациента.

2. Очередность рождения ребенка интересует психотерапевта постольку, поскольку он связан с положением ребенка в семье. «Сколько у вас братьев и сестер? Каким по счету вы родились? Как к вам относились ваши братья и сестры? Как сложилась их жизнь? Страдают ли они какими-либо заболеваниями?» (Adler, в кн. Ansbacher & Ansbacher, 1964, p. 409). Подобная информация позволяет судить о том, как индивид боролся за свою значимость и принадлежность к семье. Важно получить сведения и о родителях. «Опишите своих родителей, их характер, состояние здоровья. Если их нет в живых, назовите причины их смерти. Как они к вам относились? ... Кто был любимцем вашего отца, матери? Какое воспитание вы получили?» (Adler, в кн. Ansbacher & Ansbacher, 1964, p. 409). Все эти вопросы

помогают составить представление о семейной констелляции и семейной атмосфере.

3. Расстройства детского возраста также проливают свет на жизненный стиль. Поскольку жизненный стиль формируется в первые пять лет, информация о детских расстройствах представляет особую важность. Речь идет в том числе о дурных привычках, страхах, заикании, открытой агрессии, фантазиях и обособлении, лени, лживости и воровстве (см. Адлер, в кн. Ansbacher & Ansbacher, 1964, pp. 386-392).

4. Сновидения, подобно РВ, также являются проективным материалом, который позволяет лучше понять жизненный стиль. Расспрашивая пациента о сновидениях, психотерапевт ставит вопрос прямо: «Что вы видите во сне?» (Adler, в кн. Ansbacher & Ansbacher, 1964, p. 409). В сновидениях, также как в РВ, психотерапевт ищет проявления «индивидуальной логики» или личных взглядов пациента (см. Gold, 1978). О чем говорят сновидения? Как они отражают функционирование в рамках жизненного стиля? Однако сновидения — не единственный источник информации и их следует понимать так:

«Мы не можем объяснить сновидения, не зная их взаимосвязи с другими частями личности. Мы также не можем установить жесткие правила интерпретации сновидений... Имеет значение лишь такая интерпретация сновидения, которая может быть увязана с поведением индивида в целом, его ранними воспоминаниями, проблемами и т. п.» (Adler, в кн. Ansbacher & Ansbacher, 1964, pp. 362-363)

5. Природа экзогенного, вызывающего болезнь фактора включает стрессовое событие или задачу, которая требует от индивида социального интереса и сотрудничества. Именно «экзогенная ситуация, своего рода зажженная спичка, поднесенная к сухому хворосту, [ведет к расстройству]» (Adler, в кн. Ansbacher & Ansbacher, 1964, p. 296). Экзогенный фактор, независимо от своей природы, неизбежно связан с одной из трех жизненных проблем — любовью, дружбой, работой.

Психотерапевт может использовать структурированное интервью для оценки этих пяти аспектов — ранних воспоминаний, семейной констелляции, детских расстройств, сновидений и экзогенных факторов (см. Ansbacher & Ansbacher, 1964, pp. 404-409). Интервью жизненного стиля представляет собой опросник, позволяющий получить информацию, которая необходима для оценки жизненного стиля и компенсации базисных ошибок. Однако и здесь следует проявлять гибкость, не обязательно точно соблюдать формат интервью. (Действительно, некоторые последователи Адлера вообще не используют структурированное интервью для оценки жизненного стиля, отдавая предпочтение «простой беседе с клиентами, имея в виду, что со временем удастся составить представление о жизненном стиле пациента или клиента» (Manaster & Corsini, 1982, p. 178). Другие интервью жизненного стиля, основанные на оригинальных работах Адлера, представлены рядом авторов (Dinkmeyer et al., 1987; Dreikurs, 1954); Ekstein, Baruth, & Mahrer, 1978; Powers & Griffith, 1987; Shulman & Mosak, 1988).)

Инсайт. Как только психотерапевту самому удалось достичь инсайта в отношении жизненного стиля пациента, следующим шагом является помощь пациенту в достижении такого же инсайта. На этом этапе терапии психотерапевт пытается помочь пациенту уточнить ориентирующую цель; представления о себе и окружающих, мире в целом; понять базисные ошибки. Конечно, достижение пациентом инсайта требует от терапевта времени, усилий и терпения. «Выявление невротического жизненного плана целесообразно производить в дружеской, свободной беседе, причем инициативу в ней всегда следует отдавать пациенту» (Adler, в кн. Ansbacher & Ansbacher, 1964, p. 334).

Выявление и понимание жизненного плана происходит в процессе терапии. Этот процесс может проходить неструктурированно, в этом случае психотерапевт вводит в терапию данные о базисных ошибках, когда сочтет это целесообразным. Или же прямо сообщает пациенту информацию, касающуюся жизненного стиля, чтобы оттолкнуться от нее в ходе терапевтической дискуссии и диалога (например, Powers & Griffith, 1987).

Переориентация. После того как терапевтические отношения успешно сформированы, завершены оценивание и анализ жизни, а пациент осознал суть своего жизненного стиля, наступает время переориентации, изменения убеждений, лежащих в основе жизненного стиля. Переориентация — это, прежде всего, изменение; она подразумевает модификацию базисных ошибок и преобразование дисфункционального мышления в функциональное.

Таким образом, если у пациента выявлена такая базисная ошибка, как склонность к чрезмерной генерализации, задача психотерапевта — помочь ему более реалистично взглянуть на ситуацию. Целью переориентации является «замещение больших ошибок маленькими... [поскольку] именно большие ошибки [могут] привести к неврозу, а незначительно ошибается и практически здоровый человек» (Adler, в кн. Ansbacher & Ansbacher, 1964, p. 62). Преобразуя большое в маленькое, следует иметь в виду такое важнейшее соображение: «для последователей Адлера все действие разворачивается в когнитивной сфере» (Manaster & Corsini, 1982, p. 156).

Заключительное слово о терапевтическом процессе. Подходы к описанным выше четырем этапам терапии заметно разнятся, некоторые последователи Адлера не придерживаются определенной структуры, в то время как другие строго следуют ей. Сам Адлер в своей работе использовал оба этих подхода или их комбинацию. В качестве заключительного комментария приведем рекомендации Рудольфа Дрейкурса, наиболее выдающегося из учеников Адлера. Его подход к терапии состоит из пяти элементов.

1. Первое интервью продолжительностью около часа.
2. Сбор социального и семейного анамнеза с помощью опросника, продолжительностью около часа.
3. Проективный тест «Ранние воспоминания» (*Early Recollections*), проведение которого обычно тоже занимает час.
4. Анализ полученной информации и выводы относительно жизненного стиля, ...что также занимает около 1 часа.
5. Собственно терапия... Она может продолжаться несколько месяцев и даже лет, хотя, как правило, терапия по Адлеру длится 20-30 часов (Manaster & Corsini, 1982, p. 260).

Техники терапии

Приведенная ниже цитата о психотерапевтах-адлерианцах, как нельзя лучше характеризует самого Адлера.

«Мы, последователи Адлера, ничем не ограничены в своих действиях: все зависит от мнения психотерапевта; в то время как наша теория крепка, методы сильно варьируют. Если говорить коротко, не существует «адлерианского способа» проведения психотерапии и консультирования в смысле набора техник, поскольку техники соответствуют не только теории, но и конкретному клиенту или пациенту» (Manaster & Corsini, 1982, p. 148).

В оригинальных работах самого Адлера, а также в работах его последователей описаны следующие техники.

Моделирование. Психотерапевту, прежде всего, следует быть хорошим образцом для пациента в моделировании сотрудничества, заботы, чуткости, дружелюбия и социального интереса. «Задача врача или психолога состоит в том, чтобы дать пациенту опыт общения с дружелюбно расположенным собратом, а впоследствии перенести пробудившийся социальный интерес на других людей» (Adler, в кн. Ansbacher & Ansbacher, 1964, p. 341). Эмпатия, уважение, забота — вот важнейшие характеристики модели.

Парадоксальные стратегии. По мнению группы авторов (Mozdzierz, Macchitelli, and Lisiecki, 1976), Адлер был первым представителем западной цивилизации, который стал использовать и описал парадоксальные стратегии. Пациентам можно рекомендовать «никогда не делать того, что не нравится», «воздерживаться от занятия нелюбимым делом» или «не переставать тревожиться, но одновременно думать о других» (Adler, в кн. Ansbacher & Ansbacher, 1964, pp. 346-347). При этом можно высказать предположение, что состояние пациента, скорее всего, ухудшится, произойдет откат назад, определенная регрессия. Это предположение имеет целью вызвать у пациента реакцию, направленную на предотвращение реализации сделанного психотерапевтом прогноза. В некоторых случаях можно предложить пациенту усилить ту самую симптоматику, от которой они хотели бы избавиться (в частности, рекомендовать при навязчивом мытье рук делать это еще чаще). Не встречая противодействия своему симптому, а напротив, получая поощрение, пациент, согласно теории, яснее видит его нелепость и начинает более реалистично оценивать ситуацию.

Поощрение. В связи с тем, что эмоциональные нарушения неизбежно отражают

неодобрение, важным компонентом терапевтического процесса является поощрение. «На всем протяжении лечения не следует забывать про поощрение» (Adler, в кн. Ansbacher & Ansbacher, 1964, p. 342). В чем же одобрение заключается? Согласно Ансбахеру (Ansbacher and Ansbacher, 1964), сам Адлер определял поощрение как «активацию социального интереса». Однако с практической точки зрения, полезным будет другое определение.

«Поощрение может принимать различные формы, в зависимости от этапа процесса консультирования. Вначале вы даете клиентам понять, что цените их, когда внимательно выслушиваете их рассказ, заслуживаете их доверие, принимая их как полноправных участников процесса. На этапе оценивания... вы поощряете клиента к осознанию своего права выбора и способности к изменению. На этапе переориентации вы ободряете индивида, вселяете в него смелость, побуждая к изменениям. Таким образом, поощрение является важнейшим элементом процесса консультирования» (Dinkmeier et al., 1987, p. 124).

Интерпретация. Как и в психоанализе по Фрейду и Юнгу, интерпретация играет в психотерапии Адлера важную роль. Вместе с тем фокус интерпретации в системе Адлера совершенно иной. Интерпретация направлена на телеологический (направленный на цель) аспект пациента — на то, к чему индивид стремится. Интерпретации излагаются ненавязчиво, например, начинаются с фраз типа «Возможно...» или «Хотелось бы узнать...». Вот несколько примеров интерпретаций по Адлеру: «Возможно, вы ведете себя именно так, потому что хотите показать ей, что владеете ситуацией?» или «Хотелось бы узнать, не делаете ли вы это для того, чтобы отомстить ей?» В первом примере цель индивида — власть; в последнем — месть. Посредством интерпретации можно помочь пациенту осознать происходящее.

Поймать себя за руку. Пациентам можно рекомендовать ловить себя на действии или симптоме, которые им неприятны. Для этого требуется определенное осознание симптома и обстоятельств его возникновения (например, отмечать свое неуверенное поведение). Если длительно ловить себя на каком-то действии, можно надеяться, что с каждым разом это будет происходить немного раньше. В конце концов, пациент научится предотвращать симптом до его возникновения и в итоге станет вести себя более конструктивно.

Поступать «как если бы». Пациенты часто говорят: «Я не могу этого сделать» (например, «завести друзей», «публично выступить», «расслабиться»). Психотерапевты поощряют своих пациентов вести себя так, как если бы они это могли; им предлагают сыграть роль, пусть и небольшую. Если пациент боится подходить к незнакомым людям и вступать в разговор, ему предлагается представить себе, что он может это сделать, к примеру, в течение ближайших двух дней подойти к одиноко сидящему индивиду и поговорить с ним в течение минуты. Поступая так, словно их страхов не существует, пациенты опробуют незнакомую им ранее роль.

Избегание «Смоляного Чучелка» (Avoiding the «Tar Baby»). У каждого пациента имеются дисфункциональные идеи, убеждения или ожидания, которые он привносит в терапию; хотя они причиняют определенные проблемы, пациент с ними знаком и поэтому не ощущает дискомфорта; следовательно, пациент может стремиться поддержать эти дисфункциональные ожидания, привлекая к этому психотерапевта. Задача психотерапевта в связи с этим состоит в том, чтобы обойти эти дисфункциональные ожидания — так называемое «избегание Смоляного Чучелка». Хотя это «избегание» обычно упоминается как техника, это скорее цель, которую психотерапевт держит в уме и пытается реализовать при необходимости.

«Плевок в суп» (Spitting in the Soup). Считается, что сам Адлер называл эту технику «замутнением чистого сознания» (*besmirching a clean conscience*). Речь идет о «попытке уменьшить выраженность проблемы, принижая ее полезность в глазах клиента» (Allen, 1971, p. 41), изменяя ее смысл. С этой целью психотерапевт сначала «должен определить цель и выгоды поведения, а [затем] «смешать карты»: уменьшить удовольствие или пользу от этого поведения» (Dinkmeier et al., 1987, p. 125). Приводится пример использования этой техники (Dinkmeier et al., 1987), когда психотерапевт говорит своему клиенту Алану, что а) он может продолжать свои попытки быть первым (цель клиента), если желает (выбор клиента), и б) он может продолжать ограничивать себя и лишать себя удовольствий (негативные последствия выбора и цели клиента). В результате суп Алана утрачивает свой вкус. Не существует четких рекомендаций по применению этой техники; в действительности, психотерапевт должен

заранее придумать, как «плюнуть в суп», и сделать это, как только «суп» будет подан.

Другие техники. Описано множество других техник, которые могут быть использованы в терапии. Это совет, шутка, домашнее задание, постановка задачи (Adler, в кн. Ansbacher & Ansbacher, 1964; Dinkmeyer et al., 1987; Manaster & Corsini, 1982). Некоторые психотерапевты даже используют конфронтацию и вступают в случае необходимости в спор (Manaster & Corsini, 1982).

Заключительное слово о стиле терапии и применении техник. Как уже говорилось, последователи Адлера по-разному проводят терапию. Вместе с тем после знакомства с оригинальными работами Адлера становится очевидным, что сам он придерживался активного терапевтического стиля с элементами обучения. Этот стиль присущ его последователям и по сей день, при этом психотерапия рассматривается как «процесс обучения на основе сотрудничества» (Mosak, 1989, p. 83), когда психотерапевт выступает в роли педагога, а пациент — в роли ученика (Nikelly & O'Connell, 1971).

Продолжительность и область применения

Продолжительность. «Не так-то просто дать ответ на, казалось бы, простой вопрос о продолжительности лечения. Продолжительность зависит от многих факторов... При правильном проведении курс индивидуально-психологического вмешательства должен привести к осязаемому, пусть даже частичному успеху уже через три месяца, а иногда и раньше» (Adler, в кн. Ansbacher & Ansbacher, 1964, p. 344). Кроме того, можно повторить высказывание других авторов по этому вопросу (Manaster and Corsini, 1982): лечение «может продолжаться несколько месяцев и даже лет, хотя, как правило, терапия по Адлеру длится около 20-30 часов» (p. 260).

Область применения. Адлер писал о терапии широкого спектра расстройств, от неврозов до психозов и социопатий. Современные его последователи придерживаются того же мнения (например, Pevan & Shulman, 1983; Slavik, Sperry & Carlson, 1992). Однако, если адлерианская терапия охватывает такой широкий спектр условий, возникает вопрос, для кого она не подходит? Кому не показана? Поскольку разработанный Адлером подход направлен, главным образом, на изменение мотивации (то есть, коррекцию дисфункциональных убеждений и предпосылок), а не поведения, разумно предположить, что потенциальные пациенты должны иметь способность и желание анализировать свои убеждения и представления о жизненном стиле, осознавать дисфункциональную природу этих убеждений, реализовать программу их преобразования. В случае отсутствия такой способности или желания терапия по Адлеру неизбежно потерпит неудачу.

Пример из практики

Работы Адлера преимущественно включают концептуальный материал по каждому случаю из практики; насколько нам известно, не существует стенограмм терапевтических сессий, из которых можно было бы почерпнуть ту или иную информацию. Следовательно, чтобы позволить вам составить представление о возможном ходе психотерапии по Адлеру, мы воспользовались реконструкцией терапии, которую провели Менестер и Корсини (Manaster and Corsini, 1982, pp. 261, 278-283). На первой сессии дается краткое описание пациента. Четвертая сессия содержит предлагаемую психотерапевтом интерпретацию жизненного стиля пациента — с конкретными данными, полученными в ходе предшествующих двух сессий. Десятая сессия демонстрирует ход терапевтического процесса, происходящего после этапов оценивания/инсайта.

Сессия 1

Рональд, мужчина 40 лет, обратился за помощью самостоятельно. Невысокий и плотный, с копной непослушных волос, он был чрезвычайно напористым, вечно спешил, не любил тратить время на пустяки. Придя на первую сессию, он присел на краешек стула и стал

быстро говорить; отвечал быстро и по существу, производил впечатление человека, решившего довести дело до конца. Рональд сообщил, что уже проходил терапию у психотерапевта-последователя Роджерса и вынес из нее много нового, однако теперь, по собственному мнению, нуждался в более директивном вмешательстве в связи с большим количеством проблем: он чувствовал себя неудачником, почти не имел друзей, отношения с женой оставляли желать лучшего, в общем, испытывал потребность в конкретных рекомендациях. Он интересовался социальными науками, прочел много литературы о теориях личности и психотерапии и полагал, что психология по Адлеру подходит ему лучше других. «В ней меньше дерьма», — так кратко и емко он выразился.

Сессия 4

«Терапевт. Доброе утро. Как ваши дела?

Пациент. Неплохо. Я размышлял о ранних воспоминаниях и ваших интерпретациях. Они кажутся мне упрощенными.

Т. Возможно. Психотерапия по Адлеру опирается на здравый смысл. Многим людям необходимы усложнения. Люди по природе своей парадоксальны, одновременно просты и сложны. Давайте все же попробуем избежать каких-либо суждений о теории Адлера. Возникли ли у вас другие мысли?

П. Я опять заплакал при воспоминании об отце. Его нет на свете вот уже более 35 лет. Я его практически не помню. Точнее, у меня сохранились некоторые воспоминания. Некоторые из них связаны с насилием, другие нет, но все они очень эмоциональны. Потом я вспомнил, что мать меня сильно наказывала, но почему-то не смог восстановить в памяти ни одной подобной сцены. У меня в голове все перемешалось. Вся моя жизнь была чередой эпизодов насилия. В детстве меня постоянно наказывали учителя, били дети на улице и собственная мать.

Т. Позвольте мне проанализировать ваш жизненный стиль, а затем мы попытаемся вам помочь. Ознакомившись с вашими материалами, вот к какому выводу я пришел. Однако я прошу вас иметь в виду, что это все лишь предположения. Готовы?»

Рональд был старшим из шести братьев. Ожидалось, что он заменит своим родителям первых двух умерших близнецов, Роберта и Альберта, даже его имя включало в себя эти два имени. После него родились и вскоре умерли еще двое мальчиков, в итоге из пятерых сыновей остался в живых лишь Рональд. (Шестой ребенок Альберт выжил и был на пять лет моложе Рональда.) Мать обращалась с ним, как с принцем. Он всегда был прав. Он стал маленьким деспотом, его никто не мог урезонить. Родители во всем ему потакали. Он добивался своего любой ценой. Его отец был чрезвычайно вспыльчив и легко выходил из себя. Он остро реагировал на ребенка, который, возможно, успешно выигрывал соревнование за внимание матери. Как-то в сердцах мать сказала, что довольна тем, что отец умер. Рональд начал издеваться над младшим братом [Альбертом]. Впоследствии мать от него устала, возможно, сочтя его косвенно виновным в смерти отца, и стала часто наказывать. Несмотря на это Рональд постоянно ввязывался в драки, ему сильно доставалось от матери, школьной администрации и детей на улице. Весь мир был против него. Друзей у него не было.

Рональд испытывал сильные и противоречивые чувства к женщинам. Он одновременно уважал и боялся их. Мужчин он боялся, но не уважал, в каждом мужчине видел врага.

Чрезмерно озабоченный борьбой за власть, он ввязывался в ненужную борьбу, наживал себе врагов и не давал проявиться своим хорошим качествам.

Индивидуальная логика (из ранних воспоминаний)

Я не знаю, где мое место, я сомневаюсь также в том, что кому-нибудь нужен. Я делаю, что хочу, но все люди настроены против меня, пытаются меня поймать и наказать. Мне никогда не удастся спастись. Каждый норовит меня схватить. Приходится прилагать громадные усилия, чтобы добиться своего. Я испытываю уважение к женщинам и признаю их превосходство, грубых мужчин я боюсь. Какой смысл в борьбе, если всегда терпишь поражение.

Базисные ошибки

1. Он по существу — пессимист и не верит в свой успех.
2. Он чрезмерно боится мужчин и без необходимости выказывает им свою враждебность.
3. Он чрезмерно зависит от женщин и опасается их.
4. Его действие вызывают в других враждебную реакцию.
5. Он мало осознает свое поведение, замечает других, но не себя.

Ценные качества

1. Он очень смышлен и обладает творческими способностями.
2. Он представляется открытым для понимания.
3. Он испытывает к людям сильные чувства.

«Т. Итак, Рональд, я представляю вас примерно таким. Это ваш жизненный стиль. Пожалуйста, помните, что это предварительный диагноз. Что вы можете из этого извлечь?»

П. Мне кажется, что гора родила мышь. Во всем этом нет ничего нового или необычного. Кроме того, с большинством этих выводов я не могу согласиться. Я просто не понимаю, откуда вы все это взяли.

Т. Что именно вы имеете в виду?

П. Например, первую базисную ошибку, мой пессимизм. Лично я считаю себя оптимистом. Я рискую. Я постоянно чем-то занят, я не стою на месте. По натуре я игрок.

Т. Тут я с вами согласен, но ваше кредо звучит так: «Не стоит беспокоиться; все всегда идет не так, как надо». На самом деле в одном я уверен точно: вы законченный пессимист, вам кажется, что все настроены против вас, что вы не можете иметь друзей, что окружающие хотят вас обмануть, профессорам вы не нравитесь. Вы абсолютно убеждены в том, что весь мир против вас.

П. Но это действительно так!

Т. Конечно, это так. Но позвольте мне сделать небольшое примечание. Это так, потому что вы постарались на славу, вы сделали для этого все что могли, и продолжаете это делать. Например, возьмем наши с вами отношения. Как вы ко мне относитесь?

П. Я с вами честен. Я высказываюсь откровенно.

Т. Да, но что именно вы сказали?

П. Что я в вас не уверен. Это действительно так!

Т. Вы оскорбили меня. Вы сказали мне, что я недостаточно умен. Вы открыто и честно выразили мне свое неуважение. Как психотерапевта меня это не беспокоит, но мне больно как человеку. В действительности вы попытались продемонстрировать свое превосходство. Как психотерапевт, я знаю, что это лишь видимость; в действительности вы, скорее всего, ощущаете свою неполноценность. Вы отказываетесь верить, что я или кто-либо еще может хорошо к вам относиться, что мы не станем вас наказывать, но вы отказываетесь осознать свой пессимизм по поводу принятия вас окружающими, который и заставляет вас нападать на других людей. Когда они начинают мстить, вы развязываете открытую войну.

П. Мне хотелось бы уточнить ваши слова. Вы считаете, что я нападаю первым?

Т. Вы вызываете враждебную реакцию с помощью вашей так называемой честности и насмешек. Естественно, люди реагируют на вашу агрессию враждебным к вам отношением. Вы не осознаете того, что делаете. Вы замечаете лишь то, как реагируют на вас окружающие. Однако в основе вашей враждебности лежит пессимизм. Вам кажется, что на вас намереваются напасть, поэтому вы считаете необходимым заставить их поостеречься.

П. Боже мой! Вы, кажется, хотите меня убедить в том, что я сам провоцирую окружающих. Я ожидаю нападения, поэтому атакую первым. Это совершенно нелепо. Я еще и виноват во всем. Не могу с этим согласиться. А как вы объясните мои плохие отметки в школе, если я такой смышленный? Почему я был средним учеником в школе, однако при сдаче вступительных экзаменов в колледж оказался среди лучших? Почему я получил степень магистра без единой отметки «отлично», а при тестировании при приеме на работу у меня была высшая оценка? Почему все были настроены против меня?

Т. У вас есть какие-нибудь предположения?

П. Никаких.

Т. Возможно, вы как-то настраиваете людей против себя?

П. Во всяком случае, неумышленно.

Т. Я повторяю свой вопрос.

П. Должно быть, так. Но я не понимаю, как именно. В конце концов, я прослушал 15 курсов для получения степени магистра. Я учился на совесть. Я знал свой предмет. Это доказывают результаты тестирования. Как я мог оказаться среди худших учеников по оценкам, а при тестировании получить высшие баллы? И это в моей жизни бывало не раз. Такое впечатление, что я знаю материал, но никто в это не верит... а может быть, дело в чем-то другом.

Т. В чем другом?

П. Возможно, им известно, что я знаю предмет, и они меня за это не любят.

Т. Словно учителя ревнуют вас из-за вашей сообразительности.

П. Не исключено.

Т. Пятнадцать человек ощущают в вас угрозу, все они ставят вам плохие отметки из-за вашего превосходства?

П. Может быть. Возможно, я представляю для них какую-то опасность. А может я гений, и им это известно, они обижены и ставят мне плохие отметки. Один преподаватель не мог прийти на занятие и попросил меня провести занятие за него. Я его заменил. Как вы думаете, какую отметку он мне поставил? — «хорошо»! Как вам это нравится? Или вот совсем свежий случай. Недавно профессор проводил промежуточный экзамен. Я получил высшую оценку. Я был абсолютно уверен в том, что на этот раз мне поставят «отлично». Ничуть не бывало, на сессии я получил «хорошо».

Т. Думаю, вы твердо уверены в одном: вы действительно умны. Вы действительно хорошо знаете учебный материал. Вместе с тем ваши профессора практически единодушно ставят вам низкие отметки. Хорошие знания — плохие отметки. Вы не понимаете, в чем причина этого расхождения. Согласно вашей гипотезе, все дело в ревности. Эти профессора видят, сколь вы незаурядны, поэтому и наказывают вас плохими отметками. Могли бы вы предложить какие-либо иные гипотезы?

П. По-вашему, я как-то настраиваю их против себя! Я этого не замечаю.

Т. Но ведь мы оба пришли к выводу, что вы делаете нечто — например, вызываете в них чувство неполноценности в силу своей гениальности или что-то еще, что объясняет существующее расхождение между вашими хорошими знаниями и плохими отметками?

П. Да, но я по-прежнему не понимаю, что бы это могло быть.

Т. Я тоже, но, учитывая ваш жизненный стиль, мне представляется весьма вероятным, что вы настраиваете их против себя либо проявлениями своей гениальности, либо прямыми нападками.

П. Нападками? Как именно я на них нападаю?

Т. Пока не знаю. Но они оценивают вас предвзято, несмотря на отличные результаты тестирования, продолжают ставить вам плохие отметки.»

На примере одной из сессий мы показали, какого рода вербальное взаимодействие может происходить между психотерапевтом и клиентом. Теперь психотерапевт смог составить некоторое представление о своем клиенте. Он считает клиента склонным к пессимизму, страху, не нашедшим своего места в обществе, жаждущим принятия и, вместе с тем, враждебным, застенчивым в общении и т. д. Он пытается заставить клиента взглянуть на себя объективно. Клиент, однако, отвечает отказом, высказывает объяснения, выдвигает защиты, избегает «присвоения» проблемы. Это и есть сопротивление, которое проявляется при любых формах терапии. Ниже приводится фрагмент более поздней сессии, на которой удалось «расколоть» клиента.

Сессия 10

«*П.* Вы продолжаете убеждать меня, что я настраиваю людей против себя. Я полностью это отрицаю. Я пытаюсь решить все мирно, пытаюсь помогать людям. Я делаю это даже в ущерб себе. Приведу один пример. Вечером в воскресенье мы с женой были приглашены в

гости. Хозяева, Стэн и Эвелин, кроме нас пригласили еще две пары. Стэн отошел к телефону, Эвелин была на кухне, ходила туда и обратно. Мы с женой разговаривали. Две другие пары также беседовали между собой. Ситуация была неловкой. Я попытался исправить положение. Я привлек всеобщее внимание, задав вопрос: «Знаете ли вы игру под названием "Наполеон в холодильнике?"» Приглашенные ответили отрицательно. Я сказал, что это забавная игра, и стал объяснять ее правила. Они были заинтересованы; но в тот момент, когда я уже почти закончил свои объяснения, вошла Эвелин и объявила, что кофе готов. Затем она накричала на Стэна, который все еще говорил по телефону. Он вошел и начал объяснять всем, какой это был важный разговор. Эвелин пошла за кофе. Я вновь попытался договорить про игру, как вдруг один из мужчин поднялся и вышел в уборную. Я плюнул на все. Вот как все получилось. Черт их побери!

Т. Вы считаете это примером того, насколько люди к вам несправедливы? Вы пытаетесь помочь, оживить вечеринку, но это не удается.

П. Верно. В точности так все и было, во всяком случае, с моей точки зрения.

Т. Я представляю себе эту ситуацию совсем иначе.

П. Как же вы объясните то, что произошло?

Т. Во-первых, вы гость в чужом доме. Во-вторых, вы решаете, что все идет не так, как вам бы хотелось. Супруги разговаривают между собой, по-вашему, все должно быть иначе. Итак, вы берете инициативу в свои руки. Принимаете решение поиграть и начинаете объяснять правила игры. Когда хозяева делают то, что хотят, а именно собираются накормить гостей, вы чувствуете, что с вами обошлись несправедливо. Мне представляется, что вы проявили грубость, навязчивость, пытались диктовать свои правила, а когда потерпели неудачу, стали хандрить.»

Клиент пребывал в молчании. Более пяти минут психотерапевт с клиентом глядели друг на друга, не произнося ни слова. Психотерапевт ожидал в волнении, поскольку клиент, который всегда был многословен, теперь, по-видимому, задумался, пытаясь осознать услышанное.

«*П.* Если вы правы, то все объясняется. Мои плохие отметки, отсутствие друзей, увольнение с работы.

Т. Что вы имеете в виду?

П. Я просто хотел развлечь присутствующих.

Т. Не сомневаюсь в этом.

П. Думаю, эти люди, которым я хотел помочь, не одобрили мое поведение. Супруги, которые вновь стали беседовать между собой, меня избегали. Полагаю, я как-то проявил свое неудовольствие.

Т. Вероятно.

П. Мои друзья, возможно, сочли, что я вмешиваюсь в их дела. В конце концов, это был их дом.

Т. Итак, что вы по этому поводу думаете?

П. Возможно, в этом все дело. Я хотел быть хозяином. Как в детстве. Я не мог усидеть между родителями, я сползал с сиденья и принимался исследовать окружающую обстановку. Мне хотелось все делать по-своему.

Т. А что происходило в школе?

П. Дело в том, что я никогда не учился по учебнику. Я читал другую литературу.

Т. Что вы имеете в виду?

П. Например, возьмем биологию. Нам задают одно, а я изучаю другое.

Т. Вы считали, что другие учебники лучше?

П. Я не желал читать то же самое, что и все.

Т. Почему?

П. Не знаю. Возможно, все дело в том, что я хотел быть хозяином положения, хотел делать все по-своему, словно хотел учиться, но не желал никому подчиняться. Словно не доверял своим преподавателям. Я желал с ними соревноваться, что-то вроде этого. Думаю, что я им не доверял. Хотел делать все по-своему.

Т. Можете ли вы сформулировать все это более четко?

Л. Все сходится. Я боюсь людей, особенно мужчин. Они могут причинить мне вред. Я должен не дать им руководить мной. Поэтому, пытаюсь освободиться от их влияния, я делаю глупости, как тогда, когда я слез с сиденья в поезде, или я вывожу их из себя, например, когда привел отца в ярость, нарочно спутав веревку. Это чистое безумие.»

Заключение и оценка

Заключение. Система Адлера опирается на телеологию, холизм, познание, сознание, целостность, социальную психологию, теорию поля и жизненные ценности. Она не отрицает влияния биологии и окружающей среды, однако, основная ответственность возлагается на индивида как на творца собственной судьбы. Это психология использования, а не обладания: в конечном счете главное значение имеет не то, чем мы обладаем, а то, как мы распоряжаемся тем, чем обладаем. Для Адлера чувство неполноценности и стремление к превосходству (или значимости, завершенности) лежит в основе человеческого поведения. Степень социального интереса придает этому поведению позитивное или негативное направление.

Психотерапия по Адлеру описывается как обучающая, основанная на сотрудничестве, по природе своей предполагающая отношения типа учитель—ученик. Считается, что она имеет четыре этапа: взаимоотношения, жизненный стиль, оценка и анализ, инсайт и переориентация. Ее цели заключаются в ослаблении неполноценности, пробуждении или усилении социального интереса, модификации дисфункциональных убеждений, лежащих в основе жизненного стиля. Техники терапии по Адлеру заметно варьируют, при применении этот подход выглядит более эклектичным, чем любой другой.

Оценка. В системе Адлера привлекает сосредоточенность на телеологии, социальной стороне, росте и жизненных ценностях. Всю теорию и собственно терапию пронизывает оптимизм. Психология Адлера есть психология возможностей или, как уже говорилось, использования, а не обладания. Взгляды Адлера составляют интересный контраст с детерминистской моделью Фрейда и вызывают к себе неизменно теплые чувства.

Теория Адлера легка для понимания и усвоения. Она не обременена сложными, запутанными концепциями и терминологией. Это простая, дружественная для пользователя теория. Ее называют «точкой зрения здравого смысла» (*common-sense view*). По нашему мнению, это одна из наиболее сильных ее сторон.

Благодаря дружественной для пользователя природе теории Адлера, она имела и продолжает иметь успех в кругах преподавателей, в частности, благодаря программам *STEP*, *STEP/Teen* и *STET* (Dinkmeyer & McKay, 1976, 1983; Dinkmeyer, McKay & Dinkmeyer, 1980). Она оказалась полезной для тренинга обогащения супружеских отношений (Dinkmeyer & Carlson, 1984) и оказала влияние на супружескую и семейную психотерапию (Dinkmeyer & Dinkmeyer, 1982, 1983). В данной главе мы уделяем первоочередное внимание индивидуальной психотерапии, однако, влияние концепций и принципов теории Адлера на другие области заслуживает, как минимум, упоминания.

В системе Адлера привлекательным для нас является его взгляд на терапию как на сотрудничество, как на систему, связанную с уважительным отношением к пациенту, представляющую собой взаимодействие равноправных участников. Эти особенности представляются ключевыми для любого плодотворного вмешательства, поэтому вполне закономерно, что Адлер придавал им столь большое значение.

Наряду с сильными сторонами теории, однако, следует упомянуть некоторые ее слабые моменты или, во всяком случае, поставить соответствующие вопросы. Во-первых, не слишком ли много времени отводится на оценивание и анализ жизненного стиля в терапии по Адлеру? Конечно, последователи Адлера сильно разнятся по способам проведения анализа жизненного стиля, однако, некоторые из них без колебаний посвящают этому занятию несколько часов в самом начале терапии. Действительно ли это необходимо? Конечно, эти самые последователи ответят утвердительно, но все же этот вопрос заслуживает внимания. Эллис (Ellis, 1992), например, выражает восхищение подходом Адлера, однако делает

оговорку о возможной переоценке значимости анализа жизненного стиля. Вполне возможно, что базисные ошибки и другие важные сведения относительно жизненного стиля у многих пациентов проявятся в начале терапевтического процесса и без специального оценивания и анализа этого стиля.

Несмотря на то что мы высоко ценим поддержку Адлером терапевтических взаимоотношений сотрудничества и равноправия, его собственная работа, как и работа некоторых его последователей, характеризовалась директивностью. Сама по себе терапия скорее является «подталкивающей», «конфронтационной», «с доминированием психотерапевта». Подобные вмешательства предполагают сотрудничество и равноправие на одном уровне и вместе с тем связаны на другом уровне с совершенно иным — несут идею о главенстве психотерапевта, его «истинном знании» и способности все исправить. Во всяком случае, эти соображения следует учитывать, когда идет речь о практике терапии по Адлеру.

Как уже говорилось, теория Адлера является весьма характерной и помогает по-новому взглянуть на личностные особенности людей. На практике, однако, терапия Адлера представляется весьма эклектичным способом лечения. Если техника не противоречит теории, если она работает, ее следует использовать. С одной стороны, это можно считать положительным качеством, отражающим гибкость и открытость психотерапевта. Но с другой стороны, оказывается, что все или почти все техники подходят к теории Адлера. Во всяком случае, можно утверждать, что практически любая техника, будь то «поощрение», «систематическая десенсибилизация», «молчание психотерапевта», «рационально-эмотивное воображение», или даже «терапия криком» (*scream therapy*), в той или иной степени способна ослабить чувство неполноценности и усилить стремление к завершенности. Если это действительно так, то любая техника потенциально является «адлеровской». Неясно, что делает технику «не адлеровской». Если же все и вся в принципе имеет какое-то отношение к теории Адлера, можно утверждать, что терапия по Адлеру в действительности является некоей смесью, особой формой эклектизма. Все эти вопросы также требуют дальнейшего изучения.

Для более глубокой проработки этого вопроса следует упомянуть, что наиболее характерные практические идеи Адлера, в частности, «избегание Смоляного Чучелка», представляют собой скорее базисные операционные принципы терапии, чем техники, как таковые. Все психотерапевты, так или иначе, стремятся «избежать **Смоляного Чучелка**», не так ли? Что касается других практических приемов, например, «плевок в суп», как часто его нужно применять, чтобы воздействовать на базисные ошибки, дисфункциональный стереотип жизненного стиля, чтобы достичь изменений, краткосрочных или долговременных? Все эти важные вопросы стоит иметь в виду, обращаясь к техникам психотерапии по Адлеру.

Обсудив некоторые вопросы терапии по Адлеру, давайте перейдем к результатам исследований. Имеются ли практические свидетельства эффективности этой терапии? Более 30 лет назад Роттер (Rotter, 1962) призывал провести исследования психологической теории Адлера. В некоторых аспектах это было выполнено — появились результаты многочисленных исследований, посвященных концепциям Адлера, в частности порядковому номеру рождения, ранним воспоминаниям и социальному интересу (см. Watkins, 1992a, 1992b, 1992c, 1994). А как обстоят дела с терапией по Адлеру? В этой области, к сожалению, исследований не так уж много. В целом последователи Адлера не склонны анализировать эффективность своей терапии. Целый ряд работ, выполненных как последователями Адлера, так и независимыми исследователями, посвящен парадоксальным стратегиям, эффективность которых может считаться подтвержденной (например, Hill, 1987). Кроме того, если рассматривать терапию по Адлеру как «когнитивное вмешательство», тогда свидетельства эффективности когнитивной терапии и рационально-эмотивной терапии могут считаться и доказательствами в пользу терапии по Адлеру. Вместе с тем правомерность таких обобщений нуждается в дополнительном изучении.

Вероятно, по этому вопросу можно дать единственную рекомендацию: направления исследований, которые в настоящее время охватывают некоторые конструкты Адлера, должны распространяться также на терапию по Адлеру в целом. Призыв Роттера (Rotter, 1962) был отчасти услышан, однако, что касается терапии по Адлеру как таковой, оказывается, что никто серьезно этим не занимался.

Кто будет нести факел индивидуальной психологии Адлера и адлерианской терапии в будущем? В США действует созданная еще Адлером ассоциация — Североамериканское общество адлерианской психологии — довольно активная группа, в которую входят психотерапевты, консультанты и педагоги. На международном уровне существует Международное общество индивидуальной психологии. Основанный Адлером журнал *Individual Psychology: The Journal of Adlerian Theory, Research, and Practice* выходит четыре раза в год; два его номера обычно посвящены теории/исследованиям, а другие два — практическим аспектам. Эти ассоциации и издания, наряду с другими, развивают и дополняют идеи Адлера. Интерес к теории Адлера проявился в недавних переводах его работ (Brett, 1992; см. также обзор Ansbacher, 1994).

Наряду с вышесказанным следует отметить, что в рядах адлерианцев раздается призыв идти «дальше Адлера». Впервые это прозвучало из уст Карлсона (Carlson, 1989), который обратился к последователям Адлера с призывом «приспособить идеи Адлера к современным реалиям, которых не было в 1920-е гг.» (р. 411). Он продолжает: «Если психология Адлера будет продолжать существовать... мы должны стать неoadлерианцами, должны объединить наши идеи и техники с методами других подходов, уже доказавшими свою эффективность» (р. 413). Слова Карлсона были услышаны; вышла статья (Hartshorne, 1991), в которой говорилось следующее: «большая часть того, что мы, как последователи Адлера, делаем, это переименование костей Адлера и Дрейкурса в попытке выявить их значение, вместо того, чтобы похоронить их и стать их наследниками» (р. 322). Слова Карлсона также привели к выходу специального номера *Individual Psychology*, который был озаглавлен «Дальше Адлера» (Huber, 1991).

Сейчас трудно сказать точно, какие именно изменения произойдут в будущем с адлерианской психотерапией. Однако многие современные последователи Адлера испытывают стремление к обновлению взглядов Адлера, расширению сферы их применения. Возможность пойти «дальше Адлера» открывает перед адлерианской психотерапией интересные перспективы.

Глава 4. Психоаналитическая теория объектных отношений и терапия: Фэйрберн, Винникот и Гантрип

Данная глава отличается от остальных глав книги. Если в других главах представлен вклад одного главного теоретика данного направления (например, Фрейда, Юнга или Адлера), эта глава посвящена направлению психоаналитической терапии, в развитие которого внесли вклад несколько теоретиков. Это представляется оправданным, поскольку школа объектных отношений заметно проявила себя за последние десятилетия и в настоящее время является основным направлением психоаналитической мысли. Как отметили Гринберг и Митчелл (Greenberg & Mitchell, 1983): «основное внимание психоанализа в настоящее время сосредоточено на взаимоотношениях людей, то есть на проблеме объектных отношений» (р. 2).

Непросто было принять решение о том, кого из теоретиков объектных отношений включить в данную главу. Значимый вклад в развитие этой школы мысли внесли многие исследователи, в том числе Маргарет Малер, Гарри Стек Салливан, Мелани Кляйн и Михаэль Балинт. Однако, согласно нашим наблюдениям, наибольшее внимание и интерес привлекли работы У. Р. Д. Фэйрберна, который является представителем британской школы объектных отношений. Считается, что Фэйрберн представил «наиболее систематическое и всеобъемлющее описание теории объектных отношений» (Eagle & Wolitzky, 1992, р. 127); кроме того, Фэйрберна называют «создателем системы» (Greenberg & Mitchell, 1983), поскольку он разработал и собственную теорию. По этим соображениям основное внимание в данной главе будет уделено его теории.

Упоминания заслуживают и два других представителя британской школы — Д. У. Винникот и Гарри Гантрип. Винникот предложил такие термины, как «достаточно хорошее материнство» (*good enough mothering*) и «фасилитирующее окружение» (*facilitating environment*); некоторые его работы считались «подлинно революционными... хотя и

выполненными в рамках психоанализа» (Guntrip, 1973, p. 122). Гантрип, который проходил психоанализ у Фэйрберна и Винникота (см. Guntrip, 1975), дал прекрасное описание шизоидных проявлений и дополнил теорию Фэйрберна; принято считать, что он продвинул теорию объектных отношений «в весьма специфическом направлении, в соответствии с собственным уникальным видением человеческих переживаний и страданий» (Greenberg & Mitchell, 1983, p. 210). Однако Гантрип и Винникот, в отличие от Фэйрберна, не создали собственных систем; они преимущественно занимались развитием чужих теорий. По этим причинам о них будет сказано коротко. Таким образом, данная глава будет посвящена вкладу трех исследователей. Более подробное и всестороннее описание их теорий, а также работ других теоретиков объектных отношений можно найти в великолепной книге Гринберга и Митчелла (Greenberg and Mitchell, 1983).

Теория объектных отношений — это «психоаналитическая теория, в которой центральное место отводится потребности субъекта быть так или иначе связанным с объектами, в отличие от теории инстинкта, которая сосредоточена на потребности субъекта ослабить инстинктивное напряжение» (Rycroft, 1973, p. 101). Чтобы еще четче разграничить эту теорию с теорией Фрейда, Гантрип (Guntrip, 1973) писал: «Теория объектных отношений... это результат освобождения свойственного Фрейду психодинамического личностного мышления от... связи с... [его] естественнонаучным, обезличенным, интеллектуальным наследием» (p. 20). Таким образом, теория объектных отношений характеризуется заметным смещением акцента — от поиска удовольствия к поиску объекта (Butler & Strupp, 1991). Следовательно, «первоочередной задачей теоретиков объектных отношений является выяснение той роли, которую играют человеческие взаимоотношения в развитии личности» (там же, 1991, p. 520). Далее мы попытаемся продемонстрировать, что это действительно так для Фэйрберна, Винникота и Гантрипа.

Становление и развитие

Подобно Томпсону (Thompson, 1957), о котором шла речь в главе 1, Рапапорт (Rapaport, 1959) также изучал эволюцию психоаналитической теории и выделил в ее развитии четыре периода, начиная с конца XIX в. и заканчивая концом 1950-х гг. Вначале идут работы Фрейда до 1900 г., когда он сотрудничал с Брейером и ввел концепцию защиты. Далее следует период 1897-1923 гг., когда основное внимание уделялось инстинктивным влечениям и бессознательной фантазии. В 1923-1937 гг. сформировалась структурная теория Фрейда и была пересмотрена его теория тревожности. На протяжении 1937-1959 гг. возникла и стала совершенствоваться Эго-психология, вышла классическая книга Гейнца Гартмана «Эго-психология и проблема адаптации» (*Ego Psychology and the Problem of Adaptation*, 1939/1958).

Основываясь на выделенных Рапапортом четырех периодах, другие исследователи продолжили периодизацию (Blanck & Blanck, 1986). Они дали 1923-1937 гг. наименование периода ранней Эго-психологии, а 1937-1975 гг. обозначили как период поздней Эго-психологии (см. Blanck & Blanck, 1974). Начиная с 1975 г. Бланк и Бланк отметили дальнейший прогресс психоаналитической теории — она оформилась в психоаналитическую психологию развития (Blanck & Blanck, 1979) и теорию развития объектных отношений (Blanck & Blanck, 1986). В соответствии с новым расцветом психоаналитической теории после 1975 г., Игл и Волицки (Eagle & Wolitzky, 1992) отметили, что «преимущественно в последние 20 лет британские теоретики объектных отношений... оказали значительное влияние на американский психоанализ» (p. 110). Параллельно развитию теории объектных отношений происходило следующее: переходы а) от модели влечения/структуры к модели отношения/структуры (Greenberg & Mitchell, 1983); б) от «модели разрядки влечений к персональной точке зрения»; в) от «проникновения в суть бессознательных конфликтов (преимущественно эдиповых) к факторам взаимоотношений и их значимости для терапии при устранении ранних дефектов, дефицитов и задержек развития» (Eagle & Wolitzky, 1992, p. 110).

Если пик развития теории объектных отношений в американском психоанализе пришелся на последние 20-25 лет, важно иметь в виду, что три главных ее основателя —

Фэйрберн, Винникот и Гантрип — писали про объектные отношения задолго до этого. Целый ряд публикаций Фэйрберна и Винникота появился в 1940-1950 гг., а работы Гантрипа выходили преимущественно в 1950-1960-х гг. Хотя большая часть этих работ была написана почти полвека назад, потребовалось некоторое время, чтобы высказанные идеи были осознаны и органично влились в американскую психологию.

Некоторые основные концепции

Прежде чем излагать теоретические идеи Фэйрберна, Винникота и Гантрипа, обратимся к некоторым их концепциям. Эти определения в основном позаимствованы из двух источников: *A Critical Dictionary of Psychoanalysis* (Rycroft, 1973) и *Self and Others: Object Relations Theory in Practice* (Hamilton, 1988) (ср. Dorpat, 1981).

Объект. «В психоаналитической литературе объекты — это почти всегда люди, части людей или символы того или другого. Эта терминология часто ставит в тупик читателя, привыкшего к пониманию "объекта" как "вещи", то есть чего-то неодушевленного» (Rycroft, 1973, p. 100). Объекты могут быть внутренними или внешними, хорошими или плохими. «Внешний объект представляет собой [действительно существующего]... человека, место или вещь, наделяемые эмоциональной энергией [например, то, что мы видим или может потрогать]. Внутренним объектом является идея, фантазия или воспоминание, относящиеся к человеку, месту или вещи» (Hamilton, 1988, p. 7).

Репрезентация объекта. «Мысленное представление объекта» (Rycroft, 1973, p. 101).

«Я». «Сознательные и бессознательные мысленные репрезентации, относящиеся к собственной персоне. ...Внутренний образ» (Hamilton, 1988, p. 12).

Я-репрезентация. Поскольку ««Я» определяется как "мысленная репрезентация", определение Я-репрезентации такое же, а именно, это мысленное представление себя».

Я-объект. «В чем состоит различие между «Я» и объектом... неясно, поэтому все это называется Я-объектом» (Hamilton, 1988, p. 20). Здесь речь идет об отсутствии границ, когда смешиваются понятия собственного «Я» и объекта. Примером тому может служить сплавление, объединение переживаний.

Частичный объект. «Объект, являющийся частью человека, например пенис или грудь. Различия между целостным [определение дано ниже] и частичным объектом заключаются... [соответственно] в том, что целостный объект воспринимается как человек, чувства и потребности которого не менее важны, чем собственные чувства и потребности индивида, в то время как частичный объект воспринимается исключительно как нечто, служащее для удовлетворения собственных потребностей индивида» (Rycroft, 1973, p. 101).

Целостный объект. «Объект, который признается субъектом как имеющий с ним сходные права, чувства, потребности и т. д. (Rycroft, 1973, p. 102). Это означает способность реагировать на окружающих, как на чувствующих, дышащих людей со своими надеждами, опасениями, сильными и слабыми сторонами. Осознание частичного объекта, однако, даже не приближается к этому уровню.

Объектные отношения. Речь идет о «структурных и динамических взаимоотношениях между Я-репрезентациями и репрезентациями объекта...» (Horner, 1984, p. 4). Хорнер (Horner, 1991) указывает, что эти «репрезентации» представляют собой «сложные когнитивные схемы, устойчивую организацию психических элементов...» (p. 7). Следующая цитата проясняет важность этих вопросов.

«Функция внутренних объектных отношений является своеобразным шаблоном, который определяет чувства, убеждения, ожидания, страхи, желания и эмоции индивида по поводу важных межличностных взаимоотношений. Важно помнить о том, что эти интрапсихические образы не являются точными копиями раннего опыта, а сконструированы маленьким ребенком с его ограниченными познавательными возможностями и примитивными механизмами мышления. Таким образом, внутренний мир представляет собой сплав реального опыта и восприятия с мысленными репрезентациями, которые эволюционируют с ранних лет в соответствии с развитием когнитивных способностей ребенка и его актуальными переживаниями.» (Horner, 1991, p. 8)

(Хотелось бы отметить, что упоминание о схемах и утверждение, что образы «сконструированы маленьким ребенком с его ограниченными познавательными возможностями и примитивными механизмами мышления» весьма напоминают взгляды Адлера; см. главу 3; то же самое отметил и Сперри (Sperry, 1992).)

Постоянство объекта. «Способность поддерживать устойчивые взаимоотношения со специфическим, единичным объектом; или, наоборот, склонность отвергать замещения знакомого объекта, например, ребенок, проявляющий постоянство объекта, отвергает материнские ухаживания всех, кроме собственной матери, тоскует в ее отсутствие» (Ruscroft, 1973, p. 100). Маргарет Малер, внесшая заметный вклад в наше понимание развития объектных отношений, рассматривала постоянство объекта таким образом: «способность распознавать и выдерживать любовные и враждебные чувства в отношении одного и того же объекта; способность концентрировать чувства на конкретном объекте; способность ценить объект за те его качества, которые не связаны с его функцией удовлетворения потребностей» (Mahler, Pine, & Bergman, 1975, p. 328). Если процесс развития объектных отношений идет в нужном направлении, достигается постоянство объекта; кроме того, наблюдается укрепление идентичности.

Выводы. Вот некоторые базисные концепции, характерные для теории объектных отношений в целом, и для работ Фэйрберна, Винникота и Гантрипа, в частности. Таким образом, мы видим, что под термином **объект** подразумевается мысленная репрезентация человека или части человека (например, материнской груди), что объекты могут быть целостными или частичными, что они могут представляться в «хорошем» или «плохом» качестве (хорошее равносильно дающему удовлетворение, а плохое — не дающему удовлетворения), и что объектные отношения есть наши представления о своем «Я» и объектных схемах, а также о взаимодействиях между ними.

Теоретики объектных отношений проявляли особый интерес к ранним годам жизни, поскольку наши «образы «Я» и образы объекта строятся из бесчисленных повседневных аффективных переживаний, которые сопровождают индивида с первого дня жизни или даже с более раннего периода» (Blanck & Blanck, 1986, p. 50). Кроме того, много внимания уделяется отношениям младенца с человеком, осуществляющим за ним основной уход, обычно матерью. «Независимо от генетических особенностей младенца способность или неспособность матери налаживать отношения с ним является необходимым условием психического здоровья ребенка. Хороший родитель, находящийся рядом с ребенком с первых дней жизни, является залогом психического здоровья» (Guntrip, 1975, p. 156). В литературе описан ряд примеров гармоничных и негармоничных пар мать—ребенок, причем взаимодействие каждой из них влияет на типы объектных отношений, которые со временем разовьются у ребенка (например, Blanck & Blanck, 1986, pp. 51-52).

Фэйрберн

Биографический очерк. Уильям Рональд Додж Фэйрберн родился в Эдинбурге, Шотландия, в 1889 г. Он получил образование в школе *Merchiston Castle School*, затем в Эдинбургском университете, его дипломная работа была посвящена богословию и древнегреческому языку. Он принимал участие в Первой мировой войне, позднее получил медицинскую степень и в течение года работал в психиатрической клинике, затем занялся частной практикой (до самой своей смерти в 1964 г.). Он занимал следующие должности: лектор по психологии в Эдинбургском университете, психиатр в Университетской психологической клинике для детей, приглашенный психиатр больницы *Carstairs Hospital*, психиатр-консультант Министерства пенсий и пособий.

Наряду с многочисленными отличиями, Фэйрберн был членом Британского психоаналитического общества, ему был посвящен специальный выпуск журнала *British Journal of Medical Psychology*. Его работы публиковались в таких журналах, как *International Journal of Psychoanalysis* (например, Fairbairn, 1941, 1958, 1963) и *British Journal of Medical Psychology* (Fairbairn, 1952b, 1954, 1955). Многие из его статей вошли в сборник *Psychoanalytical Studies of the Personality* (1952a), который был выпущен в Англии. Эта же книга была опубликована в Америке под названием *An Object-Relations Theory of the Personality* в

1954 г.

Фэйрберн был женат, имел дочь и двух сыновей. Его жена умерла в 1952 г. Он повторно женился семь лет спустя. Умер он в 1964 г. в возрасте 76 лет. (Источник биографической информации: Sutherland, 1965.)

Отличия от Фрейда. Взгляды Фэйрберна имеют много общего с фрейдистской теорией либидо. Основное, наиболее важное различие между ними заключается в одном фундаментальном допущении: либидо, по мнению Фэйрберна, было направлено на поиск объекта (поиск других) в противовес поиску удовольствия.

«Несмотря на то что просматривается прямая аналогия между моими теперешними взглядами и теорией Фрейда, развитие моих взглядов идет совершенно иным путем, который постепенно отклоняется от исторического развития теории Фрейда. Расхождение наших путей допускает лишь одно объяснение — различие определенных теоретических принципов. Главные различия нетрудно выявить. Их всего два. Прежде всего, несмотря на то что система взглядов Фрейда была посвящена объектным отношениям, он придерживался принципа, что либидо преимущественно пребывает в поиске удовольствия, то есть не имеет направленности. Напротив, я полагаю, что либидо преимущественно нацелено на поиск объекта, то есть имеет направленность... Во-вторых, Фрейд считает импульс (психическую энергию) теоретически отличным от структуры, в то время как я не разделяю этой точки зрения и придерживаюсь принципа динамической структуры» (Fairbairn, 1954, p. 126).

Впоследствии взгляды Фэйрберна стали принципиально отличаться от теории Фрейда: он утверждал, что не только либидо нацелено на поиск объекта, но и энергия и структура неотделимы друг от друга. По мнению Фэйрберна, представления Фрейда об импульсе и структуре претерпели сильное влияние «научной атмосферы девятнадцатого века..., [в которой] доминировали концепции Гельмгольца о физической вселенной, состоящей из смеси инертных, неизменных и неделимых частиц, приводимых в движение определенным количеством существующей независимо от них энергии» (там же, pp. 126-127). Однако, независимо от причин формирования взглядов Фрейда, Фэйрберн их не разделял.

Еще одно различие между Фрейдом и Фэйрберном обнаруживается в следующем: «Чистая личность ребенка состоит из единого динамического Эго» (Fairbairn, 1954, p. 107). Вот как Гантрип (1973, pp. 92-93), проводник идей Фэйрберна (см. также Гантрип, 1961), это сформулировал:

«Ребенок вступает в жизнь как целостная психическая самость, пусть примитивная, неразвитая и недифференцированная... Фэйрберн полагал, что нам следует осознавать фундаментальную динамическую целостность человека, наиболее важную его естественную характеристику... Он видел человека не состоящим из слоев, подобно кирпичной стене, а как психосоматическое целое.»

Кроме того, Фэйрберн не был согласен с представлениями Фрейда об эrogenных зонах (в частности, оральной, анальной, фаллической). Концепция эrogenных зон была пересмотрена; они стали средством объектных отношений; именно с их помощью происходил поиск объекта.

«Концепция фундаментальных эrogenных зон представляет весьма шаткую основу для всякой теории либидинального развития, поскольку не учитывает того, что функция либидинального удовольствия заключается в указании объекта. Согласно [фрейдовской] концепции эrogenных зон объект считается указанием на либидинальное удовольствие; таким образом, телега ставится впереди лошади» (Fairbairn, 1954, p. 33).

Развитие личности. Фэйрберн (Fairbairn, 1954) описал последовательность этапов или схему развития объектных отношений. В его представлении, отличительной особенностью было то, что схема эта «исходила из природы объектных отношений, а либидинальная установка [была] отодвинута на второе место» (p. 39). Его схема включала три стадии.

«I. Стадия инфантильной зависимости, которая преимущественно характеризуется установкой на то, чтобы брать.

1. Ранняя оральная стадия — инкорпорация — сосание или кусание (до-амбивалентная).

2. Поздняя оральная стадия — инкорпорация — сосание или кусание (амбивалентная).

II. Стадия перехода от инфантильной зависимости к зрелой зависимости, или стадия

квазизависимости — дихотомия и экстериоризация инкорпорированного объекта.

III. Стадия зрелой зависимости, которая преимущественно характеризуется установкой на то, чтобы отдавать — принимаемые и отвергаемые экстериоризованные объекты» (Fairbairn, 1954, p. 39).

«Норма развития объектных отношений соответствует данной... схеме» (там же, p. 38).

Стадии I соответствует ранний этап развития ребенка, грудное вскармливание, способность брать с помощью рта. Это время формирования первых объектных отношений. «Младенец полностью зависит от своего объекта, не только в плане существования и физического благополучия, но и для удовлетворения психологических потребностей» (там же, p. 47).

Фэйрберн указывал, что разные объекты привлекают внимание на разных этапах развития; по его мнению, материнская грудь — частичный объект — соответствует ранней оральной стадии I, в то время как «мать с грудью — целостный объект, к которому относятся как к частичному объекту» (там же, p. 41), соответствует поздней оральной стадии I.

На стадии II фокус смещается к целостным объектным отношениям более высокого порядка. «Между... инфантильной и зрелой зависимостью лежит переходный этап, который характеризуется усиливающейся тенденцией к отказу от установки на инфантильную зависимость и к принятию установки на зрелую зависимость» (там же, p. 35). Предполагается, что соответствующие стадии II объекты — это «целостные объекты, к которым относятся с учетом их содержания» (там же, p. 41).

На этом этапе обретают важность две концепции — дихотомия объекта и защитные техники. Значение первой обусловлено тем, что «переходный период только начинается, в то время как двойственность поздней оральной стадии [II] уже породила установку, основанную на дихотомии объекта» (там же, p. 35). Дихотомия объекта может быть «определена как процесс, когда исходный объект, на который одновременно направлены любовь и ненависть, замещается двумя объектами — **принимаемым объектом**, на который направлена любовь, и **отвергаемым объектом**, на который направлена ненависть» (там же, p. 35).

Такое раздвоение открывает возможности для использования четырех техник — навязчивых действий, параноидной, истерической и фобической — которые «являются четырьмя альтернативными методами работы с проблемами переходного периода» (там же, p. 146). Эти защитные техники также называются техниками отвержения, хотя они не обязательно по природе своей связаны с отвержением. Раздвоение с помощью этих техник происходит следующим образом (там же, p. 46).

Техника	Принимаемый объект	Отвергаемый объект
Навязчивые действия	Интернализован	Интернализован
Параноидная	Интернализован	Экстернализован
Истерическая	Экстернализован	Интернализован
Фобическая	Экстернализован	Экстернализован

(Фэйрберн позднее говорил, что **отвергаемый объект** должен звучать во множественном числе, *объекты*, поскольку здесь идет речь о «возбуждающих» и «отклоняющих» элементах или объектах; см. приложение к главе 4 в книге 1954 года издания.) Таким образом, каждая техника может считаться средством преодоления ключевого, неразрешенного конфликта переходного периода, причем конфликт состоит в «противоречии между а) стремлением к развитию и достижению установки зрелой зависимости от объекта и б) регрессивным нежеланием отказаться от установки инфантильной зависимости от объекта» (там же, p. 38). В результате всего этого возникает «отделение от объекта — ситуация, одновременно желаемая и пугающая» (там же, p. 46).

На стадии III, зрелой зависимости, фокус перемещается на дифференциацию собственного «Я» и развитие способности отдавать, а не только брать. Объекты, соответствующие этой стадии, определяются как «целостные объекты с половыми органами»

(там же, р. 41). Почему же этот этап по-прежнему считается этапом «зависимости»? «Заключительный этап наиболее точно описывается как... "зрелая зависимость", а не "независимость", поскольку способность к поддержанию отношений неизбежно предполагает зависимость того или иного рода» (там же, р. 145).

Вместе с тем следует понимать, что объектные отношения индивида на стадии III сравнительно лучше развиты и качественно продвинуты. Стадия III «характеризуется способностью со стороны дифференцированного индивида к взаимоотношениям сотрудничества с дифференцированными объектами... Эти взаимоотношения в равной мере включают процессы "брать/давать" между двумя дифференцированными индивидами...» (там же, р. 145). Таким образом, на подходах к стадии III «наблюдается постепенное расширение и развитие взаимоотношений с объектами, начиная с практически исключительных и чрезвычайно зависимых взаимоотношений с матерью и продвигаясь к чрезвычайно сложной системе социальных взаимоотношений всех степеней близости» (там же, р. 144).

Структура личности. Согласно разработанной Фэйрберном теории эндопсихической структуры, существует пять структурных факторов, два динамических фактора и три уровня сознания. Три уровня сознания это бессознательное, предсознательное и сознание. Эти уровни в основном соответствуют уровням, которые были предложены Фрейдом (см. главу 1). Выделяются следующие пять структурных факторов.

1. Центральное Эго.
2. Либидинальное Эго.
3. Внутренний преследователь.
4. Отвергающий объект.
5. Возбуждающий объект.

Центральное Эго представляет собой источник психической жизни и пронизывает сознание, предсознательное и бессознательное, оно

«понимается не как возникающее из чего-либо еще («Ид»), а также не представляет собой пассивное образование, функционирование которого зависит от импульсов с породившей его матрицы... Напротив, «центральное Эго» — это первичная динамическая структура, из которой... происходят другие психические образования» (Fairbairn, 1954, р. 106).

Либидинальное Эго отчасти напоминает «Ид» Фрейда; «вместе с тем, по теории Фрейда, "Эго" является производным "Ид", а в моем представлении "либидинальное Эго" —... это производная от "центрального Эго" (которое соответствует Эго Фрейда)... динамическая структура» (там же, р. 106). По сравнению с центральным Эго, однако, либидинальное Эго описывается как «более инфантильное», «с меньшей степенью организации», «хуже приспособленное к реальности» и «более привязанное к интернализированным объектам» (там же, р. 106).

Внутренний преследователь (*internal saboteur*) описывается как агрессивное, склонное к преследованиям Эго. Вместе с тем Фэйрберн (Fairbairn, 1954) указывает, что внутренний преследователь, который «весьма похож по своим функциям на фрейдовское Суперэго» (р. 108), не идентичен ему; преследователь является «целостной Эго-структурой» (р. 106). Внутренний преследователь позднее получит название антилибидинального Эго.

Интернализированный плохой объект, то есть не приносящие удовлетворения аспекты материнского объекта, разделяется на два: отвергающий объект и возбуждающий объект. Это делается с целью контролировать не дающий удовлетворения объект. **Отвергающий объект** разочаровывает; **возбуждающий объект** прельщает. «Не дающий удовлетворения объект имеет... две грани. С одной стороны, он вызывает разочарование; с другой, искушает и прельщает. В действительности его "плохость" заключается именно в сочетании разочарования с искушением» (там же, р. 111).

Двумя динамическими факторами являются либидо и агрессия. Либидо есть «ориентация на и потребность в отношениях с другими, а не особая форма энергии или чувственности» (Greenberg & Mitchell, 1983, р. 158). Агрессия отлична от либидо, однако подчинена ему. «В то время как я считаю агрессию первичным динамическим фактором, поскольку она не способна разрешиться в либидо... я считаю ее полностью подчиненной либидо, причем не только метафизически, но и метапсихологически» (Fairbairn, 1954, р. 109).

По мнению Фэйрберна, как и следовало ожидать, его теория психической структуры

превосходит фрейдовскую.

«Таким образом, благодаря взаимодействию пяти структурных и двух динамических факторов, моя теория позволяет гораздо большее число перестановок и комбинаций по сравнению с теорией Фрейда... Моя теория обладает всеми качествами объяснительной системы, позволяющей описать психопатологические и характерологические явления любого вида в терминах стереотипов сложных взаимоотношений между разнообразными структурами. Она также дает возможность объяснить психопатологическую симптоматику непосредственно в терминах структурных форм, таким образом, оказывается, что симптомы отнюдь не независимые явления, а служат лишь выражением личности в целом» (Fairbairn, 1954, p. 129).

Психопатология. Истоки психопатологии можно найти в проблемах, возникших либо на этапе инфантильной зависимости, либо в переходном периоде развития. Проблемы на этапе инфантильной зависимости могут привести к возникновению шизофрении и депрессии.

«Шизофрения и депрессия этиологически связаны с нарушениями развития на этапе инфантильной зависимости — шизофрения возникает из трудностей объектных отношений, связанных с сосанием (любовью), а депрессия возникает из трудностей объектных отношений, связанных с кусанием (ненавистью)» (Fairbairn, 1954, p. 163).

Таким образом, эти расстройства отражают фиксацию на инфантильной зависимости или регрессию к ней (Guntrip, 1961).

Проблемы во время переходного периода могут привести к невротическим расстройствам.

«Этиологическая роль симптомов навязчивых состояний, параноидных, истерических и фобических проявлений объясняется тем фактом, что они отражают действие специфических техник, которые использует Эго для преодоления трудностей в объектных отношениях во время переходного периода... Эти четыре переходные техники выполняют защитные функции против возникновения шизоидных и депрессивных тенденций, корни которых лежат в первой стадии Эго-развития» (Fairbairn, 1954, p. 163).

Характерным аффектом для депрессивного состояния является, естественно, депрессия, в то время как для шизоидного состояния мышления — бесплодность.

Выводы. Теория Фэйрберна заметно отличается от взглядов Фрейда — в том, что либидо направлено на поиск объекта, а не удовольствия. Фэйрберн (Fairbairn, 1963) разработал психическую структуру, в которой отсутствует Ид, поскольку все исходит от Эго, которое имеется с рождения. Ранние отношения, в частности с матерью, считаются решающими и критическими для развития объектных отношений. Психопатология имеет свои корни в этих ранних годах жизни и, преимущественно, в ранних взаимоотношениях с лицом, осуществляющим основной уход за ребенком. Вклад Фэйрберна трудно переоценить, его идеи продолжают привлекать значительный интерес (например, Grotstein & Rinsley, 1993). В связи с этим весьма актуальны слова Гантрипа (Guntrip, 1973), сказанные им более 20 лет назад: «Мы должны отдать Фэйрберну должное, признав его единственным психоаналитиком, который... недвусмысленно подчеркнул значимость опыта объектных отношений как решающего фактора, важнейшей предпосылки развития Эго» (p. 101).

Винникот

Биографический очерк. Дональд Вудс Винникот родился в 1896 г. в Плимуте, Англия. Его мать была домохозяйкой, отец торговал галантерейными товарами. У Дональда было две старшие сестры, Вайолет и Кэтлин.

Винникот учился в Кембридже, в школе *Leys School* и колледже *Jesus College*, служил на военном флоте, после чего вернулся в Лондон для завершения медицинского образования (в больнице *Bartholomew's Hospital*). Он начал специализироваться в педиатрии в 1920 г. Винникот занимал следующие посты: консультанта по детской терапии в больнице *Paddington Green Children's Hospital* и *Queen's Hospital*, консультанта по психиатрии в Системе правительственной эвакуации (*Government Evacuation Scheme*). Кроме того, он занимался частной практикой. Ему были присвоены почетные звания члена Королевского колледжа врачей и Британского психологического общества, он был в течение двух сроков президентом

Британского психоаналитического общества и получил медаль Джеймса Спенса в области педиатрии. В этот период сам он проходил психоанализ у Джеймса Стрейчи, а позднее у Джоан Ривьеры.

Винникот был плодовитым писателем. Его перу принадлежат такие книги, как *Clinical Notes on Disorders of Childhood* (1931), *The Child and the Family: First Relationships* (1957), *Collected Papers: Through Paediatrics to Psycho-Analysis* (1958, 1975, 1992), *The Maturation Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development* (1965b), *Playing and Reality* (1971), *Home is Where We Start From: Essays by a Psychoanalyst* (1987), а также *Human Nature* (1988). Его книга *Holding and Interpretation: Fragment of an Analysis* (1986) включает «фрагмент анализа», в котором он выступил в роли психоаналитика. Изданы его избранные письма (Rodman, 1987). Фонд *Squiggle Foundation* ежегодно публикует в Лондоне журнал под названием *Winnicott Studies: The Journal of the Squiggle Foundation*; цель этого издания заключается в изучении и практическом применении высказанных Винникотом идей.

Первый раз Винникот женился в 1923 г. Он развелся спустя 26 лет и вновь женился в 1951 г. Умер он в 1971 г. (Источник биографической информации: Phillips, 1988; ср. Khan, 1971; Tizard, 1971; C. Winnicott, 1978.)

Теоретическая основа. Винникот считал свою работу продолжением усилий Фрейда и Мелани Кляйн; во всяком случае, именно их идеи послужили для него теоретической первоосновой. Вместе с тем Винникот двигался в собственном направлении, отличном от Фрейда или Кляйн. Их различия проявляются, например, в следующем утверждении: «В основе Эго нет Ид» (Winnicott, 1965b, p. 56). Вместе с тем, в отличие от Фэйрберна, Винникот признавал наличие эдиповой и доэдиповой патологии.

Взаимоотношения мать—ребенок. Как педиатр, Винникот имел широкие возможности наблюдать взаимодействие матерей со своими детьми. Винникот считал само это взаимодействие и его развитие во времени критическим фактором роста и развития (или их отсутствия) у ребенка. Предполагалось, что ребенок появляется на свет с унаследованным потенциалом, в частности «с тенденцией к росту и развитию» (Winnicott, 1965a, p. 43). Вместе с тем следует иметь в виду одно важнейшее соображение: **«унаследованный потенциал ребенка не может быть реализован в отсутствие материнской заботы»** (там же, p. 43).

Удовлетворительная родительская забота проходит «три перекрывающих друг друга этапа».

1. Удерживание (*holding*).

2. Проживание матери вместе с ребенком. На этом этапе ребенку ничего не известно о функции отца (по созданию условий для матери).

3. Отец, мать и ребенок живут все втроем» (p. 43).

Удерживание, или «холдинг», важное понятие, подразумевает действительное физическое удерживание, а также «уход» за ребенком. Таким образом, удерживание является одновременно физическим и психологическим. На стадии удерживания происходят многочисленные изменения, связанные с развитием (например, качественные сдвиги в способности индивида к объектным отношениям). Вместе с тем «без достаточно хорошего удерживания этого... не происходит, или уже достигнутые изменения не закрепляются» (p. 45).

Ребенок движется от абсолютной зависимости через относительную к независимости. Благодаря «удерживанию» и заботе со стороны матери, формируется непрерывность бытия. Для описания ухода за ребенком используются такие термины, как **достаточно хороший уход** (*good enough care*), **достаточно хорошее окружение** (*good enough environment*), **среднее ожидаемое окружение** (*average expectable environment*), а также **фасилитирующее окружение**. Эти определения вовсе не означают, что окружение должно быть совершенным, способным удовлетворить абсолютно все потребности ребенка; это невозможно. Напротив, «достаточно хорошее окружение» способно обеспечить постоянный, стабильный, надежный, уход — «достаточно хороший уход». Гантрип (Guntrip, 1973) сформулировал это так: «Винникот имеет в виду постоянно поддерживающее, вскармливающее окружение, принимающее незрелую зависимость ребенка и поддерживающее его робкие попытки обрести независимость, индивидуальность, построить собственную жизнь в процессе и через личные взаимоотношения» (там же, p. 113).

Это удерживание/материнский уход «приводит к установлению первых объектных отношений ребенка и его первым переживаниям удовлетворения инстинктов, включает их и с ними сосуществует» (Winnicott, 1965b, p. 49). Именно материнский уход в силу своей природы является основой психического здоровья (или его отсутствия) ребенка в будущем.

«Психическое здоровье индивида в смысле отсутствия психоза или предрасположенности к нему (шизофрения) закладывается этим материнским уходом... Это влияние окружения... обеспечивает... жизненно важную Эго-поддержку. Таким образом, шизофрения, инфантильный психоз или склонность к нему на более поздних этапах связаны с недостаточной поддержкой со стороны окружения.» (Winnicott, 1965b, pp. 49-50).

К другим видам патологии, которые Винникот связывает с «ущербной Эго-поддержкой со стороны матери», относятся ложная самозащита и шизоидная личность (там же, pp. 58-59). Следовательно, эти виды патологии «могут быть увязаны... с разнообразными типами и степенями нарушений удержания, обращения с ребенком и объект-презентации на самой ранней стадии» (там же, p. 59).

Другие важные термины. Некоторые другие понятия, использованные в теории Винникота, включают истинное «Я» (*true self*), ложное «Я» (*false self*), переходные (*transitional*) объекты и переходные явления. Истинное «Я» относится к той части ребенка, которая ощущает себя «творческой», «спонтанной» и «реальной» (там же, p. 148). Ложное «Я» относится к части ребенка, «основанной на послушании... [имеющей] защитную функцию, то есть стоящей на защите истинного «Я» (там же, p. 133). При условии «достаточно хорошего» ухода создается возможность для возникновения истинного «Я», а при его отсутствии развивается ложное «Я» (там же, p. 145). Переходные объекты, о которых идет речь в статье Винникота (Winnicott, 1953) «Переходные объекты и переходные феномены» (*Transitional Objects and Transitional Phenomena*) — это первые принадлежащие ребенку и отличные от него предметы, например, одеяло или кукла. Они осязаемы — их можно взять в руки, обнять; они ослабляют стресс, связанный с отделением, и успокаивают ребенка. «Переходные феномены» — это виды поведения (например, повторяющиеся действия, такие как раскачивание) или фантазии, которые, подобно осязаемому объекту, ослабляют стресс, связанный с отделением, и успокаивают ребенка.

Выводы. Благодаря своей работе педиатром и психоаналитиком Винникот дает ценные сведения о взаимоотношениях матери и ребенка, а также их фасилитирующих и не фасилитирующих аспектах. Как отметил Филлипс (Phillips, 1988): «Работа Винникота была посвящена выявлению и описанию хорошей матери, а также использованию взаимоотношений мать—ребенок в качестве модели психоаналитического вмешательства» (p. 3). Принято считать, что, благодаря наблюдениям за детьми, теория объектных отношений получила «сильнейший толчок к развитию» (Pine, 1985, p. 59).

Предложенные Винникотом термины **фасилитирующее окружение, удержание, достаточно хорошая мать, среднее ожидаемое окружение, переходные объекты и переходные феномены** заняли достойное место в современной теории объектных отношений. В 1981 г. Тутманн подвел итоги работы Винникота.

«Несмотря на то что он не переосмыслил метапсихологические направления и не реконструировал теорию [в отличие от Фэйрберна], ему удалось разработать важные концепции объектных отношений, а психоаналитическая техника получила стимул к развитию благодаря... [его] загадочному, парадоксальному стилю, точным наблюдениям и вдохновляющей креативности» (Tuttmann, 1981, p. 36)

Гантрип

Биографический очерк. Генри (или Гарри) Джеймс Самуэль Гантрип родился 9 мая 1901 г. в Лондоне. Его отец был служащим, а мать домохозяйкой. Он окончил Лондонский университет, получил степень бакалавра в 1926 г., магистра в 1928 г., а в 1952 г. стал доктором философии.

Гантрип занимал пост министра с 1928 по 1946 г. В 1946 г. он стал работать психотерапевтом и лектором на факультете психиатрии Университета Лидса. С этой должности он не уходил на протяжении всей своей карьеры. Гантрип был членом Британского

психологического общества.

Он опубликовал ряд работ. Его перу принадлежат следующие книги: *Psychology for Ministers and Social Workers* (1949), *Psychotherapy and Religion* (1957), *Personality Structure and Human Interaction: The Developing Synthesis of Psycho-dynamic Theory* (1961), *Clinical Studies of the Schizoid Personality* (1966), *Schizoid Phenomena, Object-Relations, and the Self* (1969), а также *Psychoanalytic Theory, Therapy and the Self* (1973). Его книги переведены на многие языки, включая норвежский, шведский, японский, итальянский и испанский. Некоторые из работ Гантрипа недавно были отобраны для специального сборника под названием «Терапия личных отношений» (*Personal Relations Therapy*, (Hazell, 1994)).

Гантрип женился в 1928 г. на Берте Кайнд, у них была одна дочь Гуэнда. Гарри Гантрип умер 18 февраля 1975 г.

Теоретическая основа. Гантрип в значительной мере был последователем Фэйрберна. Вместе с тем он ощущал потребность в некоторых изменениях или дополнениях его теории.

Регрессия Эго. «Собственным вкладом Гантрипа в теорию и практику является развитие им концепции "регрессировавшего Эго"» (Greenberg & Mitchell, 1983, p. 211). Речь идет о «части инфантильного либидинального Эго, в котором ребенок находит мир столь невыносимым, что его чувствительное сердце уходит в себя» (Guntrip, 1973, p. 152). Или, говоря другими словами:

«Регрессировавшее Эго означает не генерализованную реакцию «страха/бегства», а глубочайшую структурно самостоятельную часть сложной личности, существующую в устойчивом состоянии страха, слабости, отстраненности и полной зависимости не в активном постанатальном инфантильном смысле, а в пассивном антенатальном смысле. Такое Эго представляет наиболее глубоко травмированную часть личности, являясь скрытой причиной всех регрессивных явлений» (Guntrip, 1969, p. 77).

Гантрип (Guntrip, 1961) полагал, что созданная им концепция регрессировавшего Эго связана не только с теорией Фэйрберна, но отчасти и с некоторыми концепциями Винникота. Фэйрберн отмечал, что концепция Гантрипа представляет собой «оригинальный вклад, позволяющий объяснить многие явления» (см. Guntrip, 1969, p. 77). Что касается Винникота, Гантрип (Guntrip, 1961) утверждал: «Я пришел к выводу, что феномен регрессии проистекает из специфического, структурно обособленного регрессировавшего либидинального Эго. Это напоминает представления Винникота о "истинном «Я»" и "терапевтической регрессии"» (p. 433).

Для Гантрипа регрессировавшее Эго служит основой для возникновения психопатологии. С учетом этого основным объектом вмешательства является именно регрессировавшее Эго.

Гантрип (Guntrip, 1969) уделял много внимания теории и терапии шизоидной личности. Здесь он явился продолжателем работы Фэйрберна. Эмоциональная дилемма шизоида воспринимается следующим образом.

«Он ощущает глубокий страх от вступления в реальные личные взаимоотношения, при которых возникает искреннее чувство; его потребность в объекте любви чрезвычайно велика, а он способен поддерживать глубокие эмоциональные взаимоотношения только на основе инфантильной и абсолютной зависимости... Вас постоянно вынуждают вступать в отношения ваши потребности, а вынуждает выходить — страх потерять объект своей любви в связи с чрезмерными к нему требованиями или утратить собственную индивидуальность вследствие чрезмерной зависимости и отождествления с ним. Это чередование «в и из» является типичным шизоидным поведением, а выход из ситуации путем отстраненности и утраты чувств является типичным шизоидным состоянием.» (Guntrip, 1969, p. 48).

Шизоидная проблема является следствием плохих отношений на ранних этапах — в первых объектных отношениях индивида.

«Шизоидное ядро развивается в ребенке, который «оставлен без адекватных объектных отношений», один, в психическом вакууме, в котором он может развивать лишь «неконтактность», что впоследствии приводит к неспособности к налаживанию связей с другими людьми, потому что он не был связан с ними раньше» (см. комментарии Гантрипа в книге Mendez & Fine, 1976, p. 375).

Шизоидная личность из-за страха перед личными взаимоотношениями и «чувствами»

особенно трудно поддается лечению, поэтому следует ожидать разного рода препятствий и защит при проведении терапии (см. Guntrip, 1961).

Выводы. Гантрип при создании собственных теоретических разработок руководствовался идеями других теоретиков психоанализа. Вместе с тем он был фактически продолжателем теории Фэйрберна; главным образом, он дополнил эту теорию концепцией регрессировавшего Эго. Для Гантрипа регрессировавшее Эго было источником психопатологии и, следовательно, основным объектом психоаналитического вмешательства. Он уделял много внимания шизоидной личности. Конечно, далеко не все пациенты были шизоидными; в то же время практически каждый из них в той или иной степени проявлял «шизоидность». Гантрип любил восклицать (Guntrip, 1969): «Покажите мне пациента, который в глубине не был бы шизоидом хоть в какой-то степени» (р. 290).

Психотерапия объектных отношений

Игл и Волицки (Eagle & Wolitzky, 1992, p. 129) утверждали:

«В связи с тем что большинство работ в этой области [объектных отношений] являются теоретическими, трудно, как правило, бывает судить, что... именно делают психотерапевты. Попросту отсутствуют подробные клинические данные (которые можно получить, например, из записи сессий). В результате, даже хорошо зная теорию Фэйрберна, мы не имеем полного представления о том, как и в какой мере эта теория выражается и находит применение в его лечении.»

Последнее высказывание в равной степени относится к Винникоту и Гантрипу. Игл (Eagle, 1984; ср. Eagle & Wolitzky, 1992) выявил шесть особенностей применения теории объектных отношений в терапии.

«1. Более выраженная общая гибкость в отношении расписания сессий, а также обстановки их проведения.

2. Большой упор на терапевтические взаимоотношения помимо переноса и его интерпретаций. Считается, что терапевтические отношения создают «удерживающее» окружение (Winnicott, 1958, 1965b).

3. Хотя интерпретации продолжают оставаться важным аспектом терапии, содержание большинства из них заметно отличается от традиционного психоанализа. В целом можно ожидать меньшего внимания к сексуальным и агрессивным желаниям и эдиповым комплексам и повышенного внимания к доэдиповым вопросам, взаимоотношениям с интернализированными объектами, а также к чувству отсутствия целостного ощущения своего «Я»...

4. В связи с готовностью работать с наиболее тяжелыми пациентами, психотерапевты объектных отношений предпочитают проводить лечение во время первичных приемов, а также в период госпитализации.

5. Поскольку терапевтическим отношениям уделяется первоочередное внимание и в связи с отходом от строгой психоаналитической нейтральности, психотерапевтам объектных отношений следует проявлять повышенный интерес к вопросам контрпереноса. Таким образом, распространенный в настоящее время в психоаналитических кругах интерес к контрпереносу может частично объясняться влиянием теории объектных отношений.

6. Хотя регрессия считается необходимым и неизбежным аспектом традиционного психоанализа, в терапии объектных отношений она занимает центральное место. Принято считать, что выраженная регрессия — до момента ранней травмы, раннего переживания слабости Эго и ранних патологических защитных образований (например, возникновение «ложного «Я»») — необходима для возникновения базисных изменений личности» (pp. 90-91).

Учитывая эти шесть пунктов, давайте проанализируем представления Фэйрберна, Винникота и Гантрипа о терапевтическом вмешательстве. Кроме того, для более четкого представления о процессе терапии мы станем в дальнейшем опираться на некоторые современные книги на тему объектных отношений (например, Horner, 1991).

Цели

Цели психотерапии, или психоанализа, объектных отношений описываются в несколько драматических выражениях — изгнать из пациента демонов, дать пациенту спасение (*salvation*), помочь пациенту переродиться, родиться заново (например, Fairbairn, 1954, 1955; Guntrip, 1953, 1969, 1973). Эта терминология отражает природу терапии объектных отношений, как ее понимали Фэйрберн, Винникот и Гантрип, — длительного процесса по замене плохих объектов хорошими.

Фэйрберн в своей статье «О природе и целях психоаналитического вмешательства» (*On the Nature and Aims of Psycho-Analytical Treatment*) определил четыре задачи психотерапии (Fairbairn, 1958), а именно:

«обеспечить максимальный «синтез» структур, на которые расщепилось исходное Эго...; максимальное снижение стойкой инфантильной зависимости...; максимальное уменьшение ненависти к либидинальному объекту, которая... является первопричиной расщепления Эго...; а также обеспечение доступа в замкнутую систему внутреннего мира пациента, чтобы на него могла оказывать влияние внешняя реальность» (р. 380).

Таким образом, вмешательство направлено на интеграцию, продвижение к зрелой зависимости и открытие пациента внешнему миру, то есть миру других людей.

В своей статье «Цели психоаналитического вмешательства» (*The Aims of Psycho-Analytical Treatment*, 1965b) Винникот назвал целями вмешательства независимость Эго и Эго-интеграцию. Еще одной целью является увеличение силы Эго.

Гантрип считал (Guntrip, 1961), что «цель психотерапии можно сформулировать просто как помощь пациенту в росте до тех пор, пока он не почувствует себя достаточно сильным, чтобы жить без нереалистичных страхов внутреннего происхождения и связанных с ними ненависти, чувства вины, защит и конфликтов» (р. 418). Само по себе устранение симптоматики не считается критерием успеха вмешательства. «Аналогичным образом, реальный смысл "исцеления" пациента заключается не в устранении симптомов или определенной социальной и профессиональной реабилитации, а в достижении разумного или оптимального уровня личностной зрелости» (Guntrip, 1953, р. 116).

А как обстоит дело с восстановлением подавленных воспоминаний? С высвобождением подавленных импульсов? Разрушением подавленных комплексов? Все это важные, хотя и не основные задачи терапии.

«Техника психоанализа предназначена не для высвобождения подавленных импульсов и восстановления подавленных воспоминаний и даже не для разрушения подавленных комплексов; все это промежуточные задачи, решение которых подчинено главной цели, а именно помощи пациенту в сознательном переживании подавленного и слабого инфантильного Эго, от которого пациент в течение всей своей жизни пытался отмежеваться, чтобы ощутить себя взрослым» (Guntrip, 1961, р. 419).

Другие авторы (например, Horner, 1991), основываясь на работах Фэйрберна, Винникота и Гантрипа, а также других психотерапевтов объектных отношений, определили следующие цели: модификация патологических структур (таких как ложное «Я» по Винникоту) и восполнение структурных дефицитов. В связи с тем что теоретики объектных отношений, по-видимому, придерживаются общего мнения по вопросу, «что базисная структурная Эго-слабость является отправной точкой всех последующих психопатологических процессов» (Guntrip, 1961, р. 419), то в процессе терапии непременно производится некоторое восстановление «Эго» или «Я».

В целом, хотя каждый из данных теоретиков дал свои собственные формулировки, касающиеся целей вмешательства, все же удастся обнаружить некоторую общность их взглядов: Эго-синтез или Эго-интеграция, зрелая зависимость или разумная зрелость, укрепление Эго или уменьшение его слабости. К тому же большая часть этого сводится к замещению плохих объектов хорошими, «примирению» индивида с его прошлым, а также консолидации идентичности индивида. Такие задачи не могут быть решены в процессе краткосрочного вмешательства.

Терапевтический процесс

Гантрип (Guntrip, 1969) полагал, что процесс вмешательства проходит в три этапа:

раппорт, перенос и рост, или созревание. Предполагается, что на этапе раппорта пациент нуждается в «родительской фигуре как защитнике от выраженной тревоги» (р. 336). Перенос, второй этап, «включает анализ всех способов, посредством которых... [функционирование пациента] нарушается за счет приверженности старым неадекватным взаимоотношениям с реальными родителями и в семейной группе» (там же, р. 336). На третьем этапе

«пациент начинает... ощущать, что в действительности испытывает потребность в неэротической любви со стороны стабильного родителя, через которую ребенок обретает собственную индивидуальность, силу зрелой личности, через которую он становится самостоятельным, не чувствуя себя «отрезанным», а исходные взаимоотношения с родителями развиваются во взрослую дружбу» (Guntrip, 1969, р. 336).

Давайте обсудим эти три этапа, раппорт, перенос и созревание, более подробно.

Раппорт. За единственным исключением роджерсовской клиент-центрированной терапии (см. главу 13), теоретики объектных отношений уделяют терапевтическим отношениям гораздо больше внимания, чем представители любого другого подхода из рассмотренных в данной книге. Эта тема отражена в работах Фэйрберна, Винникота и Гантрипа. Техника считается вторичной, сама по себе без взаимоотношений психоаналитик—пациент она не имеет ни малейшего смысла. Взаимоотношения и есть вмешательство. Только через взаимоотношения происходит исцеление.

«Трудности, с которыми сталкивается пациент, отражают влияние неудовлетворительных и не приносящих удовлетворение объектных отношений, пережитых в ранней жизни и проявляющихся в преувеличенном виде во внутренней реальности; в этом случае, если такая точка зрения верна, действительные взаимоотношения между пациентом и психоаналитиком как людьми должны считаться важнейшим терапевтическим фактором. Наличие подобных личных взаимоотношений во внешней реальности не только выполняет функцию средства коррекции искаженных взаимоотношений, превалирующих во внутренней реальности, и влияет на реакцию пациента на внешние объекты, но и дает пациенту возможность, которой он был лишен в детстве, пройти процесс эмоционального развития в условиях реальных взаимоотношений с надежной и благожелательной родительской фигурой» (Fairbairn, 1958, р. 377).

И вновь замещение плохих объектов хорошими возможно только через психоаналитические взаимоотношения.

Гантрип (Guntrip, 1953) в своей интересной статье «Терапевтический фактор в психотерапии» (*Therapeutic Factor in Psychotherapy*) определяет взаимоотношения — хорошие объектные отношения психоаналитика и пациента — как «терапевтический, или "спасительный" фактор в психотерапии» (р. 125). Терапевтические отношения считаются наиболее действенной средой: «Только то знание, которое приходит в форме живого инсайта, которое ощущается, переживается в среде хороших личных взаимоотношений, имеет терапевтическое значение» (там же, р. 125). Гантрип продолжает: «Важным является тот факт, что... **терапевтические изменения возможны лишь при условии и как прямой результат хороших объектных отношений**» (р. 125).

Эта точка зрения на взаимоотношения психоаналитик—пациент находит отражение в работах Фэйрберна. «По моему мнению, решающим фактором являются взаимоотношения пациента с психоаналитиком, именно от этих взаимоотношений зависит не только эффективность, но и само существование всех других факторов, о которых упоминал Гайтлсон, [катарсис, инсайт, восстановление инфантильных воспоминаний]» (Fairbairn, 1958, р. 379).

В своей более ранней работе «Наблюдения в защиту теории объектных отношений личности» (*Observations in Defence of the Object-Relations Theory of Personality*) Фэйрберн отметил:

«Лично я убежден, что взаимоотношения пациента с психоаналитиком опосредуют «целительный», или «спасительный» эффект психотерапии. Если речь идет о длительном психоаналитическом вмешательстве, «целительный», или «спасительный» процесс зависит от развития отношений пациента с аналитиком, через фазу повторения ранних патогенных отношений под влиянием переноса, в новый вид взаимоотношений, которые одновременно приносят удовлетворение и адаптированы к обстоятельствам внешней реальности» (Fairbairn,

1955, p. 156).

Таким образом, для Фэйрберна, как и для Гантрипа, «целительным», «спасительным», или *терапевтическим* фактором являются собственно взаимоотношения в процессе терапии.

Модель отношений психоаналитик—пациент заимствована из взаимодействия между матерью и ребенком. Это следует из следующей цитаты Винникота (Winnicott, 1965a).

«В своей **терапевтической** работе мы снова и снова становимся включенными в пациента; мы проходим этап собственной уязвимости (подобно матери) в силу своего участия; мы идентифицируем себя с ребенком, который временно пребывает в состоянии чрезмерной зависимости от нас; мы наблюдаем проявления ложного «Я» ребенка; мы видим зарождение его истинного «Я», истинного «Я» с сильным Эго, потому что нам, подобно матери, удалось поддержать Эго пациента-«ребенка»; если все идет хорошо, мы наблюдаем рождение ребенка, Эго которого способно самостоятельно организовать свою защиту... В результате наших действий рождается «новое» существо, настоящий человек, способный жить независимой жизнью. Как мне кажется, во время терапии мы пытаемся имитировать естественные процессы, характеризующие поведение матери в отношении собственного ребенка. Если я прав, пара мать—ребенок может научить нас основным принципам, на которых следует строить нашу терапевтическую работу» (p. 15).

Концептуализация терапевтических отношений, согласно Гантрипу (Guntrip, 1969), помогает приспособиться как к работе с «тяжело больными», так и с «менее больными» пациентами. В основе модели психотерапевтических отношений типа мать—ребенок лежит следующее соображение: подобно отношениям мать—ребенок, которые меняются в зависимости от потребностей растущего ребенка, претерпевают изменения взаимоотношения психоаналитик—пациент, которые в каждый момент времени отражают меняющиеся потребности и рост пациента.

Некоторые характеристики психоаналитика, благотворно влияющие на терапевтические взаимоотношения, включают сопереживание, готовность прийти на помощь, открытость, гибкость (Gitelson, 1952). Важными представляются также искренность и эмпатия:

«Я... представляю психотерапию как... проявление... искреннего, надежного понимания и уважения, заботливых личных отношений, в который человек с разрушенным истинным «Я»... может, наконец, осознать собственные истинные чувства, начать мыслить спонтанно и ощутить реальность своего существования» (Guntrip, 1973, p. 182).

Другой важной характеристикой взаимоотношений является их непрерывность: психоаналитик должен постоянно находиться с пациентом. **«Именно непрерывность отношений с психоаналитиком на эмоциональном уровне позволяет пациенту справиться с материалом, попадающим в сознание»** (Guntrip, 1953, p. 124).

Таким образом, вмешательство не ориентировано на технику (хотя технике отводится определенное место). Техника вторична и обретает смысл только в контексте взаимоотношений психоаналитик-пациент. Эта установка четко отражена в статье Гантрипа (Guntrip, 1953), посвященной «терапевтическому фактору»: **«Психоаналитик не становится хорошим объектом лишь потому, что хорошо владеет техническими приемами. Техника психоанализа как таковая не обладает целительным действием»** (p. 124). **«Техника позволяет выявить проблемы, сделать их доступными для вмешательства. Именно взаимоотношения с психотерапевтом позволяют решить проблему»** (p. 127).

Двадцать лет спустя, в своей работе *Psychoanalytic Theory, Therapy and the Self*, Гантрип (Guntrip, 1973) подчеркнул: «Я не представляю себя психотерапию как технику» (p. 182). «Такие термины как "анализ" и "техника" слишком безличны. Они напоминают мне скорее инженерное дело, чем отношения между людьми» (p. 183). «Невозможно практиковать стереотипную технику: можно только быть реальным человеком для пациента и с пациентом» (p. 185). Фэйрберн (Fairbairn, 1958), подобно Гантрипу, также высказывался против стереотипного проведения психоанализа, попыток заставить пациентов приспособляться к "священному" методу, вместо того, чтобы подгонять метод под пациентов.

Взаимоотношения психоаналитика с пациентом описываются в терминах зрелой взрослой родительской любви — **агапэ** (Fairbairn, 1954; Guntrip, 1953). Это не любовь в эротическом или сексуальном смысле. Это глубокая, устойчивая забота о пациенте —

неэротическая родительская любовь, связанная с заботой о личностном росте пациента, его отделении, обретении идентичности и независимости. «Этот род родительской любви... агапэ... это род любви, которую психоаналитик-психотерапевт должен дать пациенту, потому что тот не получил ее в достаточном количестве и в удовлетворительной форме от своих родителей» (Guntrip, 1953, p. 125). Именно агапэ, или неэротическая родительская любовь является **«реальным условием для проявления способности ребенка [и пациента] к росту»** (p. 119). (Интересный факт: ключевой конструкт терапевтических взаимоотношений по Адлеру (см. главу 3) — социальный интерес — также сравнивали с агапэ; Watts, 1992.)

Перенос. Терапевтическая регрессия и анализ переноса считаются Фэйрберном, Винникотом и Гантрипом критическими факторами в процессе вмешательства. «Анализ переноса — это медленное и болезненное очищение от остатков прошлых переживаний, возникающих в процессе переноса и контрпереноса, чтобы психотерапевт и пациент могли, в конце концов, встретиться "лицом к лицу в психическом смысле", чтобы узнать друг друга как двое людей» (Guntrip, 1969, p. 353). С помощью регрессии, то есть возврата к ранним способам мышления, поведения и отношений с людьми, можно работать с дисфункциональными проявлениями прошлого, чтобы разрешить их через взаимоотношения психоаналитик—пациент. Это так называемый процесс «проработки» переноса.

«Представления Фэйрберна о психотерапии «объектных отношений» состоят в том, что это процесс переноса взаимоотношений как позитивных, так и негативных, которые прорабатываются до тех пор, пока не станут возможными хорошие реалистичные взаимоотношения между психотерапевтом и пациентом» (Guntrip, 1969, p. 331).

В процессе проработки переноса происходит трансформация (если использовать терминологию Юнга). Вместе с тем этот процесс никак нельзя назвать скорым, легким, напротив, как уже говорилось выше, он скорее медленный и болезненный.

По мнению Фэйрберна, большинство действий пациента направлено на вовлечение психоаналитика во внутреннюю, замкнутую систему, изолированную от других людей и внешнего мира. В то же время задача психоаналитика состоит в том, чтобы проложить путь в эту систему и открыть ее внешней реальности.

«Таким образом, в известном смысле психоаналитическое вмешательство заключается в борьбе пациента, который пытается перевести свои взаимоотношения с психоаналитиком в замкнутую систему внутреннего мира посредством переноса, с психоаналитиком, полным решимости пробить брешь в этой замкнутой системе и создать условия, при которых в обстановке терапевтических отношений пациент сможет принять открытую систему внешней реальности» (Fairbairn, 1958, p. 385).

Важным моментом здесь является то, что перенос может состояться только при наличии хороших, заботливых, нестереотипных, гибких (то есть не связанных условностями «оглуляющей» фрейдовской обстановки вмешательства) взаимоотношений «психоаналитик—пациент» (Fairbairn, 1958). Именно эти взаимоотношения в сочетании с переносом делают исцеление возможным. Еще раз напомним слова самого Фэйрберна (Fairbairn, 1955, p. 156):

«Если речь идет о длительном психоаналитическом лечении, «целительный», или «спасительный» процесс зависит от развития отношений пациента с аналитиком, через фазу повторения ранних патогенных отношений под влиянием переноса, в новый вид взаимоотношений, которые одновременно приносят удовлетворение и адаптированы к обстоятельствам внешней реальности.»

Через перенос «плохие» объекты пациента высвобождаются, «прорабатываются» и замещаются «хорошими» объектами. «"Плохие" объекты могут успешно высвободиться, при условии, однако, что психоаналитик стал для пациента достаточно "хорошим" объектом» (Fairbairn, 1954, p. 70). Итак, чтобы плохое заместилось хорошим, психоаналитику следует, прежде всего, стать для пациента «достаточно хорошим» объектом, чтобы пациент ощущал себя в достаточной безопасности, достаточно «удерживаемым»; только в этом случае возможны высвобождение и замещение. Таким образом, «по сути своей, психотерапия есть заместительная терапия, предоставляющая пациенту то, чего не смогла дать мать в начале его жизни» (Guntrip, 1973, p. 191).

Представления Винникота о переносе сходны с таковыми Фэйрберна и Гантрипа. Через регрессию и перенос, как он считал, «оттаивает» истинное «Я», которое получает

возможность расти и развиваться.

Созревание. В данном случае применимо практически все, что уже говорилось на тему зрелой зависимости — стадии III личностного развития по Фэйрберну. Индивид в результате анализа начинает дифференцироваться, обретает способность вступать «в отношения сотрудничества с дифференцированными объектами» (Fairbairn, 1954, p. 145). В идеале возникает дифференцированное, консолидированное «Я»; параллельно развивается способность к зрелым взаимоотношениям, взрослой любви, *агапэ*. Индивид обретает чувство целостности и интеграции. На фоне таких изменений меняется и сам характер вмешательства.

«По мере прогресса пациент все ближе подходит к собственно психоанализу, лечение перерастает в нечто большее, чем просто сотрудничество в рамках инфантильной зависимости; когда ребенок-пациент дорастает до уровня родителя-психоаналитика, возникают отношения партнерства двух равноправных взрослых людей. Психоанализ отныне не воспринимается, как психический террор с риском быть разорванным в клочья, а скорее как дружеское участие и проникновение в суть вещей человека, с которым у пациента наладились стабильные реалистичные взаимоотношения» (Guntrip, 1961, p. 413).

Эта метафора ребенка-пациента и родителя-психоаналитика распространяется также на завершение анализа, неизбежное при достижении пациентом достаточной зрелости: пациент, подобно подростку или молодому взрослому, покидающему родительский дом, теперь готов начать самостоятельную жизнь.

«Взаимоотношения между зрелым пациентом и психоаналитиком после завершения вмешательства,... позволяют провести аналогию с ребенком, который вырастает, развивается в самостоятельную личность, уходит из родительского дома, чтобы создать собственную семью и жить своей жизнью; на взрослом уровне сохраняются его любовь к родителям, уважение их опыта и хороших качеств, благодарность за их интерес и доброе расположение» (Guntrip, 1953, p. 131).

Техники

Расспрос. «Цель расспроса — получить определенные сведения, не только для повышения собственной информированности, но и для углубления и расширения представлений пациента о себе» (Horner, 1991, pp. 137-138). Это может быть предложение разъяснить или уточнить сказанное пациентами; привести примеры. Таким образом, расспрос служит для прояснения, конкретизации сообщений пациента.

Наблюдение. «Психотерапевт ведет наблюдение за тем, что, по его мнению, представляет клинический интерес, своевременно и полезно, с учетом способности пациента воспользоваться результатами этих наблюдений» (Horner, 1991, p. 139). Наблюдения психотерапевта могут принимать форму сопоставления различных данных, полученных в процессе лечения, с просьбой к пациенту выявить между ними связь; в других случаях психотерапевт может «вслух поинтересоваться» возможной взаимосвязью сопоставляемых данных (например, «Интересно, нет ли...»). Хорнер (Horner, 1991) приводит следующий пример: «Интересно, нет ли связи между вашим ощущением отвержения и вашей отстраненностью. Складывается впечатление, что они сопутствуют друг другу» (p. 139).

Интерпретация. Опять же интерпретация, как и в фрейдовском, юнгианском или адлеровском психоанализе, играет важную роль в анализе объектных отношений. Вместе с тем как и многое другое в терапии объектных отношений, интерпретация приобретает смысл только в случае заботливых терапевтических взаимоотношений. Например, Гантрип (Guntrip, 1975) как-то сказал о Фэйрберне: «Он не считал психоаналитическую интерпретацию терапевтической по своей природе, но лишь при условии личных взаимоотношений, основанных на искреннем понимании» (p. 145). Сравните со следующей цитатой:

«Практическая значимость для психотерапии... состоит в том, что интерпретация феноменов переноса в условиях аналитической ситуации сама по себе недостаточна для возникновения у пациента удовлетворительных изменений. Чтобы эти изменения произошли, необходимо, чтобы взаимоотношения пациента с психоаналитиком прошли процесс развития, то есть отношения, основанные на переносе, заместились бы реалистичными

взаимоотношениями между двумя индивидами во внешнем мире» (Fairbairn, 1958, p. 381).

Взгляды Винникота совпадают. Психоанализ «состоит не в том, чтобы интерпретировать подавленное бессознательное, [а]... в создании профессиональной обстановки для возникновения доверительных отношений» (Winnicott, 1987, pp. 114— 115). Для Винникота, интерпретация не ставится во главу угла; такого рода вмешательство проводится с осторожностью и в малых дозах. «Мои интерпретации экономичны... одной интерпретации за сессию вполне достаточно, если она относится к материалу, явившемуся результатом бессознательного сотрудничества пациента. Иногда я даю одну интерпретацию в два-три приема, предпочитаю избегать длинных предложений» (Winnicott, 1965b, p. 167).

Чем же отличается интерпретация объектных отношений от традиционных психоаналитических интерпретаций? Еще раз напомним слова Игла (Eagle, 1984): «В целом можно ожидать меньшего внимания к сексуальным и агрессивным желанием и эдиповым комплексам и повышенного внимания к доэдиповым вопросам, взаимоотношениям с интернализированными объектами, а также к чувству отсутствия целостного ощущения своего «Я»» (p. 91).

Хорнер (Horner, 1991) говорит, что в психотерапии объектных отношений «лучшие интерпретации звучат в форме вопроса, что дает пациенту возможность самостоятельно судить об их истинности». Она приводит следующий пример: «Вы рассказывали мне о том, что ваша мать была обольстительной. Интересно, имеет ли это какое-либо отношение к тому, что вы теперь избегаете сексуальных отношений» (p. 140). (Вопросительный формат интерпретаций с использованием фраз типа «Хотелось бы знать...», «Интересно...» соответствует интерпретациям в адлерианской терапии; см. главу 3.)

Анализ сновидений. Анализ и интерпретация сновидений занимают важное место в психотерапии объектных отношений. Как и во фрейдовском психоанализе, сторонники объектных отношений считают сновидение «наиболее легким путем к бессознательному» (Padel, 1978, p. 134). Чем же отличается работа со сновидениями в терапии объектных отношений от классического психоанализа? «Вероятно, теперь мы лучше понимаем сновидения и лучше интерпретируем признаки текущих отношений переноса. Мы менее склонны к поискам желаний, лежащих в основе ассоциаций, и уделяем больше внимания попыткам справиться с плохими или угрожающими объектными отношениями, исправить прежние ошибки» (Padel, 1978, p. 134).

Интеграция. Этот тип вмешательства имеет целью интегрировать, или свести воедино, различные представления, к которым пришел пациент за время терапии; интеграция позволяет пациенту взглянуть на свои проблемы, устремления к росту со стороны, понять, как они соотносятся с его жизненным опытом. Рассмотрим следующий пример.

«Вам пришлось отрицать свою агрессию, чтобы защитить свой образ хорошего человека. Признав наличие у себя агрессивных побуждений, вам бы пришлось расстаться с чувством морального превосходства над своим отцом. В то же время, если бы вы смогли признать свою агрессию, вы бы не оказались в положении беспомощной жертвы, чей гнев принимает форму благородного негодования, но не помогает выйти из пассивного и беспомощного положения. Как только вам удалось признать те свои чувства и побуждения, которые, как вы опасались, делают вас плохим и заслуживающим отцовской суровости, вы стали лучше функционировать и меньше бояться окружающего мира» (Horner, 1991, p. 142).

Конфронтация. Речь идет о привлечении внимания пациента к тому, что он «хочет или не хочет видеть и знать» (Horner, 1991, p. 143). Например, это может быть установление границ отыгрываемого поведения. Можно даже потребовать от пациента тех или иных изменений (например, прекратить употреблять наркотики для достижения целей лечения; Хорнер называет это «героической конфронтацией»).

Продолжительность и область применения

Продолжительность. Если целью лечения является «замещение», то есть замена плохого хорошим, терапия должна быть достаточно длительной. Например, Гантрип (Guntrip, 1975), описывая собственный анализ, сообщил, что работал с Винникотом на протяжении 150

сессий; он отметил также, что его психоанализ у Фэйрберна занял 1000 сессий. Вместе с тем независимо от продолжительности терапии можно с уверенностью сказать, что работа над объектными отношениями (во всяком случае, в представлении Фэйрберна, Винникота и Гантрипа) не может проводиться «на скорую руку», требует значительного времени, терпения и эмпатии, а также предполагает длительное «созревание» пациента во времени и пространстве.

Кушетка — характерная деталь фрейдовского анализа — может также использоваться в терапии объектных отношений; это остается на усмотрение психотерапевта. Так, Гантрип (Guntrip, 1973) прояснил собственную позицию на этот счет: «Я не предлагаю пациенту улечься на кушетку. Я жду, что он будет делать и когда и почему он хочет делать что-то другое» (р. 184).

Область применения. Терапия объектных отношений проводилась при шизоидных, пограничных, невротических и психотических расстройствах. Это вмешательство принято считать целесообразным для терапии доэдиповых и даже эдиповых расстройств. (В конце концов, эдипова патология — во всяком случае, в представлении Фэйрберна и Гантрипа — может быть прослежена до ее доэдиповых корней.) Подобно юнгианской «трансформации» (глава 2), которая пригодна далеко не для каждого, преобразования в результате терапии объектных отношений также подходят не всем. Мы говорим здесь о процессе достаточно продолжительном, который предполагает проникновение в суть вещей, готовность пережить боль, связанную с регрессией и переносом, в ходе которого пациенты «перерождаются», в той или иной степени происходит перестройка личности. Пациенты, не располагающие достаточным временем, средствами, мотивацией, не обладающие способностью к инсайту и терпению «длительных и болезненных переживаний» анализа переноса, не являются подходящими кандидатами для терапии объектных отношений (еще раз подчеркнем, что речь идет о взглядах Фэйрберна, Винникота и Гантрипа).

Пример из практики

Коль скоро регрессия играет столь важную роль в терапии объектных отношений, в качестве примера мы выбрали описанный Винникотом случай под названием «Отстраненность и регрессия» (*Withdrawal and Regression*). Впервые этот случай был обнаружен на XVII Конференции *Conference des Psychanalistes de Langues Romanes*, в Париже, в ноябре 1954 г., затем был зачитан Британскому психоаналитическому обществу 29 июня 1955 г. и опубликован в книге Винникота «Через педиатрию к психоанализу: собрание сочинений» (*Through Paediatrics to Psycho-Analysis: Collected Papers*, Winnicott, 1975, pp. 255-261); он также был включен в качестве приложения в книгу Винникота «Удержание и интерпретация» (*Holding and Interpretation*, Winnicott, 1986, pp. 187-192).

«За последнее десятилетие мне довелось встречать нескольких взрослых пациентов с регрессией при переносе в ходе психоанализа.

Мне бы хотелось рассказать о случае психоанализа пациента, который не демонстрировал явных клинических признаков регрессии, его регрессия сводилась к кратковременным состояниям отстраненности, возникавшим во время аналитических сессий. Мое поведение в этих случаях диктовалось опытом работы с регрессировавшими пациентами.

(Под отстраненностью в этой статье я понимаю кратковременное отключение от характерных для состояния бодрствования отношений с внешней реальностью, эта отстраненность временами напоминала кратковременный сон. Под регрессией я подразумеваю регрессию к зависимости, а не специфическую регрессию эрогенных зон.)

Я приведу описание серии из шести значимых эпизодов, отобранных из материала психоанализа шизоидно-депрессивного пациента. Этот пациент был женат и имел семью. В начале настоящего заболевания у него был срыв, во время которого он утратил контакт с реальностью и всякую способность к спонтанному поведению. Он смог работать лишь спустя несколько месяцев после начала анализа, в момент обращения ко мне он лечился в психиатрической больнице. (Этот пациент во время войны проходил у меня психоанализ, в результате которого удалось устранить клиническую симптоматику острого расстройства

подросткового возраста, однако инсайт так и не был достигнут.)

Главным поводом для прохождения психоанализа данным пациентом была его неспособность к импульсивным действиям и оригинальным замечаниям, хотя он довольно успешно присоединялся к обсуждению любой серьезной темы, начатому другими людьми. У него практически не было друзей, поскольку все его дружеские отношения разрушались вследствие его неспособности придумать что-либо оригинальное, что делало его скучным. (Пациент сообщил, что однажды рассмеялся в кинотеатре, это минимальное свидетельство улучшения вселило надежду на успешный исход психоанализа.)

В течение продолжительного времени его свободные ассоциации были всего лишь повторением постоянно происходящей внутренней беседы, свободные ассоциации были тщательно скомпонованы и поданы в таком виде, чтобы максимально заинтересовать психоаналитика.

Подобно многим другим пациентам во время психоанализа, этот пациент временами глубоко погружался в ситуацию анализа; изредка, в ответственные моменты у него возникала отстраненность; это сопровождалось необычными явлениями, о которых он иногда мог сообщить. Далее будут описаны именно эти эпизоды, отобранные из массы обычного психоаналитического материала.

Эпизоды 1 и 2

Первое из этих происшествий (фантазия, которую пациент отметил и о которой смог сообщить) случилось в состоянии кратковременной отстраненности: пациент лежал на кушетке и вдруг **свернулся калачиком и перекатился на бок**. Это было первым прямым признаком при анализе его спонтанного «Я». Следующий момент, связанный с отстраненностью, произошел несколько недель спустя. Пациент только что предпринял попытку использовать меня в качестве заместителя своего отца (умершего, когда пациенту было 18 лет) и спросил моего совета по поводу работы. Вначале я обсудил с ним интересующий его вопрос, заметив, однако, что являюсь для него психоаналитиком, а не замещаю отца. Он заявил, что не стоит тратить время на обычные разговоры, а затем сообщил о возникшей отстраненности, которую он ощутил как бегство от некоей опасности. Он не смог припомнить никакого сновидения, относящегося к этому моменту сна. Я указал ему на то, что отстраненность возникла в момент бегства от болезненного переживания состояния между сном и бодрствованием, или между разумной беседой со мной и отстраненностью. Именно тогда пациент сообщил, что у него появилась мысль **свернуться калачиком**, хотя в действительности он по-прежнему лежал на спине, скрестив на груди руки.

В этот момент я дал первую интерпретацию, которую бы наверняка не дал лет двадцать назад. Эта интерпретация оказалась чрезвычайно значимой. Говоря о желании свернуться калачиком, пациент делал движения руками перед лицом, чтобы показать, какое именно положение он хотел бы принять. Я тут же сказал ему: «Когда вы говорите о том, что хотите свернуться калачиком и повернуться на бок, вы демонстрируете нечто иное, чего сами не осознаете; вы **предполагаете наличие среды**». Спустя некоторое время я поинтересовался, понял ли меня пациент; оказалось, он отлично меня понял: «Это напоминает масло, в котором вращается колесо». Усвоив идею удерживающей его среды, пациент стал описывать словами то, что он раньше пытался показать руками: вращение вперед в отличие от вращения назад на кушетке, о чем он сообщил за несколько недель до этого.

Из этой интерпретации среды мне удалось развить тему аналитической ситуации, мы вместе с ним разработали довольно четкое определение специальных условий, создаваемых психоаналитиком, а также пределов адаптации психоаналитика к потребностям пациента. После этого пациенту приснился интересный сон, анализ которого показал, что пациент готов отказаться от своего «щита», в котором больше не было необходимости, поскольку я доказал, что могу создать приемлемую среду в моменты его отстраненности. Оказалось, что, **немедленно создав среду для отстраненного «Я» пациента, я превратил отстраненность в регрессию**, что позволило ему конструктивно использовать это переживание. В начале своей карьеры психоаналитика я, скорее всего, упустил бы такую возможность. Пациент описал эту психоаналитическую сессию, как «чрезвычайно важную».

Это было значительным достижением: я стал яснее понимать свою роль как психоаналитика; пациент признал зависимость от матери, временами довольно сильную, хотя и болезненную, а также стал совершенно по-новому воспринимать реальное положение дел на работе и в семье. Как-то пациент сказал мне, что его жена беременна, поэтому ему легко сравнить свое состояние «калачиком» в некоей среде с положением плода в матке. В действительности пациент отождествил себя с собственным ребенком и, в то же время, признал свою исходную зависимость от матери.

В следующий раз, встретившись со своей матерью, он смог впервые спросить ее, сколько она платит за психоанализ, во всяком случае, позволил себе проявить интерес к этой теме. На последующих сессиях пациент смог меня критиковать, выразив подозрение, не мошенник ли я.

Эпизод 3

Следующий эпизод произошел несколько месяцев спустя, после периода интенсивного психоанализа. На этом этапе материал был связан с анальным периодом; возник особенно пугающий для пациента аспект психоанализа — гомосексуальный аспект ситуации переноса. По словам пациента, в детстве он постоянно боялся преследования мужчин. Я дал этому интерпретацию, и он сказал, что пока я говорил, он был **далеко, на фабрике**. Если говорить обычным языком, его «мысли блуждали». Блуждание это для него было вполне реально, он ощущал себя так, словно действительно работал на фабрике, куда поступил после первого, более раннего этапа психоанализа у меня (анализ этот был прекращен в связи с войной). Я тут же дал интерпретацию, что пациент не желал держаться **за мой подол**. Слово подол полностью соответствовало ситуации, поскольку в состоянии отстраненности с точки зрения эмоционального развития пациент находился в детском возрасте, поэтому кушетка автоматически превратилась в подол психоаналитика. Легко заметить взаимосвязь между предоставлением пациенту подола, куда он мог бы вернуться, и созданием для него среды, в которой проявлялась его способность возвращаться в пространстве, свернувшись калачиком.

Эпизод 4

Четвертый эпизод, на котором мне хотелось бы остановиться, далеко не так понятен. Он произошел во время сессии, на которой он объявил, что не способен заниматься любовью. Знакомство с материалом позволило мне интерпретировать диссоциацию в отношении к миру; с одной стороны, спонтанные проявления **истинного «Я»** без надежды отыскать объект, кроме как в воображении; и, с другой стороны, реакцию на стимул частично **ложного**, или нереального, «Я». В своей интерпретации я подчеркнул, что пациент надеется преодолеть расщепленность своего отношения ко мне. В этот момент он погрузился на короткое время в состояние отстраненности, а затем сообщил, что с ним происходило; **стало темно, сгустились тучи, и начался дождь; капли больно хлестали по его обнаженному телу**. В данном случае мне удалось поместить в это жестокое окружение его самого, новорожденного, указав, с какого рода окружением ему предстоит столкнуться, обретая независимость и целостность. Это своего рода «средовая» интерпретация, только наоборот.

Эпизод 5

Пятый эпизод произошел после перерыва в девять недель, который совпал с моим летним отпуском.

Пациент явился после длительного перерыва со словами, что не знает, зачем пришел; ему было субъективно трудно начинать все заново. Главное, что его беспокоило, это невозможность спонтанно высказываться, как в кругу семьи, так и среди друзей. Ему удавалось только вступать в разговор, особенно легко это было сделать, если двое в компании беседовали друг с другом, взяв тем самым на себя ответственность за ведение разговора. Высказывая свое мнение, пациент ощущал, что присваивает функцию одного из родителей (как в первоначальной сцене), в то время как сам он стремился лишь к тому, чтобы родители признали в нем ребенка. Пациент достаточно много рассказал о себе, поэтому я имел представление о текущем положении дел.

Пятый эпизод произошел во время обсуждения обычного сновидения.

Ночью после первой сессии пациент увидел сон, о котором рассказал мне на следующий день. Сновидение это было необычайно живое и яркое. Он поехал на уик-энд за границу, **уехал в субботу, а возвратился в понедельник**. Главной в этом сновидении была встреча с пациентом, который поехал за границу на лечение, предварительно выписавшись из больницы. (Этому пациенту, как выяснилось, ампутировали конечность. Были и другие существенные детали, которые не имеют прямого отношения к теме данного сообщения.)

Моя первая интерпретация содержала комментарий о том, что в своем сновидении пациент **уходит и возвращается**. Я сделал на этом акцент, поскольку такая точка зрения согласовалась с интерпретациями первых двух эпизодов, когда я создал среду и подол, а также четвертого эпизода, когда я поместил индивида в плохое окружение, которое ему привиделось. Далее я предложил более полную интерпретацию, в частности, что сновидение выражает два аспекта его отношения к психоанализу; в одном случае он уходит и возвращается, а в другом он уезжает за границу, пациент из больницы символизирует именно эту его часть; он уезжает и поддерживает контакт с пациентом, что означает попытку устранить разрыв между двумя аспектами своего «Я». Мой пациент согласился с интерпретацией, заявив, что во сне прилагал особые усилия по поддержанию контакта с пациентом, что означало осознание своей расщепленности и стремления к интеграции.

Этот эпизод мог бы начаться в форме сновидения вне зависимости от анализа, поскольку оно содержало оба элемента, отстраненное «Я» и создание среды. Средовой аспект психоаналитика был интроецирован.

Я продолжил интерпретацию: сновидение показало, как пациент отнесся к вынужденному перерыву; ему нравилось переживание свободы, однако он сознавал, что ему придется вернуться. Таким образом, сравнительно большой перерыв, который может плохо сказаться на таких пациентах, не имел серьезных последствий. Пациент особо подчеркнул, что отъезд и возвращение тесно связаны для него с идеей высказывания оригинальных замечаний и спонтанного поведения. Он сообщил также, что в день сновидения у него усилился страх внезапно поцеловать другого человека; это мог быть кто-либо, находящийся поблизости; в том числе и мужчина. Он бы не стал так казнить, если бы неожиданно поцеловал женщину.

Пациент стал глубже погружаться в аналитическую ситуацию. Ощутил себя маленьким ребенком, который все говорит невпопад, потому что теперь сам пациент был на месте родителей. Его посетило ощущение безнадежности, что какой-либо из его спонтанных поступков будет принят (что соответствует имеющимся сведениям об обстановке в семье). Тут проявился более глубокий материал; пациент ощутил, как люди выходят и входят в двери; я интерпретировал это как взаимосвязь с дыханием, что нашло отражение в последующих ассоциациях. Идеи подобны дыханию; вместе с тем, они напоминают детей, если не обращать на них внимания, они, как ему кажется, чувствуют себя заброшенными. Его страх был связан с заброшенностью ребенка, заброшенностью идеи, мнения или ненужного жеста ребенка.

Эпизод 6

Неделю спустя пациент (неожиданно, с его точки зрения) пришел к выводу, что так и не принял смерти своего отца. Этому предшествовало сновидение о том, как они с отцом разумно и свободно обсуждали текущие сексуальные проблемы. Еще через два дня пациент сообщил о своем сильном беспокойстве в связи с **головной болью**, которая сильно отличалась от всего испытанного им ранее. Она началась примерно два дня назад, после предыдущей сессии. Боль была в висках, иногда в области лба, и словно располагалась **вне головы**. Боль была постоянной, пациент чувствовал себя больным; если бы жена хоть немного его жалела, он бы лег в постель и не пришел на анализ. Как врач он был обеспокоен: явно функциональное расстройство не удавалось объяснить с точки зрения физиологии. (Это напоминало сумасшествие.)

На протяжении часа я имел возможность выбрать подходящую интерпретацию и, наконец, сказал: «Боль вне головы отражает вашу потребность в том, чтобы вашу голову обхватывали руками, как в детстве, когда вы сильно расстраивались». Вначале он не среагировал, но постепенно понял, что человеком, который мог в нужный момент обхватить его голову, был отец, а не мать. Другими словами, после смерти отца никто не обхватывал его

голову, когда ему бывало плохо.

Я соединил свою интерпретацию с ключевой интерпретацией среды, и постепенно пациент понял, что моя идея относительно рук и головы была правильной. Он тут же впал в состояние отстраненности с ощущением, что я владею неким аппаратом, который могу включить, и который обладает гипнотическим воздействием. Таким образом, пациенту было важно, что в действительности я не касался его головы, что было бы механическим применением технических принципов. **Важно здесь то, что я тотчас же угадал, что ему нужно.**

В конце часа он, к собственному удивлению, припомнил, как в течение длительного времени поддерживал голову ребенка. Небольшая операция длилась больше часа под местной анестезией. Он делал все возможное, чтобы помочь ребенку, но без особого успеха. Ему почему-то казалось, что ребенку необходимо поддерживать голову.

Теперь пациент был глубоко убежден, что пришел на анализ в тот день, чтобы услышать мою интерпретацию, поэтому был даже благодарен жене, что она не выразила ему сочувствия и не обхватила его голову руками, как могла бы сделать.

Выводы

Основная идея этого сообщения состоит в том, что, зная о регрессии во время анализа, можно своевременно на нее отреагировать, дав возможность некоторым пациентам с менее выраженными расстройствами ограничиться кратковременной, иногда практически мгновенной регрессией. Я бы сказал, что **в состоянии отстраненности пациент удерживает себя**; и если же сразу после возникновения этого состояния психоаналитик сможет **удержать пациента**, то состояние отстраненности переходит в регрессию. Преимущество регрессии состоит в том, что она связана с возможностью коррекции неадекватных способов удовлетворения потребностей в прошлой истории пациента, иначе говоря, в обращении с пациентом в детском возрасте. В отличие от регрессии **состояние отстраненности** не дает никаких преимуществ, пациент приходит в себя, не претерпев никаких изменений.

Когда мы глубоко понимаем пациента и показываем это, давая точную и своевременную интерпретацию, мы фактически удерживаем пациента и принимаем участие в отношениях, в которых в той или иной степени проявляется зависимость и регрессия пациента.

Принято считать, что регрессия пациента во время психоанализа сопряжена с определенной опасностью. Опасность эта кроется не в самой регрессии, а в неготовности психоаналитика столкнуться с регрессией и лежащей в ее основе зависимостью. При наличии у психоаналитика достаточного опыта управления регрессией можно утверждать, что чем быстрее психоаналитик примет регрессию, тем менее вероятно вхождение пациента в болезнь с регрессивными проявлениями.»

Заключение и оценка

Заключение. Наиболее заметной отличительной особенностью теории объектных отношений является смещение акцента с инстинкта на отношения. Это точно подмечено Фэйрберном (Fairbairn, 1954): «либидо преимущественно нацелено на поиск объекта... а не удовольствия» (р. 82). Таким образом, чтобы понять индивида, требуется понять его Я-репрезентации, представления об объектах и объектные отношения. Это неизбежно влечет за собой понимание наиболее ранних взаимоотношений индивида с лицом, осуществлявшим за ним основной уход (как правило, матерью). На основе этих ранних переживаний формируются схемы, стереотипы, которые впоследствии влияют на восприятие, мышление, чувствование и налаживание отношений. Таким образом, определяющим является не инстинкт, а взаимоотношения — как они влияют на развитие «Я», как они принимаются и как включаются в наше существо.

Любую психопатологию можно проследить до момента ее зарождения в этих ранних взаимоотношениях и связанных с ними проблемах. «Именно в нарушении объектных отношений развивающегося Эго следует искать корни всех психопатологических состояний»

(Fairbairn, 1954, p. 82). Для Винникота главной проблемой являются «недостатки окружения» или отсутствие «достаточно хорошего» материнского ухода. Вместе с тем Винникот, в отличие от Фэйрберна и Гантрипа, придерживался взгляда о наличии эдиповой и доэдиповой патологии. Фэйрберн и Гантрип усматривали все проблемы в доэдиповом периоде.

Психотерапия, говоря словами Гантрипа, является «заместительной терапией». Она предполагает замещение плохих объектов хорошими. Ее задача — дать пациенту такие отношения, при которых «застывшие части» его «Я» могли бы растаять, при которых нарушенное развитие пошло бы своим чередом, при которых стало бы возможным перерождение «Я» пациента. Прежде всего вмешательство требует хороших взаимоотношений между психоаналитиком и пациентом; это и есть фактор исцеления. «Психотерапия представляет собой просто использование личных отношений, в том смысле, что "хорошие" отношения используются для устранения вреда, причиненного "плохими" отношениями» (Guntrip, 1973, p. 194). Регрессия и анализ переноса являются важными составляющими вмешательства. «Достаточно хорошие» взаимоотношения между матерью и ребенком могут служить моделью для взаимоотношений психоаналитика и пациента. Психоаналитик с некоторым опозданием исправляет то, что первоначально не удалось сделать «недостаточно хорошей» матери.

Оценка. Теория объектных отношений имеет ряд привлекательных особенностей. Ее главные преимущества могут быть сформулированы следующим образом: «Возникновение теории объектных отношений... обогатило психоаналитическую теорию более позитивным взглядом на человеческую природу... привлекло внимание к субъективному опыту и вселило надежду на то, что люди способны быть хозяевами собственной судьбы...» (Weiner, 1991, p. 33; ср. Blatt & Lerner, 1991). Объектные отношения сместили основной фокус с инстинктов на взаимоотношения. Благодаря этому открылись новые горизонты переживаний, которым уделялось недостаточно внимания в традиционной психоаналитической теории и которые крайне важны для понимания личностного развития, психопатологии и путей исцеления.

Кроме того, теория объектных отношений дает основания полагать, что патология по своему происхождению может быть эдиповой и доэдиповой. Повышенное внимание сторонников теории объектных отношений к доэдиповым феноменам позволяет лучше понимать раннее развитие, как оно происходит, почему останавливается, какой вклад вносит в общее развитие (например, Mahler, Pine, & Bergman, 1975). Эта точка зрения дает возможность расширить наши теоретические познания вплоть до объяснения доэдиповой патологии (см. Horner, 1984, p. 37).

Не менее важен акцент, который делается на «достаточно хороших» терапевтических взаимоотношениях, когда психоаналитик проявляет эмпатию, чутко относится к потребностям пациента, сопереживает ему. Отсюда с неизбежностью следует вывод о приоритете пациента над какой бы то ни было «психоаналитической техникой», а также о том, что нейтральная позиция психоаналитика в действительности является грубейшей ошибкой. «Если психоаналитик настаивает на бытии, на реальности и объективных научных фактах без какого бы то ни было личного отношения к пациенту, он нанесет пациенту такую же травму, которая изначально привела к зарождению болезни» (Guntrip, 1953, p. 119). По нашему мнению, это абсолютно справедливо.

Вместе с тем нет явных доказательств того, что практика твердо придерживается принципа, что терапия — это взаимоотношения. Техники играют заметную роль. Конечно, в адрес теории объектных отношений раздается множество критических замечаний. Например, Холт (Holt, 1985) в своей работе, посвященной исследованию психоаналитической теории применительно к объектным отношениям, называет ее кратковременным увлечением. В частности, он утверждает, что «Фэйрберн (Fairbairn, 1952a), Гантрип (Guntrip, 1969) и Винникот (Winnicott, 1958)... усвоили множество ущербных частей психоаналитической теории, поэтому вносимые ими исправления являются не более чем косметическими... Кроме того... они столь же небрежно обращаются с очевидными фактами, с такой же готовностью опираются на неспецифический «клинический опыт» как на приемлемую фактическую базу для уверенных выводов, как и традиционные последователи Фрейда, которых они, по их собственным заверениям, превзошли, хотя для этого нет достаточных научных оснований» (pp. 304-305).

И снова это последнее утверждение поднимает вопрос, который не раз уже был нами затронут: многие последователи Фрейда (глава 1), а также Юнга (глава 2) склонны опираться на описания единичных случаев, видя в них подтверждение правильности своей теории и практики вмешательства. И снова проблема подобных «свидетельств психотерапевта» состоит в том, что «отсутствие подтверждающих данных [со стороны пациента] может привести к субъективным искажениям» (Hill, 1989, p. 18).

Описанные здесь представления об объектных отношениях предполагают перекалывание ответственности за любую патологию на мать. Без сомнения, матери играют важную, решающую роль в росте и развитии ребенка. А как же отец, которого Фэйрберн (Fairbairn, 1954) именовал «родителем без молочных желез»? Какова его роль? Является ли он чем-то большим, чем просто «безгрудое существо»? Не может ли он также оказывать заметное, решающее влияние, хорошее или плохое? Гринберг и Митчелл (Greenberg & Mitchell, 1983) обратили внимание на склонность некоторых теоретиков объектных отношений, в частности Фэйрберна, Винникота и Гантрипа, считать новорожденного и развивающегося ребенка «безвинной жертвой» в руках «мучительницы-матери». Они в шутку утверждали, что, коль скоро вся патология проистекает от матери, основным источником психопатологии должна быть Ева, которая столь недостойно повела себя в садах Эдема. Подобный взгляд на патологию расценивается как «неубедительный и чрезмерно упрощенный» (Greenberg & Mitchell, 1983, p. 181).

Возвращаясь к предшествующей главе об Адлере, давайте вспомним несколько его идей, имеющих отношение к настоящей дискуссии. Адлер говорил о творческом «Я»: несмотря на нашу подверженность влиянию окружения, творческая часть каждого индивида также имеет право голоса. Учитывается ли подобное творческое «Я» в теории объектных отношений? Адлер также уделял внимание сиблингам и их потенциальному влиянию на развитие личности. Что касается объектных отношений, то их теоретики концентрируются исключительно на диаде мать—ребенок, полностью исключая или сильно ограничивая влияние других членов семьи. Действительно ли этим влиянием можно пренебречь?

Далее, насколько правомерно сопоставлять взаимоотношения между психоаналитиком и пациентом с отношениями матери и ребенка? Игл и Волицки (Eagle and Wolitzky, 1982) утверждают, что «взрослый пациент, пусть даже в состоянии расстройства и регрессии, все же отличается от младенца. Следовательно, не стоит полностью уподоблять терапевтические взаимоотношения отношениям матери и ребенка» (p. 371). К этому они добавляют следующее полезное утверждение:

«Основное сходство между взаимоотношениями родитель—ребенок и терапевтическими отношениями состоит в том, что, как отмечает Струпп (Strupp, 1976), пациент находится в зависимых отношениях, подвержен влияниям, неизбежным при таких отношениях и побуждается заменить внутренний контроль и автономию на эти внешние влияния — процесс сродни социализации» (Eagle & Wolitzky, 1982, p. 372).

Кроме того, в аналогии родитель—ребенок / психоаналитик—пациент звучит некоторая самонадеянность. В конце концов, мать «сделала все неправильно». Она потерпела неудачу. А психоаналитик может «все исправить». Или, обращаясь к некоторым терапевтически-религиозным сравнениям Фэйрберна и Гантрипа, можно сказать, что мать есть Сатана, а психоаналитик — Бог, спаситель, посланный для «спасения» пациентов от внутренней нечистой силы, которая является продуктом универсального источника зла, Матери-сатаны. Таким образом, как отметили Гринберг и Митчелл (Greenberg & Mitchell, 1983), все это представляется «чрезмерно упрощенным».

Имеются и другие упреки в адрес теории и терапии объектных отношений, в частности, в неточности их понятий, недостаточной обоснованности выбора тех или иных основных объектов вмешательства. И вновь эти вопросы поднимает Моррис Игл. «Хотя такие идеи, как замещение плохих объектов хорошими, вызывают определенные ассоциации и можно представить себе в общих чертах, что именно за ними стоит, точными их назвать нельзя. В то же время Фэйрберн несколько не пытается их уточнить» (Eagle & Wolitzky, 1992, p. 130). В отношении второго замечания Игл (Eagle, 1984) говорит, что «как и почему регрессия взрослого человека к определенным ранним стадиям развития должна привести к возобновлению психологического развития и перерождению, теоретики объектных отношений

так и не прояснили» (р. 92). Неточность и недостаточная ясность служат основными поводами для нападков, в том числе и на психоаналитическую теорию в целом (см. Holt, 1985).

Возможно, в развитии структурной модели объектных отношений и отвержении модели, основанной на инстинкте, некоторые теоретики объектных отношений зашли слишком далеко. Во всяком случае, некоторые исследователи считают именно так, в том числе Отто Кернберг. Кернберг (Kernberg, 1976) попытался в своей теории совместить психологии влечений, Эго и объектных отношений; он не считает эти теории взаимоисключающими.

«Гантрип... недавно переработал взгляды Фэйрберна в полную противоположность психоаналитической теории инстинктов, отрицая значение инстинктов в развитии личности в целом. Я не согласен с такой точкой зрения, во всяком случае, не считаю возможным противопоставлять теорию объектных отношений современным представлениям об инстинктах или психоаналитической теории инстинктов» (р. 119).

Действительно ли теоретики объектных отношений могли зайти слишком далеко — хороший вопрос, все еще полностью открытый для обсуждений.

Как же обстоят дела с научным исследованием подхода объектных отношений? Как уже было сказано, одной из проблем является склонность излишне полагаться на описание единичных случаев, что сопряжено с односторонностью и дает простор возможным искажениям и накладкам. Вместе с тем в литературе опубликованы интересные материалы, посвященные новаторским разработкам теории объектных отношений, в частности, речь идет о группе психотерапевтических исследований из Сан-Франциско (Weiss and Sampson, 1986).

«Теория контроля бессознательного... разработанная Вейссом и Сэмпсоном, может считаться продолжением и переработкой Эго-психологии, в том смысле, что основной акцент делается на бессознательных Эго-процессах убеждений, суждений, проверки и т. д. Вместе с тем теория контроля бессознательного также связана с межличностным взаимодействием и объектными отношениями, в том смысле, что бессознательные патологические убеждения приобретаются в процессе взаимодействия и общения с родительскими фигурами и подвергаются проверке в процессе лечения через общение с психотерапевтом» (Eagle & Wolitzky, 1992, pp. 142-143).

Теория, разработанная группой Вейсса/Сэмпсона и меньше нацеленная на техники терапии, предназначена для объяснения принципов работы терапии (Silberschatz, Curtis, Sampson, & Weiss, 1991, p. 56). Особое внимание уделяется плану пациента, который заключается в зачастую бессознательной стратегии использования терапии для разрушения своих патогенных убеждений, тестировании этих убеждений в процессе лечения, в то время как задача психотерапевта — справиться с тестами, которые предлагает пациент. На данный момент научные исследования подтвердили правильность идей Вейсса и Сэмпсона о планах пациента, предлагаемых им тестах, а также о том, что происходит в случае успешного или неуспешного прохождения психотерапевтом этих тестов. Описание исследовательской программы, ее результаты и перспективы отражены в ряде работ (Sampson & Weiss, 1992; Silberschatz et al., 1991; Weiss, 1988, 1993; Weiss & Sampson, 1986).

Если же работа созданной Вейссом/Сэмпсоном группы из Сан-Франциско оказалась результативной, какой вывод можно сделать об эффективности терапии объектных отношений? Вероятно, лучшее, что можно сделать, это вновь процитировать Игла и Волицки (Eagle & Wolitzky, 1992), которые высказались о терапии объектных отношений, а также о других психоаналитических моделях терапии таким образом: «[В] какой мере использование той или другой модели или их комбинации связано с реальной результативностью вмешательства... [еще] предстоит выяснить в ближайшем будущем» (р. 151).

Что же можно сказать о будущем теории и терапии объектных отношений? Объектные отношения, во всяком случае в настоящий момент, пользуются большой популярностью и хорошо принимаются в кругах психоаналитиков. Возвращаясь к двум основоположникам теории объектных отношений, надо сказать, что в последнее время вышли многие работы, посвященные Фэйрберну, Винникоту и их взглядам (Docker-Drysdale, 1989; Giovachinni, 1990; Goldman, 1993; Grotstein & Kinsley, 1993; Hughes, 1989; Little, 1990; Sutherland, 1989; Winnicott & Shepherd, 1989). Выходит множество книг на тему семейной, групповой и индивидуальной психотерапии объектных отношений (например, Cashdan, 1988; Horner, 1991; Scharff & Scharff, 1987, 1991, 1992). Проводятся рабочие совещания и семинары на эту тему. Действительно, в

настоящее время наблюдается значительный интерес к материалам по объектным отношениям, они широкодоступны.

Вместе с тем не является ли теория объектных отношений, как выразился Холт (Holt, 1985), всего лишь причудой? По нашему мнению, нет. Объектные отношения дают нам альтернативный подход к развитию, изменению и терапии. Наиболее полно эта теория изложена в работах Фэйрберна, Винникота и Гантрипа. Что касается других представителей данного подхода, о которых не шла речь в данной главе, например Мелани Кляйн, Гарри Стека Салливана и Михаэля Балинта, в их работах также можно найти немало интересного и поучительного. Их влияние на теорию и терапию будет шириться, его еще предстоит исследовать, проанализировать. Хочется надеяться, что будут предприняты усилия по применению терапии объектных отношений при различных терапевтических проблемах и модальностях вмешательства, будут проанализированы ее связи с другими теориями, а концепции адаптированы к краткосрочным подходам. По нашему мнению, теория объектных отношений достаточно актуальна и в ближайшем будущем не сойдет с психоаналитической сцены.

Давайте завершим эту главу и первый раздел в целом цитатой из великолепной книги Гринберга и Митчелла (Greenberg & Mitchell, 1983). Вот что они говорят о будущем психоанализа — подходе объектных отношений и модели (фрейдовской) структуры влечений.

«Трудно давать прогноз о перспективах развития такой сложной дисциплины, какой является психоанализ. Возможно, модель структуры влечений окажется достаточно убедительной и прочной, чтобы включить в себя все концепции объектных отношений. В этом случае теория объектных отношений прекратит самостоятельное существование, сыграв достойную роль в развитии и поддержании более раннего подхода. С другой стороны, не исключено, что объектные отношения будут все больше проникать в теорию и практику. Тогда теория влечений станет постепенно терять своих последователей, продолжая оставаться важной, изящной, но более не работоспособной техникой.

Мы полагаем, что ни один из этих сценариев не будет реализован. Парадоксальность двойственной природы человека как высоко индивидуального и, одновременно, социального существа, столь глубока и так тесно связана с историей цивилизации, что вряд ли можно будет отыскать простое решение в одном из направлений. Более вероятным представляется сохранение и расширение значимости обеих моделей влечений и отношений, которые будут подвергаться постоянным преобразованиям; и в результате взаимодействия этих двух взглядов на человеческие переживания наладится творческий диалог» (pp. 407-408).

До сих пор обе модели продолжают существовать, обе по-прежнему пересматриваются, а комплексное взаимодействие между ними определенно породило творческий диалог. Мы не видим причин для изменения такого положения в ближайшем будущем.

Часть II. Подходы, основанные на теории научения

Предисловие к части II

Научение может быть определено как изменения в поведении, не обусловленные естественными реакциями, созреванием или временными состояниями организма, например, усталостью или приемом лекарств (Hilgard & Bower, 1975). Психотерапия занимается поведенческими изменениями и должна, следовательно, включать в себя научение и теорию научения. Психотерапия, таким образом, заключается в применении принципов научения, или теории научения.

С этими рассуждениями, пожалуй, согласятся многие психотерапевты, но реальная ситуация не так проста, как может показаться. Большинство подходов в психотерапии развиваются отнюдь не из теории научения. Несмотря на то что любой подход должен соответствовать теории научения, большая часть подходов, как правило, систематически не оценивается с этой точки зрения.

Две очевидные причины объясняют отсутствие сближения психотерапии с теорией

научения. Во-первых, теория научения находится на той стадии развития, когда она не может быть автоматически и широко применена к практическим ситуациям, в частности к ситуациям, связанным с аномалиями поведения или отклонениями от нормального поведения. Хотя эксперименты и исследования уже вышли за пределы лабораторий, они, по большей части, ограничены относительно простыми видами поведения в контролируемых ситуациях.

Кимбл (Kimble, 1967), анализируя обстоятельства, связанные с обусловливанием, пишет:

«Возможно, когда-нибудь станет известно, способны ли законы обусловливания объяснить психопатологическое поведение. Однако этот момент еще очень далек. В настоящее время можно лишь попытаться объяснить сложные явления сравнительно простыми терминами. Не следует удивляться тому, что эти объяснения будут неполными и несовершенными. Сложное поведение, если вообще можно его объяснить подобными терминами, неизбежно включает в себя одновременное действие множества принципов обусловливания. К сожалению, сами эти принципы точно не установлены, еще меньше известно об их сочетании и взаимодействии» (р. 436).

Следует помнить об этом высказывании, когда читаешь отчеты о терапии, основанной на теории научения и соответствующих принципах. В этих отчетах обычно указывают, что использованные методы основаны на известных и экспериментально подтвержденных принципах научения.

Во-вторых, нельзя говорить о теории научения как таковой. Не существует единственной теории, обычно речь идет о множестве разных теорий, а применительно к человеку — об ограниченных сферах поведения, таких как парно-ассоциативное научение бессмысленным звукам или научение простым психомоторным действиям. Таким образом, когда говорят, что конкретный подход или метод психотерапии основан на теории или принципах научения, правомерно спросить: «На какой теории?» или «На каких принципах?»

Подходы к психотерапии используют различные методы и техники научения, основанные на двух способах научения, а именно классическом (или рефлексорном) обусловливании и оперантном (или инструментальном) обусловливании. Классическое обусловливание основано на работе Павлова. Несмотря на то что другие ученые до него также занимались изучением обусловливания, он первым стал делать это систематически и интенсивно. Парадигмой для классического обусловливания является присутствие безусловного раздражителя, который автоматически вызывает безусловную реакцию, и условного раздражителя, вызывающего условную реакцию — сходную или являющуюся частью безусловной реакции — при сочетании с представленным чуть раньше безусловным раздражителем.

Во многих случаях применения данной модели к сложному поведению в консультировании или психотерапии игнорируются три аспекта классического обусловливания. Во-первых, условная реакция не идентична безусловной, иногда она сильно отличается, являясь опережающей реакцией. Во-вторых, конкретная реакция (как заметил Павлов в своей работе с собаками) является не единственным видом поведения, которое вызывается безусловным или условным раздражителем; реагирует весь организм в целом, что можно назвать «побочным эффектом» при обусловливании. В-третьих, при лабораторной работе по обусловливанию испытуемый находится в ситуации, из которой он не может выйти с помощью реакции избегания (или инструментальной реакции).

При оперантном обусловливании, добровольно или спонтанно появившееся (оперантное) поведение закрепляют положительным подкреплением (вознаграждением) или препятствуют ему за счет отрицательного подкрепления, то есть раздражителя, устранение которого повышает вероятность предшествующего ему поведения, за счет отсутствия подкрепления (отсутствие вознаграждения, положительного или отрицательного) или за счет наказания. Термины **оперантный** и **инструментальный** основаны на представлении о том, что условное поведение воздействует на окружение или является инструментом для получения подкрепления или вознаграждения. В этом смысле поведение представляется не подлежащим контролю со стороны экспериментатора. Подчеркивается, что поведение контролируется своими последствиями. Вместе с тем, поскольку экспериментатор контролирует последствия или же использование подкреплений/наказаний, он осуществляет

контроль за поведением испытуемого. При этом проявляются когнитивное осознание и выбор, хотя осознание не является необходимым условием обусловливания; в действительности строгие бихевиористы отрицают существование выбора.

Классическое и оперантное обусловливание невозможно четко разделить. При классическом обусловливании безусловный раздражитель следует за условным раздражителем. Таким образом, безусловный раздражитель можно рассматривать, в терминах оперантного обусловливания, как подкрепление связи между условным раздражителем и реакцией. При оперантном обусловливании подкрепление следует после реакции, которую желательно закрепить; можно сказать, что эта реакция становится связанной с действием (или раздражителем), предшествующим ей. При оперантном обусловливании добровольное, спонтанное поведение, как говорят, «вызывает» подкрепление, которое может считаться безусловным раздражителем. В классическом обусловливании безусловный раздражитель не зависит от поведения испытуемого. Как указывал Йетс (Yates, 1970), если в эксперимент по классическому обусловливанию, где условный раздражитель связан с электрошоком, после которого собака невольно отдергивает лапу при действии одного только условного раздражителя, внести изменения, чтобы животное имело возможность избежать шока, подняв лапу до воздействия безусловного раздражителя, то классическое аверсивное обусловливание становится инструментальным, или оперантным, аверсивным обусловливанием.

Предпринимались попытки сочетания или интеграции этих двух типов обусловливания в одну модель. Павлов пытался свести инструментальное обусловливание к классическому. В системе Халла предпринимаются усилия по сведению классического обусловливания к инструментальному. Маурер (Mowrer, 1947), ранее предложивший двухфакторную теорию научения, основанную на различии между классическим и инструментальным обусловливанием, впоследствии попытался соединить их вместе на классической основе (Mowrer, 1960).

Интерес к взаимосвязи между научением и психотерапией проявляется уже довольно давно (Bandura, 1961; Kanfer, 1961; Magaret, 1950; Shaffer, 1947; Shaw, 1946; Shoben, 1948, 1949, 1953). В прежнее время дискуссии были преимущественно посвящены теории подкрепления и ограничивались интерпретацией или переводом методов психотерапии, таких как психоанализ, в термины теории научения. Работа Долларда и Миллера (Dollard & Miller, 1950) является классической, поэтому и включена в этот раздел. Две другие систематические попытки предприняли Пепинскис (Pepinskys, 1954) и Паскаль (Pascal, 1959). Еще одним вариантом теории подкрепления является теория интерференции (Phillips, 1956).

В отличие от этих подходов, основанных на теории подкрепления, система Сэлтера (Salter, 1949) использует классическое обусловливание. Включенный в данный раздел метод Вольпе (Wolpe, 1958) также основывается преимущественно на классическом обусловливании. Подход с использованием классического обусловливания для модификации человеческого поведения ведет свое начало с работы Джоунса (Jones, 1924) с Питером и кроликом под влиянием Уотсона (Watson & Rayner, 1920).

Подходы к психотерапии, основанные на научении, не ограничены классической или инструментальной парадигмой. Сэлтер, вероятно, стоит ближе к классическому подходу. Вольпе не столь ограничен классическим обусловливанием, несмотря на то, что разработанный им теоретический принципы вытекают из этой парадигмы. Доллард и Миллер, основывая свои разработки на теории Халла, делают акцент на подкреплении, поэтому стоят ближе к оперантной парадигме.

Большая работа по оперантному обусловливанию была проведена Скиннером (Skinner, 1938, 1953). Оперантное обусловливание было впервые рассмотрено в сфере психотерапии в виде вербального обусловливания при интервью (Greenspoon, 1950, 1955; Hildum & Brown, 1956; Kanfer, 1966; Krasner, 1958, 1962, 1963, 1965; Salzinger, 1959, 1969). Эта работа не переросла в интегрированный систематический подход к психотерапии, видимо, по причине атеоретического и операционалистского влияния Скиннера.

Использование оперантного обусловливания для модификации поведения госпитализированных пациентов психиатрического профиля впервые было изучено Петерсом (Peters, 1952, 1955; Peters & Jenkins, 1954) и Линдсли (Lindsley, 1956; Lindsley & Skinner, 1954).

Его применение в условиях учреждений, включая учебные классы, распространилось с того времени весьма широко.

Термин **поведенческая терапия** впервые употребил, по-видимому, Линдсли (Lindsley, Skinner, & Solomon, 1953). Позднее Лазарус (Lazarus, 1958) и Айзенк (Eysenck, 1959) стали использовать этот термин независимо друг от друга и от Линдсли. Он стал общеупотребительным и означает применение разнообразных техник, связанных с принципами или теорией научения, с целью модификации более или менее конкретного аномального поведения, как во время терапевтических интервью, так и в других условиях. Термин **модификация поведения** также используется довольно широко, часто наравне с **поведенческой терапией**, в частности в США, для обозначения методов оперантного обусловливания в отличие от поведенческой терапии Вольпе или, говоря вообще, для обозначения использования принципов научения в разнообразных ситуациях за рамками терапевтического интервью. Здесь мы ограничимся рассмотрением изменения поведения во время интервью; программы или системы для изменения поведения в учреждениях, например жетонная система, не рассматриваются.

Исследования и публикации в этой сфере в большом количестве появлялись в 1960-х гг., стали издаваться новые журналы для сопоставления результатов исследований и изучения отдельных случаев (например *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, *Behavior Research and Therapy*, *Journal of Applied Behavior Analysis*), выходили книги с обзорами последних достижений (Eysenck, 1960, 1964; Franks, 1964, 1970; Krasner & Ullmann, 1965; Krumboltz & Thoreson, 1969; Levis, 1970; Osipow & Walsh, 1970; Rubin & Franks, 1969; Ullmann & Krasner, 1965), а также монографии, посвященные более обширным вмешательствам в данной сфере (Bandura, 1969; Eysenck & Rachman, 1965; Kanfer & Phillips, 1970; Yates, 1970). Значительная активность сторонников поведенческих изменений в психотерапии дала основание использовать для характеристики движения термин **революция** (Krasner, 1966; Krumboltz, 1966). Левис (Levis, 1970) считал, что поведенческая терапия представляет собой четвертую по счету революцию (после Пинеля, Фрейда и теории общественного психического здоровья).

В отличие от ранних подходов к психотерапии и несмотря на то, что термин **теория научения** употребляется довольно часто, поведенческая терапия или модификация поведения представляют собой преимущественно эмпирические, экспериментально-аналитические и скорее индуктивные, чем дедуктивные, подходы. Ульман и Краснер (Ullmann and Krasner, 1969) заметили, что «несмотря на множество техник, концепции или общие принципы поведенческой терапии весьма малочисленны» (р. 252). Книги, посвященные поведенческой терапии, как правило, представляют собой справочники по техникам и методам. Они не систематизированы в том смысле, что автор не придерживается теоретической точки зрения, не развивает ее философию и концепции и не предлагает техники, основанные на концепциях и теории. Поведенческая терапия, по мнению Йетса (Yates, 1970), является скорее индуктивным, чем дедуктивным подходом, основана на экспериментах и использует экспериментальный метод лечения конкретного клиента. Таким образом, Йетс считает, что Доллард и Миллер не были поведенческими терапевтами, и даже Вольпе не может считаться таковым с позиции британского значения данного термина. Йетс дал следующее определение поведенческой терапии. Это попытка систематического использования обширных эмпирических и теоретических знаний, которые были накоплены в результате применения экспериментального метода в психологии и смежных дисциплинах (физиологии и нейрофизиологии) с целью объяснения происхождения и сохранения аномальных стереотипов поведения; а также применение этих знаний для лечения или профилактики этих аномалий посредством контролируемых экспериментальных исследований как описательных, так и корректирующих, единичного случая (р. 18).

Вместе с тем далеко не все называющие себя поведенческими психотерапевтами работают в этом стиле или только в этом стиле. Кроме того, не всем поведенческим психотерапевтам свойственна атеоретическая, эмпирическая ограниченность. Например, Фрэнкс (Franks, 1969) писал:

«В лучшем из всех возможных миров было бы крайне желательно для психотерапевта стремиться быть ученым, даже если эту цель трудно реализовать. Чтобы быть ученым,

необходимо действовать в определенных теоретических рамках... Таким образом, практическая работа поведенческого психотерапевта (включая выбор техник, подход к проблемам или общую стратегию, его специфические взаимоотношения с пациентом) зависит от его эксплицитной теоретической ориентации и имплицитной философской и культурной среды» (р. 21).

Есть свидетельства тому, что поведенческие психотерапевты становятся все более разносторонними и движутся к так называемой традиционной психотерапии, в частности в признании важности отношений психотерапевт—клиент (см. Glass & Arnkoff, 1992). (Важность отношений экспериментатор—испытуемый при вербальном обусловливании была продемонстрирована исследованиями, относящимися к более раннему периоду.) Многие поведенческие психотерапевты признают важность когнитивных и аффективных составляющих, включая осознание или сознание (Glass & Arnkoff, 1992). Это шаг в сторону от применения техник, заимствованных из лабораторных исследований, к признанию сложности человеческого ситуативного поведения, которое отличается от поведения животных в лаборатории. Фрэнкс, в частности, задавался вопросом (Franks, 1969):

«Можно ли судить, основываясь на иногда наблюдаемой согласованности показателей приобретения и угасания реакции в лабораторных условиях, о неизбежности сильной положительной связи между быстротой и силой, с которыми приобретаются новые реакции во время поведенческой терапии, и сопротивлением терапевтическому угасанию совершенно других уже существующих реакций? Сходные вопросы возникают в отношении генерализации условных реакций во время терапии. Если базовые параметры лабораторного обусловливания все еще находятся на стадии обсуждения, неудивительно, что взаимосвязь между обусловливанием в лаборатории и обусловливанием в клинической ситуации по-прежнему не ясна. К сожалению, многие исследователи-клиницисты действуют так, словно эта взаимосвязь им понятна» (р. 22).

При таких сильных расхождениях между теми, кто именует себя поведенческими психотерапевтами, следует решить, вести ли речь о поведенческой терапии или поведенческих **терапии**. Тем не менее Фрэнкс (Franks, 1969) отстаивает термин **поведенческая терапия**, хотя сам же допускает, что «это хаотическая смесь техник», исходя из того, что «все формы поведенческой терапии основываются на общем, явном, систематическом использовании принципов научения для достижения заранее определенных, четко сформулированных целей» (р. 2). Он утверждает, что термин **поведенческие терапии** «означает немногим больше, чем набор поведенчески ориентированных терапевтических техник». Йетс (Yates, 1970) придерживается такого же мнения. Ассоциация продвижения поведенческих терапий (*Association of Advancement of the Behavioral Therapies*) изменила свое название на единственное число в 1968 г., единственное число используется также большинством авторов публикаций, даже если они описывают ряд методов или подходов, не интегрированных в какую-либо систему.

Вместе с тем у наблюдателя может сложиться впечатление, что поведенческая терапия — не более чем «мешок» техник, предназначенных для решения конкретных проблем и не имеющих никакой теоретической основы. Конечно, к настоящему моменту отсутствует четкое, систематическое, интегрированное, теоретически ориентированное описание поведенческой терапии. Вероятно, в этом нашло отражение общее состояние дел в этой сфере, поэтому преждевременно ожидать интеграции многочисленных техник и методов в системный подход. Безусловно, любая подобная попытка столкнулась бы со значительными трудностями. В задачу данной книги не входит, да это и вне возможностей авторов, представить систематическую точку зрения, которой не существует, и не было даже попыток к ее созданию сторонниками такой точки зрения.

Краснер (Krasner, 1971) указывал, что «в процессе знакомства с обширной литературой по поведенческой терапии вспоминаешь притчу о слепцах, которые описывали слона исключительно на основании собственных ощущений». Каждый описал какую-либо одну часть слона. Краснер пишет, что «слон поведенческой терапии в действительности существует, причем его можно отличить от других обитателей джунглей». Он предлагает это сделать в своем обзоре, перечисляя 15 направлений развития поведенческой терапии, включая социальную психологию и социальное научение, а также анализирует литературу конца 1960-

х гг., чтобы составить более полное представление о поведенческой терапии, однако не объединяет части слона в единое целое. Канфер и Филлипс (Kanfer & Phillips, 1969) также призывали к «созданию очерченных концептуальных рамок, откуда клиницист мог бы заимствовать новые техники с четко сформулированными обоснованиями, предсказуемыми эффектами и обоснованными критериями и методами оценки эффективности» (р. 448). До сих пор ничего подобного не существует.

Работа Вольпе, включая вышедшую в 1958 г. книгу и ее дополнения 1969, 1973, 1982 и 1990 гг., предлагает относительно систематический взгляд на поведенческую терапию, основанный преимущественно на теории и исследованиях классического обусловливания. Пока отсутствует аналогичное описание терапии, основанной на теории и исследованиях оперантного обусловливания, не было предпринято и систематической попытки интеграции обоих этих подходов в более широкую и всеобъемлющую теорию научения. Вместе с тем опубликовано подробное руководство по поведенческой терапии, включающее оба подхода в качестве самостоятельных моделей, и терапевтические процедуры, которые присущи обоим моделям, представляя их как смешанные модели. Эту работу проделали Канфер и Филлипс (Kanfer & Phillips, 1970), написанное ими руководство по поведенческой терапии — лучшее на сегодняшний день. Предыдущее издание данной книги включало резюме этой работы.

По соображениям экономии места невозможно дать здесь адекватную оценку поведенческой терапии. Опубликован ряд критических работ (Breger & McGaugh, 1964, 1968; Grossberg, 1964; Patterson, 1969; Rachman & Eysenck, 1966; Weitzman, 1967; Wiest, 1967), а также обзоров и оценок (Emmelkamp, 1986, 1994; Ollendick, 1986). По мере накопления фактов и опыта поведенческие психотерапевты все больше отдают должное сложности человеческого поведения и поведенческих проблем, а также отдают себе отчет в том, что поведенческая терапия — это не панацея. Наглядным примером служит книга Канфера и Филлипса (Kanfer & Phillips, 1970).

Лазарус (Lazarus, 1971), который считается поведенческим терапевтом, работал с Вольпе в течение нескольких лет и опубликовал критический обзор поведенческой терапии. Он, в частности, писал, что

«методы поведенческой терапии весьма эффективны, если используются в тщательно отобранных случаях опытными клиницистами. Если же процедуры используются за пределами своего предназначения, результатом обычно бывает разочарование. Методы эти — далеко не панацея, поэтому они не годятся для любых случаев, и можно, как в пословице, с водой выплеснуть и ребенка» (р. 1).

Лазарус продолжает:

«Опасность заключается в преждевременной завышенной оценке принципов научения с приданием им статуса научных истин, а также в использовании термина «современная теория научения» для обозначения того, что лучше описать как «современные теории научения» ... Таким образом, заявление Айзенка о том, что поведенческая терапия обозначает «методы лечения, вытекающие из современной теории научения», — не более чем заманчивый лозунг» (рр. 5-6).

Он расценил разработанные Вольпе два десятка поведенческих техник, как «полезную **точку отсчета** для повышения клинической эффективности, а не законченную систему, способную положить конец 90% мировых невротических страданий» (рр. 6-7). Он оценил поведенческую терапию как объективное дополнение к психотерапии. Он утверждал, что «некоторые поведенческие психотерапевты теперь осознают тот факт, что процессы взаимодействия, более разнообразные и сложные, чем реципрокное торможение и оперантное обусловливание, пронизывают их интервью и мешают или способствуют применению конкретных техник» (р. 9).

Более сложные и разнообразные процессы, если воспользоваться термином Лазаруса, включают не только процессы, связанные с отношениями между психотерапевтом и клиентом, но также и когнитивные процессы. Когнитивные элементы всегда присутствовали в основанных на теории научения подходах в психотерапии. Доллард и Миллер явно учитывали роль высших психических процессов в развитии и лечении эмоциональных проблем. Канфер и Филлипс также признавали когнитивные аспекты. Многие бихевиористы в настоящее время не только склонны отдавать должное когнициям, но и открыто используют чисто когнитивные

методы и техники (Goldfried & Davison, 1976; Mahoney, 1974; Martin & Pear, 1978; O'Leary & Wilson, 1975; ср. Glass & Arnkoff, 1992).

Вместе с тем поведенческие психотерапевты не склонны систематически объединять когнитивные методы или техники со стандартными поведенческими техниками (также включающими когнитивные элементы) на теоретической основе, они также не пытаются использовать какие-либо конкретные когнитивные теории. Вероятно, в связи с тем что поведенческая терапия в значительной степени атеоретична, то есть эмпирически ориентирована, когнитивные методы включены в другие ее техники. Это включение когнитивных техник рассматривается Вискрамасекерой (Wickramasekera, 1976):

«Мне представляется маловероятным, что этот подход сам по себе повысит нашу способность осуществлять надежный контроль над личными событиями. Этот упрощенный подход, пытающийся организовать альянс между оперантным обусловливанием и когнитивным научением, игнорирует обширные научные достижения в сфере конструкторов, когниций» (р. 2).

Вопрос состоит в том, возможен ли вообще альянс между бихевиоризмом и когнитивными теориями, не является ли он попросту прагматическим союзом с целью придать бихевиоризму респектабельность? По-видимому, существует принципиальная несовместимость между строгим, ортодоксальным бихевиоризмом, отвергающим причинную значимость психических событий, и когнитивной психологией.

Далее предлагаются краткие описания двух подходов к психотерапии: Долларда и Миллера, а также Вольпе. Работа Долларда и Миллера представляет собой первую осмысленную попытку интеграции теории научения и психоаналитической мысли. Хотя приведение этой работы в разделе, посвященном теории научения, может показаться спорным, мы предполагали, что этот подход послужит удобным мостиком от предыдущего (психоаналитического) к данному разделу. Взгляд Вольпе на поведенческую терапию также можно представить себе как отражение необихевиористской посреднической модели стимул—реакция (*mediational stimulus-response model*) (см. Wilson, 1984). Несомненно, существует ряд других заслуживающих внимания моделей поведенческой терапии, однако в данном разделе мы остановимся на этих двух.

Глава 5. Теория подкрепления и психоаналитическая терапия: Доллард и Миллер

Теория научения, разработанная Халлом, его учениками и помощниками, включая Нила Миллера, была адаптирована к психотерапии Джоном Доллардом и Нилом Миллером (Dollard & Miller, 1950) в книге *Personality and Psychotherapy: An Analysis in Terms of Learning, Thinking, and Culture*. Джон Доллард (1900-1980), получив степень доктора философии в Университете Чикаго в 1931 г., перешел в Институт человеческих отношений в Йельском университете, где он стал профессором психологии в 1952 г. Помимо других книг, он является автором книги «Каста и класс в южном городе» (*Caste and Class in a Southern Town*, 1937).

Нил Э. Миллер родился в 1909 г., получил степень доктора философии в 1935 г. в Йейле, где продолжал работать вплоть до 1966 г., за исключением годичной постдокторантуры в Психоаналитическом институте в Вене во время Второй мировой войны, когда он участвовал в программе отбора в военно-воздушные силы. Он занимал должность эйнджелловского профессора психологии (*James Rowland Angell Professor of Psychology*) в Йейле с 1952 по 1966 гг., после чего перешел в Рокфеллеровский университет (*Rockefeller University*) в качестве профессора психологии. Будучи автором многочисленных статей на тему научения и теории научения, он также является соавтором Долларда в книге «Социальное научение и подражание» (*Social Learning & Imitation*, 1941), а также ряда авторов в книге «Фрустрация и агрессия» (*Frustration and Aggression*, 1939).

В 1964 г. Миллер получил национальную медаль науки. В 1959 г. он стал обладателем награды за выдающийся научный вклад (*Award for Distinguished Scientific Contributions*), которую вручает Американская психологическая ассоциация (*American Psychological Association, APA*). В 1983 г. он получил награду за выдающийся профессиональный вклад (*Award for Distinguished Professional Contributions*), также от APA. Объявление о награде

включало биографию и список публикаций до 1983 г. (*American Psychologist*, 1984, 39, 291-298). В 1991 г. Миллер был награжден ассоциацией APA за выдающийся вклад в психологию на протяжении жизни (*Citation for Outstanding Lifetime Contribution to Psychology*).

Становление и развитие

В отличие от подходов, сторонники которых пытались применить к психотерапии принципы обусловливания, подход Долларда и Миллера направлен на интеграцию теории научения, в частности бихевиоризма Халла, с достижениями психоанализа, касающимися человеческого поведения и личности, а также учитывает вклад социологии в социальные условия научения. В результате, как надеялись Доллард и Миллер, должна появиться общая наука о человеческом поведении. Природа невроза и его лечение вошли бы составной частью в эту науку. Психотерапия, в частности психоанализ, представляется как окно, позволяющее заглянуть в психическую жизнь, что обычно невозможно в ходе изучения и наблюдения нормального индивида. Законы и теория научения должны были создать для психотерапии прочную основу.

Философия и концепции

Невроз есть продукт скорее переживания, а не инстинкта или органического повреждения. Следовательно, он должен быть усвоенным, а научение идет по своим законам, одни из которых известны, а некоторые, пока неизвестные, могут быть раскрыты в результате изучения неврозов с помощью психотерапии. Таким образом, теория научения и психотерапия дополняют друг друга. В своей книге Доллард и Миллер (Dollard & Miller, 1950) пытаются «провести систематический анализ невроза и психотерапии с позиции психологических принципов и социальных условий научения» (р. 9).

Что такое невроз? Невротическая личность несчастна, выглядит глупо из-за неспособности решать эмоциональные проблемы, страдает от разнообразных симптомов. Невротические личности способны к нормальной деятельности, но не могут нормально функционировать, чтобы наслаждаться жизнью. Наиболее распространенными симптомами являются бессонница, беспокойство, раздражительность, сексуальная заторможенность, фобии, головные боли, иррациональные страхи, отсутствие вкуса к жизни и отсутствие четких личных целей. Это состояние является результатом конфликта, вызванного двумя и более сильными влечениями, приводящими к несовместимым реакциям. Невротическая личность не способна к разрешению этих конфликтов, поскольку ясно их не осознает. Невротические конфликты подавлены, то есть не имеют названия, следовательно, человек «не может описать конфликтующие внутри него силы» (там же, р. 15). Невротическая личность выглядит глупо из-за неспособности использовать высшие психические процессы для преодоления проблем, поскольку не знает, в чем эти проблемы, заключаются.

Несмотря на то что невротические симптомы причиняют страдание, они же способствуют ослаблению невротического конфликта. Возникающий симптом подкрепляется уменьшением невротического ощущения страдания. В результате симптом выучивается, превращается в привычку» (Dollard & Miller, 1950, р. 15).

Базовые принципы научения. Поведение всех людей, от обычного избегания ребенком горячей батареи до создания ученым теории, является выученным. Для любого научения важны четыре основных фактора.

Первым фактором является **влечение**, или мотивация. Влечения — это сильные раздражители, побуждающие к действию. Определенные классы раздражителей первичны, это так называемые врожденные влечения: боль, жажда, голод и т. п. Наряду с ними существуют вторичные, или выученные, влечения, которые «приобретаются на основе первичных влечений, представляют их производные и служат фасадом, за которым скрываются функции внутренних влечений» (там же, pp. 31-32). В последующих публикациях (1959, 1964) Миллер изменил свои взгляды, включив канализирование с помощью научения

некоторых предположительно внутренних влечений, таких как любопытство. Многие из наиболее важных влечений являются выученными, например страх (или тревога).

Вторым фактором научения является **сигнал** (*cue*), или раздражитель. Когда личность побуждается к действию влечением, «сигналы определяют, когда, где и как именно проявится ее реакция» (там же, р. 32). Как внешние, так и внутренние раздражители могут выступать в роли сигналов (а также быть влечениями) для специфических реакций. Изменения раздражителей, их различия и стереотипы выступают в качестве сигналов. Страх обладает свойствами сильнейшего внешнего сигнала. «Когда страх выучен в качестве отклика на новую ситуацию, он служит сигналом для произвольных реакций, которые ранее были выучены в других пугающих ситуациях» (там же, р. 77), таких как вербальные реакции выражения страха, испуганное молчание или уход из пугающей ситуации. Страх может также превратиться в сигнал для избегания действия или реакции, за которыми следует наказание, если его присоединить к сигналам, вызываемым мыслью о выполнении данного действия. После достаточно строгого наказания за совершение действия индивид ощущает страх, когда думает о наказуемом действии или когда приступает к его выполнению, что ведет к прекращению действия или отказу от него. Страх уменьшается, благодаря чему подкрепляются прекращение или отказ.

Страх вызывает определенные внутренние реакции или связан с ними, речь идет о повышении кислотности желудочного сока, учащении и нарушении сердечного ритма, мышечном напряжении, дрожи, вздрагивании, замирании (от страха), потоотделении, сухости во рту и горле, ощущении нереальности происходящего, мутизме и амнезии. Многие из этих реакций являются симптомами невроза или психоза.

Третьим фактором научения служит **реакция**. Сигналы ведут к реакциям, которые могут быть представлены в виде иерархической структуры в зависимости от вероятности их возникновения. Доминантная реакция (занимающая наиболее высокое положение в иерархии) имеет сильную связь с раздражителем. Природа этой причинной связи неизвестна. Изменение силы связей между раздражителями и реакциями (или изменение положения реакций в иерархии) и есть научение, однако реакция должна произойти до того, как она сможет быть связана с раздражителем. Такие новые реакции возникают в результате проб и ошибок, имитации или вербального распоряжения. Все эти методы являются способами вызова реакций, которые могут быть вознаграждены. При обусловливании реакция на безусловный раздражитель является доминантной. Страх — это природная реакция на определенные раздражители.

Четвертый фактор — это **подкрепление**, или вознаграждение. «Любое конкретное событие... которое закрепляет склонность к повторению реакции, называется подкреплением» (там же, р. 39). Уменьшение или прекращение болезненных или тревожных раздражителей действует как подкрепление, поскольку создает снижение выраженности сильного влечения или раздражителя. Существуют выученные, или вторичные, подкрепления, например деньги, а также врожденные подкрепления. Выученные вознаграждения функционируют аналогично невыученным. Хотя подкрепление может действовать в ситуации осознания со стороны испытуемого, оно также может действовать прямо, без осознания.

В дополнение к этим четырем факторам, или условиям научения, существует несколько других аспектов процесса научения, требующих определения. Одним из них является **угасание**. Когда выученная реакция повторяется без продолжения подкрепления, ее частота постепенно снижается; то есть она гасится. Если бы реакции не были подвержены угасанию, они бы длились бесконечно, даже те реакции, которые вознаграждались бы лишь случайным образом. Реакции гасятся с разной скоростью, причем сильные реакции сохраняются дольше слабых. На скорость угасания оказывают влияние сила влечения во время научения, размер предшествующего вознаграждения и сила влечения во время угасания. Несмотря на то что процесс угасания может быть продлен, все выученные привычки в конце концов угасают в отсутствие подкрепления. «Это не совсем точное утверждение. В настоящее время неизвестно, действительно ли все выученные реакции угасают при достаточном количестве неподкрепленных проб» (Н. Э. Миллер, личный разговор, July 8, 1964).

После угасания реакции она через какое-то время может вновь возникнуть даже при отсутствии вознаграждения. Это известно как **спонтанное восстановление** и

свидетельствует о том, что реакция или привычка лишь заторможена, но не уничтожена. После повторных угасаний реакция обычно исчезает. (К этому утверждению также применим приведенный выше комментарий.) Подкрепление, сопровождающее какой-либо раздражитель, не только повышает вероятность вызывания реакции данным раздражителем, но также распространяется на сходные раздражители, и они также вызывает ту же реакцию. Чем меньше сходства между раздражителями, или сигналами, тем меньше вероятность возникновения реакции. Такое распространение, или перенос, на другие раздражители называется **генерализацией**, а варьирование тенденции возникновения реакций принято называть **градиентом генерализации**. Не существует в точности одинаковых раздражителей или ситуаций, в которых они действуют, поэтому без генерализации не происходило бы научения.

Если реакция сопровождается разными раздражителями, научение также невозможно. Происходит **различение** (дискриминация) непохожих раздражителей, в результате реакции на них не наблюдается. Либо различение между реакциями может быть установлено с помощью отсутствия вознаграждения или наказанием реакций на раздражители, как-либо отличающиеся от вознаграждаемого раздражителя.

Подкрепление тем более эффективно, чем ближе к нему реакция, то есть отсроченное подкрепление не столь действенно, как незамедлительное. Таким образом, имеет место **градиент подкрепления**; реакции, возникшие до заключительной подкрепленной реакции, также подкрепляются, но в меньшей степени, чем эта заключительная реакция.

Существование градиентов генерализации и подкрепления позволяет сформулировать следующий принцип: «реакции, близкие по времени к подкреплению, имеют склонность, в тех случаях, когда это физически возможно, возникать ранее положенного времени в серии реакций, то есть становятся опережающими» (там же, р. 57). **Опережающие реакции**, таким образом, вытесняют бесполезные действия. Отстранение от вызывающего боль раздражителя произойдет еще до того, как человек прикоснется к предмету, способному причинить боль. Склонность к опережению проявляется произвольно. Она может стать причиной ошибок или неадаптивных реакций так же, как и адаптивным устранением бесполезных действий. Использование подкрепления, в частности наказания или отсутствия вознаграждения реакций, которые не способствуют проявлению желательных опережающих реакций, может предотвратить устранение этих желательных реакций.

Значение страха в поведении становится очевидным, если иметь в виду, что страх является одним из важнейших выученных влечений. Страх легко выучивается и переносится на новые раздражители, перерастая в мощное влечение, становясь включенным в создание конфликтов, приводящих к невротическому поведению. Когда страх присоединяется к новой ситуации, он сопровождается множеством реакций, являющихся частью врожденного стереотипа страха. Страх служит ключом для реакций, которые были выучены в других пугающих ситуациях. Когда наказание следует за снижающими влечение реакциями, выучивается страх, который впоследствии мотивирует реакции, препятствующие уменьшению этих влечений, приводя к запретам, результатом которых становятся расстройства и невротическая симптоматика. Страх, по-видимому, является частью многих социально выученных влечений, таких как вина, стыд, гордость, потребность в социальном конформизме, стремление к власти или деньгам. Страх утраты любви или статуса, неудачи, нищеты, скорее всего, социально выучен. Уменьшение страха служит подкреплением научения и воспроизведения новых реакций, например реакций избегания. Страхи часто отличаются высокой устойчивостью к угасанию, иногда их не удается полностью устранить. Подобно другим реакциям, страх может быть заторможен несовместимыми с ним реакциями, например приемом пищи.

Известно множество других выученных социальных мотивов, некоторые из которых представляют особую важность для личностного развития и психотерапии, в частности стадность, общительность, зависимость и независимость, конформность и неконформность, потребность получать и отдавать любовь, желание получить одобрение других, гордость, справедливость и честность. Выученные влечения, а также их подкрепления заметно варьируют между культурами и между социальными классами в рамках культурой. Психотерапевтам следует учитывать эту вариабельность.

Стандартное использование высших психических процессов для преодоления эмоциональных проблем. На сегодняшний день мало известно о решении социальных и эмоциональных проблем по сравнению с решением проблем, создаваемых физическим окружением. Именно психотерапия, предметом изучения которой являются социальные и эмоциональные проблемы, дает возможность больше узнать об этом.

В поведении можно выделить два «уровня»: первый включает в себя непосредственные, автоматические реакции; второй включает поведение, которое опосредовано рядом внутренних реакций, образов или мыслей, называемых **высшими психическими процессами**. Мы собираемся уделить особое внимание этому последнему типу поведения. В поведении первого типа реакции являются инструментальными актами в том, что они оказывают влияние на отношения индивида к окружению прямо и непосредственно: они инструментальны, поскольку меняют окружение. В поведении второго типа промежуточные реакции именуется «сигнал-продуцирующими». Они могут быть вербализованы, хотя это не обязательно. Их основная цель — вызвать сигнал, который функционирует как часть стимульного стереотипа для другой реакции. Такие сигналы в случае их вербализации могут служить замещением инструментальных реакций, подталкивая другого человека к реакции, — как например просьба что-либо для вас сделать, адресованная другому человеку. Важнейшей функцией здесь является сигнал человеку о необходимости реакции. Эти сигнал-продуцирующие реакции, как правило, предстают в виде слов и предложений. Предполагается, что язык и другие сигнал-продуцирующие реакции, а не мысли, которые остаются невысказанными, играют главенствующую роль в высших психических процессах. Законы, применимые к реакциям на внешние сигналы, распространяются также на эти внутренние сигналы, вызывающие реакцию.

Присваивая этот же ярлык (сигнал-продуцирующая реакция) различным предметам, можно придать им определенную «выученную эквивалентность», вытекающую из вербально опосредованной генерализации. Присваивание разных ярлыков сходным предметам повышает их различимость и облегчает особый подход к каждому из них. Присваивание ярлыков — важный процесс, «поскольку речь содержит указания на то различие и эквивалентность разных объектов, которые в результате многовековых проб и ошибок признаны полезными в данном обществе» (там же, р. 103).

Ярлыки, или слова, могут возбуждать влечения; т. е. выучиваемое влечение может быть привязано к словам. Влечения, вызываемые словами, получили название **опосредованных выученных влечений**. Слова, произнесенные или нет, могут также выражать одобрение, опосредуя, таким образом, вознаграждение. Вербальные и другие сигнал-продуцирующие реакции помогают людям реагировать на будущие возможности, предвидеть события. Соединение мотивационных и инструментальных реакций с вербальными сигналами дает возможность большой экономии при вербальном научении, так как значительная часть научения людей происходит с помощью вербальных реакций, или гипотез, которые могут привести к внезапным изменениям множества других реакций (этот процесс обычно называют «инсайтом»). Вербальное научение часто описывают, как логическое, в отличие от механического запоминания; в свете этого становится ясно, почему логическое научение превосходит механическое.

Вербальные сигнал-продуцирующие реакции лежат в основе рассуждений и планирования. Рассуждение предполагает вербальный, или символический, процесс проб и ошибок, но не сводится к нему. Вербальные сигнал-продуцирующие реакции не ограничиваются единичной цепочкой, как инструментальные реакции, вполне возможны «сигнал-продуцирующие реакции, связанные с целью движения вперед в данной последовательности, сигналы от которых избирательно воздействуют на последующие реакции» (там же, р. 111). Такие реакции получили название **опережающих целевых реакций** (*anticipatory goal responses*). Цепь сигнал-продуцирующих реакций также вполне может начаться с цели и двигаться назад к правильному отклику на проблемную ситуацию. Рассуждение и планирование требуют торможения мгновенных инструментальных реакций, наличия адекватных сигнал-продуцирующих реакций, а также осуществления адекватных инструментальных реакций вместо прямых реакций, которые были заторможены.

Общество выработало пути решения многих проблем и передает эти решения своим

новым членам через обучение и воспитание. Социальное обучение речи чрезвычайно важно для решения проблем. Слова и предложения, заимствованные у других, могут использоваться при рассуждении и планировании. Вербальные реакции выучиваются в социальном взаимодействии, однако, сам процесс пока не до конца ясен. Подражание играет центральную роль в процессе научения говорить (Dollard & Miller, 1941). Обучение, которое включает выслушивание других, остановку мыслей, правильный подбор слов в данном окружении, разъяснение своей позиции, способность логически рассуждать, ориентироваться в происходящем, реагировать на вербальные сигналы адекватными действиями и эмоциями, помогает сделать поведение индивида адекватным данной социальной ситуации. Если подобное обучение не дает желаемого эффекта, вполне возможно, что индивид плохо ощущает реальность или обладает слабым «Я». Сигнал-продуцирующие реакции, не являющиеся социально очевидными, например различные мысленные образы, не подлежат прямому социальному обучению; они в меньшей степени тормозятся, но также менее упорядочены и менее полезны при решении проблем.

Как выучиваются неврозы. Невротическое поведение базируется на бессознательном эмоциональном конфликте, обычно возникшем еще в детстве. «Невротические конфликты преподаются родителями и выучиваются детьми» (Dollard & Miller, 1950, p. 127). Стереотипы обучения ребенка отличаются непоследовательностью, таят в себе конфликты, родители разнятся по способности последовательно и эффективно обучать своего ребенка. Задача эта довольно сложна, ее правила и условия известны лишь отчасти. Кроме того, существует проблема с определением, каким именно хотели бы видеть родители своего ребенка в будущем. Несмотря на то что знания наши нельзя назвать полными, период детства, без сомнения, чрезвычайно важен, поэтому надо попытаться восстановить события детства, чтобы понять жизнь взрослого.

Дети отличаются беспомощностью, следовательно, отданы во власть противоречивых стереотипов обучения. «Малолетний ребенок всегда дезориентирован, его посещают видения и галлюцинации, короче, у него имеются именно те симптомы, которые у взрослого считаются признаками психоза. Детство, таким образом, можно рассматривать как период транзиторного психоза» (там же, p. 130). Вместо терпеливого, поддерживающего и постепенного обучения в период детства, на ребенка обрушивают противоречивые и часто невыполнимые требования, от него ждут контроля побуждающих к действию влечений и быстрого научения.

Ребенок сталкивается с требованиями обучения в четырех критических ситуациях. Способы проведения этого обучения ведут к развитию выученных реакций, которые будут проявляться на протяжении жизни. **Ситуация кормления** может быть организована родителями таким образом, чтобы вызывать оптимизм или апатию, ощущение безопасности или опасения, общительность или отсутствие социального чувства, страх остаться в одиночестве или проявляющуюся позднее навязчивую общительность. Преждевременный или чересчур жесткий **тренинг навыков опрятности**, без всякой вербальной поддержки, вызывает сильные эмоции, гнев, защиту, упрямство и страх. Результатом могут стать тревога, конформное поведение, ощущение собственной никчемности и вины. **Половое просвещение** способно привести к конфликтам, вызванным запретами, сексуальными тревогами, гетеросексуальными страхами и конфликтами, вытекающими из эдиповой ситуации. Наконец, **вмешательство в случае реакций гнева** у ребенка может породить связанные с гневом/тревогой конфликты, в частности, когда страх присоединяется к сигналам гнева. Гнев неизбежен в связи со множеством фрустраций у ребенка во время обучения, соперничества с братьями и сестрами, беспомощности и психической ограниченности ребенка. Подавление гнева может выйти за пределы торможения агрессии, перерастая в торможение чувства гнева как такового, что приводит к чрезмерно заторможенной личности.

Эти ранние конфликты у ребенка имеют место до того, как он обучается говорить, во всяком случае, до того, как он обучается выражать свои мысли адекватно. Следовательно, эти конфликты остаются бессознательными и словесно необозначенными. Впоследствии сам ребенок, даже став взрослым, ничего не может о них сообщить. Невозможно выяснить у индивида (за исключением ситуации психотерапии, да и то лишь в минимальной степени) природу этих конфликтов. Большая часть того, о чем нам известно, почерпнута от невротических личностей в процессе психотерапии. Нормальные люди могут не иметь

серьезных конфликтов; некоторые индивиды обладают меньшей способностью разрешать свои конфликты с помощью высших психических процессов или же обладают большей предрасположенностью к невротическим реакциям.

Как выучиваются симптомы. **Фобии** являются выученными страхами, происхождение которых в настоящее время неизвестно. Реакция избегания снижает страх и, тем самым, сильно подкрепляется. Фобиям свойственна устойчивость, поскольку избегание фобической ситуации их подкрепляет через уменьшение страха, препятствуя угасанию фобической реакции. Подобно фобиям **навязчивые действия** также уменьшают тревогу неизвестного происхождения. Они сохраняются в связи с тем, что временно уменьшают тревогу. Сходным образом, **истерические симптомы** также являются выученными реакциями, позволяющими избежать страха или уменьшить его. Факторы, которые определяют специфические истерические реакции, такие как паралич руки, неизвестны, несмотря на известную причину страха, например, участие в военных действиях. **Регрессия** представляет собой очередную сильнейшую реакцию (обычно выученную в детстве прочную привычку), когда доминантная (взрослая) привычка блокируется конфликтом или разрушается из-за отсутствия вознаграждения. Когда доминантная реакция замещается другой реакцией, сила которой в генерализации, а не предшествующей реакцией, процесс называется **замещением** (*displacement*). **Рационализация** является результатом социального обучения, когда индивид ощущает потребность логически объяснить свое поведение, но не может принять истинного объяснения из-за возможного возникновения тревоги или вины. **Иллюзии** отличаются от рационализации только количественно; социально приемлемые объяснения иногда бывает трудно найти, а иллюзии помогают уменьшить чувство тревоги или вины. **Галлюцинации** являются результатом широкой генерализации сильно мотивированных перцептуальных реакций. Когда внешние сигналы вызывают крайнее беспокойство, переключение внимания на внутренние образы (галлюцинации) помогает уменьшить страх. **Проекция** возникает под действием многих факторов, когда индивид считает, что мотивация других людей сходна с его собственной. Когда индивид ошибочно приписывает свою мотивацию другим, это называется «проекцией». Чаще всего индивид не прав, когда приписывает собственные мотивы окружающим. Проекция подкрепляется за счет уменьшения тревоги при возложении вины на другого человека. **Реактивные образования** представляют собой мысли, утверждения или поступки, противоположные тем, к которым индивид мотивирован, но которых он боится или не одобряет. **Алкоголизм** формируется в результате подкрепления использования алкоголя с целью уменьшения страха.

Несмотря на то что в конечном счете многие симптомы слабо адаптивны, они отодвигают усугубление страданий, поэтому сиюминутное их действие представляется благоприятным, что и служит им подкреплением. Закрепляющий эффект незамедлительного подкрепления может быть гораздо сильнее, чем ослабляющий эффект сильного, но отсроченного наказания. При усилении сиюминутных страданий объяснить наличие стойкого симптома гораздо труднее, однако данную ситуацию можно трактовать по-разному с помощью интерпретации ослабления влечения в рамках теории подкрепления.

Хотя любое сильное влечение способно мотивировать симптомы, а его уменьшение может их подкрепить, в нашем обществе определенные влечения ведут к этому с большей вероятностью, чем другие. Страх, по-видимому, является наиболее распространенным мотивирующим влечением. Далее следует отметить секс, агрессию, стремление к социальной мобильности. Подавление вербальных реакций на эти влечения повышает вероятность возникновения неадаптивного поведения, или симптомов. Если прямые снижающие влечение реакции физически возможны, им могут препятствовать конфликты, так что влечение приходится уменьшать за счет проявления симптоматики. Два сильных влечения могут иметь несовместимые доминантные реакции, однако некоторые другие реакции при этом могут оказаться совместимыми, они-то и будут воспроизводиться в дальнейшем. Симптомы зачастую представляют собой именно такие компромиссные реакции, которые хорошо подкрепляются, поскольку способствуют снижению обоих влечений.

Симптомы устойчивы к устранению, или угасанию, по-видимому, в связи с тем, что закреплены длительным подкреплением, они продолжают подкрепляться, а их прекращение

ухудшает самочувствие индивида.

«Если симптом подкрепляется уменьшением влечения, его устранение приведет к усилению влечения, поэтому следует ожидать, что это усилившееся влечение мотивирует научение новым симптомам и их воспроизведение. Тем самым лечение, нацеленное исключительно на устранение конкретных симптомов такими средствами, как гипноз или физическое наказание, скорее всего, приведет к появлению новых симптомов. Хорошо известно, что так оно и есть» (Dollard & Miller, 1950, p. 196).

Устранение или уменьшение влечения, которое мотивирует симптом, ведет к исчезновению этого симптома. Если влечение возобновляется, вновь появляется и симптом, особенно если устранение влечения не включало введение несовместимых с ним реакций, например в форме интерпретации.

Как выучивается подавление. В душе индивида подавленный, или бессознательный, материал, как указывал Фрейд, не вербализуется. Влечения, сигналы и реакции, которым не были присвоены ярлыки, являются бессознательными. Большая часть подавленного материала существует с детства, когда речь еще не была освоена, но и позднее некоторые аспекты жизни остаются невербализованными, то есть лишенными четких обозначений. Подавление представляет собой сознательное избегание неприятных мыслей, однако само подавление является автоматическим; не находясь под контролем вербальных сигналов, подавление не может быть спровоцировано самим индивидом. Подавление подкрепляется уменьшением неприятных влечений. Устранение подавления приводит к усилению влечений. Врожденной реакцией на влечение страха может быть прекращение мышления. Например, дети научаются бояться произносить некоторые слова, страх распространяется также и на мысли, представленные этими словами. Сами по себе мысли могут непосредственно присоединиться к страхам, если мысли предшествуют действиям, которые тут же наказываются. Даже отсроченное наказание способно привести к присоединению страха к мыслям, если это наказание сопровождается объяснением причины наказания. Иногда родители могут догадаться, что собирается делать ребенок, и сделать ему замечание, когда ребенок только еще думал о совершении действия; в результате страх присоединяется к мысли. Подавление может нарушить последовательность влечений тремя способами.

1. Влечение может быть не обозначено или может быть неправильно оценено и в результате неверно обозначено.

2. Влечение может быть заторможено более сильными конкурирующими реакциями. Например, страх может подавить сексуальное влечение. Голод может даже притупить страх, если голод достаточно силен, а страх — не очень, как в эксперименте Джоунса с Питером и кроликом (о котором упоминалось во введении ко второй части данной книги).

3. В случае опосредованных выученных влечений торможение опосредующих реакций, которые продуцируют сигналы, вызывающие создающие влечение реакции, устранит это влечение. Так, например, если перестать размышлять о комментариях в свой адрес как об оскорбительных, гнев уменьшится.

К симптоматическому поведению приводит первый тип подавления, при котором влечение не обозначено, но проявляется в полную силу.

Подавление можно рассматривать как результат конфликта приближения/избегания, то есть конфликта между попыткой запомнить или обдумать нечто и стремлением избежать данной темы, потому что она вызывает страх.

Суперэго, или сознание, отчасти бессознательно. Причина тому, вероятно, состоит в том, что эмоциональные компоненты моральных санкций были выучены до развития речи или же реакции были настолько хорошо выучены, что стали прямыми реакциями на невербальные сигналы, подобно устойчивым привычкам, не требующим обдумывания.

Наличие подавления нарушает высшие психические процессы, которые включают вербальные сигнал-продуцирующие реакции. Неспособность присваивать ярлыки приводит к генерализации первичного раздражителя или неадекватному различению и через него к замещению. Неспособность присваивать один и тот же ярлык подобным ситуациям ведет к уменьшению выученной (вторичной) генерализации. Отсутствие вербальных реакций устраняет способность реагирования на удаленные цели или раздражители, а также предвидения будущего. Рассуждение и планирование также нарушаются, как и способность

общаться с другими людьми, получать от них помощь. Поведение имеет сходство с детским, что для взрослого человека является ненормальным. Поскольку подавление обычно ограничено определенными сферами или темами, нарушается, разумеется, не все поведение, иначе индивид вообще не смог бы функционировать. Эти ожидания, вытекающие из теории поведения, подтверждаются клиническими данными и согласуются с описанными Фрейдом результатами подавления.

Подводя итог, можно сказать, что невротической можно назвать личность при наличии у нее конфликта между влечениями, например, секса и агрессии, и сильным страхом. Удовлетворение этих влечений не допускается, что приводит к состоянию хронического сильного влечения, описываемого как страдание. Сильные влечения обладают тенденцией вызывать поведение, которое, в свою очередь, сопровождается страхом. Невротическая личность реагирует попыткой избежать такого поведения, то есть не стремится достичь цели, что ослабляет страх, подкрепляя, соответственно, эти реакции. Кроме того, состояние конфликта вызывает напряжение и страх, которые сопровождаются неприятными физиологическими реакциями. Помимо этого, страх ведет к подавлению вербальных и других сигнал-продуцирующих реакций, прекращаются мышление и рассуждение, то есть проявляется глупость. Симптомы вызываются сильными влечениями и/или страхом, а подкрепляются уменьшением этих влечений или страха.

Терапевтический процесс

Невротическая личность, обращаясь к психотерапии, уже имеет долгую историю страданий, причем родственники, друзья и даже лечащие врачи, как правило, оставили попытки оказать помощь. Невротические личности утрачивают надежду, не знают, что им делать. Они не могут объяснить своего состояния, боятся выразить себя или пытаться удовлетворить свои влечения, и, пребывая в состоянии замешательства, не способны мыслить адекватно. Они терпят неудачи во многих сферах жизни, чувствуют, что окружающие считают их неудачниками, поэтому сами не испытывают к себе уважения. Невротические личности не могут решить собственные проблемы и нуждаются в новых условиях терапевтического научения для достижения лучшей приспособляемости. Психотерапия предоставляет эти новые условия научения. Терапевтический процесс, по сути, представляет собой ситуацию, при которой невротические реакции устраняются и выучиваются лучшие, нормальные реакции.

Отбор клиентов. Поскольку психотерапия представляет собой процесс научения, психотерапевту желательно проводить отбор тех, кто способен к научению в условиях психотерапии. Если известны эти условия и принципы научения, такой отбор вполне возможен. Правила отбора, основанные на этих принципах, хорошо согласуются с разработанными, исходя из клинического опыта и психоаналитической теории.

Во-первых, расстройство должно быть выученным, а не органическим. Чтобы разучиться что-либо делать, сначала надо этому научиться. Во-вторых, у пациента должна быть мотивация к терапии, поскольку мотивация является важной составляющей научения. Страдающая личность имеет более сильную мотивацию, чем довольная собой. Индивид, добровольно обращающийся за терапией, лучше мотивирован по сравнению с теми, кого вынудили это сделать. Чем большее беспокойство причиняют симптомы, тем сильнее мотивация к терапии. В-третьих, чем сильнее подкрепляются симптомы, тем хуже прогноз. Вторичные выгоды, такие как пенсии или компенсации, могут подкреплять симптомы, снижая мотивацию к терапии. В-четвертых, чем больше потенциальное вознаграждение за улучшение, тем лучше прогноз. Хорошее физическое здоровье, молодость, красота, интеллект, образование, специальные навыки, приносящая удовлетворение работа, высокий социальный статус, материальное благополучие, поддержка со стороны супруга или уверенность в этой поддержке повышают вероятность вознаграждения. В-пятых, необходимо наличие минимальных навыков социального взаимодействия, поскольку психотерапия не обеспечивает базового обучения, которое должно быть пройдено в семье. Требуется минимальная способность использовать речь и реагировать на нее; это, безусловно, зависит

от уровня интеллекта. Способность к высшему психическому функционированию, о котором можно судить по предшествующему функционированию в различных сферах, делает прогноз более благоприятным. При отсутствии возрастных достижений, таких как проявления совести или Суперэго, психотерапия будет сильно затруднена. В-шестых, хуже, если история невроза уходит в детство. Наконец, неблагоприятными признаками являются привычки, нарушающие ход психотерапии, например, неспособность разумно говорить или слушать, чрезмерная подозрительность, чрезмерная пассивность и зависимость, а также крайняя независимость и гордость.

Элементы терапевтического научения. Терапевтический процесс состоит из ряда аспектов. Первым является **снятие подавления** через противообусловливание страха или тревоги, которые связаны с подавленным материалом. «В терапии создается новый тип социальной ситуации, противоположной той, в которой происходило научение подавлению» (Dollard & Miller, 1950, p. 240). Иначе говоря, клиент произносит слова, которые были присоединены к страху, стыду и вине, в терпимой, теплой, принимающей атмосфере, эта вербализация ведет к угасанию страха и вины. Угасание генерализуется от слов к мыслям, от болезненных, но не подавленных тем к подавленным. Влечения, которые мотивируют подавление, ослабевают, циклы угасания и генерализации происходят, пока «идет постепенное отучение от подавления в социальных условиях терпимости в противовес пунитивным условиям, в которых оно было выучено» (там же, p. 240). Следовательно, терапевтическая ситуация характеризуется терпимостью, которое ведет к снятию подавления.

Процесс этот медленный и трудный, поскольку обсуждение подавленного материала сопровождается страхом и тревогой. Несмотря на терпимость и нейтральность, психотерапевт в глазах клиента выглядит специалистом, которому можно доверять и который может успокоить и подбодрить. Клиент испытывает страх и тревогу во время разговора, которые являются необходимым условием угасания. В то же время клиент ощущает доброжелательное внимание со стороны психотерапевта. Наказания не следует, и страх, присоединенный к запрещенным фразам, не подкрепляется. В терминах конфликта приближения/избегания, свойственного подавлению, градиент избегания уменьшается благодаря установкам и действиям психотерапевта, поэтому клиент, в результате влечения приближения, может начать движение к цели, достижение которой позволит удовлетворить влечение.

Помимо высказываний клиента о себе и своем прошлом, второй необходимой частью терапии являются **отношения переноса**. Перенос дает информацию, которую сам клиент не способен высказать прямо. Клиент реагирует на психотерапевта эмоционально, проявляя страх, ненависть, любовь, но не осознает этого. Эти эмоциональные реакции получили название «переноса», поскольку в действительности вызывает их не сам психотерапевт; эти реакции переносятся на него как представителя других личностей, которым они были адресованы изначально.

Перенос происходит во всех сферах обычной жизни, поскольку эмоциональные реакции возникают под действием многих ситуаций, которые не могут считаться адекватными для них раздражителями. В терапии эти перенесенные реакции используются для получения информации, необходимой для оказания клиенту помощи. Психотерапевт поощряет реакции переноса, стараясь вести себя двусмысленно, что облегчает генерализацию со стороны клиента. Ослабление подавления благодаря терпимому отношению также облегчает перенос — реакции избегания на психотерапевта не столь выражены, как на других людей.

Генерализация, или перенос, множества ранее выученных адаптивных привычек на терапевтическую ситуацию позволяет начать терапию. Эти привычки включают проявление восприимчивости, логики, рассудительности; самокритику; разговор по существу; слушание; готовность учесть мнение специалистов; выражение адекватных эмоций; ощущение надежды, доверия к психотерапевту и науке; желание угодить психотерапевту.

Эти виды генерализации, или реакции переноса, способствуют терапии. Другие реакции ей мешают. Страх и зависимость, беспомощность незамедлительно сказываются на ходе терапии. Ложные надежды на быстрое исцеление могут быть перенесены на ситуацию терапии из опыта общения с врачами. Кроме того, клиент привносит в терапию более специфические реакции, мешающие ходу процесса. Эти реакции являются привычными для

клиента способами избавления от тревожных ситуаций; они включают прекращение разговора или молчание, запутывание вопросов с помощью несущественных замечаний, уверток, концентрации на малозначительных или не имеющих отношения к делу моментах, повторы. Страх может быть выражен гневом в отношении психотерапевта, иногда реакции страха могут вызываться гневом. Распространенной выученной реакцией на тревожную ситуацию является уход из нее, поэтому клиент может досрочно прекратить терапию. Эти реакции считаются реакциями переноса на том основании, что они не адекватны терапевтической ситуации. Вполне возможно, что иногда эмоциональные реакции в адрес психотерапевта вполне адекватны, если психотерапевт торопится, скучает или проявляет жестокость (что свидетельствует о его некомпетентности), или когда психотерапевт допускает ошибку (в таком случае лучше всего признать ее).

Хотя иногда реакции переноса у клиента могут считаться сопротивлением, следует иметь в виду, что они автоматически генерализуются на терапевтическую ситуацию, а не проявляются клиентом умышленно. Ситуация переноса не имеет ничего общего с дуэлью, это настоящее сражение. Терапия — это не просто интеллектуальная дискуссия. Эмоции, присущие неврозу, обязательно привносятся в терапию, хотя бы отчасти.

Появление эмоций в терапии вызывает реакции, о которых клиенту трудно говорить, поскольку они никогда не имели названия. Следовательно, их следует выявить, затем обозначить и только после этого обсуждать. Таким образом, третьим аспектом терапевтического процесса становится **научение обозначению** (навешиванию ярлыков), или обдумыванию новых тем. Чувства, возникающие после снятия подавления, а также проявляемые при переносе должны подвергнуться вербальному обсуждению.

«Невротиком является индивид, которому требуется набор фраз, предложений, подходящий к событиям, протекающим в его присутствие или отсутствие. Новые фразы и предложения позволяют запустить высшие психические процессы... Обозначив не имевшую ранее обозначения реакцию, он может представить эту реакцию для осмысления» (Dollard & Miller, 1950, p. 281).

Обозначение не следует ошибочно представлять как простую интеллектуализацию. Терапия включает новые эмоциональные переживания с психотерапевтом, приводящие к научению, которое может протекать бессознательно, однако «научение легче провести и, следовательно, сделать более эффективным, при наличии адекватных обозначений» (там же, p. 303). Клиент должен приобрести собственный эмоциональный опыт и должен правильно его обозначить. Недостаточно для клиента приобрести набор фраз или предложений, не связанных с эмоциональными или инструментальными реакциями.

Четвертым аспектом терапии является **научение различению**. Невротическая личность

«должна ясно увидеть, что конфликты и подавление, из-за которых возникают страдания, не соответствуют текущим условиям вознаграждения и наказания. Необходимо усвоить, что условия в прошлом, вызывавшие эти конфликты, резко отличаются от настоящих» (Dollard & Miller, 1950, p. 305).

Лишь после всего этого невротическая личность может набраться смелости и попытаться освоить новые реакции, которые, будучи вознаграждены, помогают выбраться из невротического тупика.

Предоставление клиенту возможности убедиться в том, что текущая ситуация отличается от прошлой, способствует уменьшению тревоги, мешающей клиенту опробовать ранее наказуемую, а ныне заторможенную реакцию. Простое использование ярлыков **«прошлое»** для описания опасной ситуации и **«настоящее»** для обозначения безвредной ситуации позволяет провести различие с быстрым снижением тревоги. Таким образом, обозначение фасилитирует различие, которое, в свою очередь, генерализуется на сходные ситуации.

Важность восстановления прошлого заключается в сопоставлении его с настоящим, чтобы увидеть разницу, произвести различие. Описание прошлого сопровождается частичным его переживанием, при этом возникают соответствующие эмоции. Таким образом, прошлое может быть до известной степени привнесено в настоящее и сопоставлено с ним, в результате чего фасилитируется различие. Выявление контраста между настоящими

привычками клиента к подавлению и торможению, с одной стороны, и благоприятными возможностями для удовлетворения потребностей, существующими в окружении, с другой стороны, помогает клиенту мобилизовать свои влечения к благоразумию и реалистичности; с помощью психотерапевта может быть заторможена тревога, а клиент поощрен к действию.

Вербальные реакции имеют большое значение для различения, позволяя распознать разные раздражители, на которые даются сходные реакции, или сходные раздражители, на которые даются разные реакции. Вербальные сигналы способны предотвратить генерализацию тревоги из прошлого в настоящее. Когда тревога снижается за счет различения, становятся возможными новые реакции; а поскольку эти реакции уменьшают невротические влечения, они могут стать основой для новых привычек, которые окончательно разрешат невротический конфликт.

Результат: восстановление высших психических процессов. Терапевтическое улучшение может произойти в отсутствие инсайта и без совершенствования в различении. Терпимая установка психотерапевта, по-видимому, способствует снижению у клиента страха, при генерализации этого явления возникает общее улучшение. Обычно этого недостаточно для полного исцеления; обязательно должны иметь место устранение подавления, новые обозначения, улучшение различения и налаживание высших психических процессов. Высшие психические процессы требуют вербальных и других сигнал-продуцирующих реакций, поэтому зависят от устранения подавления и от обозначений. Результатом является целый ряд изменений в мышлении.

Одно из них — это способность производить **адаптивное различение**, которое позволяет воспрепятствовать иррациональным страхам и генерализации первичного раздражителя. Второе изменение состоит в способности осуществлять **адаптивную генерализацию**, при которой улучшается генерализация вторичного раздражителя, что ведет к адаптивным реакциям на культурно определенные сходства. Третьим изменением, или улучшением, является предвидение опасности и **мотивированное предусмотрительное поведение**. Вербальные и другие сигнал-продуцирующие реакции могут опосредовать надежду, а также вознаградить индивида за достижение промежуточной цели или же поощрить к ожиданию отсроченного вознаграждения. Четвертое изменение состоит в улучшении способности к **рассуждению и планированию** через осознание реальной проблемы и точного ее определения. Пятое изменение заключается в лучшем **применении культурного наследия проверенных решений проблем**, которые имеются в наличии. Шестое — **избегание противоречивого поведения** благодаря логическому мышлению. Наконец, вербализация ранее подавленного материала приводит не к растормаживанию поведения, а к **поведению, находящемуся под более успешным социальным контролем**. Такой вербальный контроль поведения предполагает, что слова присоединены к соответствующим эмоциональным и инструментальным реакциям, а не просто к другим словам.

Необходима значительная практика, или «проработка», прежде чем адекватное обозначение, а затем различение и генерализация перерастут в привычку. Кроме того, мысли и планы должны претворяться в действие, которое вознаграждается, если нужно улучшить поведение. На все это требуется время, поэтому терапия — процесс длительный, причем улучшение может продолжаться и после завершения терапевтических сессий.

Аспекты терапии, связанные с реальным миром. Терапевтические сессии представляют собой «разговорный» этап терапии. Второй этап протекает во внешнем, или реальном, мире. Реальные жизненные проблемы должны решаться при помощи новых видов поведения за рамками терапии. Одним из аспектов этого процесса является генерализация реакций, выработанных на психотерапевта, также и на других людей. Это важная часть лечения. Эти реакции закрепляются или исчезают в зависимости от вознаграждения/наказания.

Вместе с тем воспроизведения в реальном мире реакций, которые были выучены в процессе терапии, явно недостаточно. В реальном мире потребуются реакции, которые никогда не проявлялись во время терапии. Терапия может подготовить индивида к таким реакциям, благодаря снижению связанной с ними тревоги, однако, реакции должны

проявляться на конкретных людей из реального окружения клиента. Угасание страха, связанного с обсуждением подобных действий, должно распространиться на страх, связанный с их выполнением. Когда снижения страха удалось достичь, усиливаются влечения, направленные на эти действия, преодолеваются тормозящие влечения или раздражители. По мере приближения к цели могут возникнуть выраженные тревожные реакции, однако они преодолеваются за счет влечения к отклику. Конфликт приближения/избегания должен быть разрешен. Терапия способствует этому, уменьшая градиент избегания. У невротической личности попытка увеличить градиент приближения ведет лишь к усилению конфликта и страданий, возрастает вероятность прерывания терапии. Психотерапия может протекать медленно, методом проб и ошибок, с постепенным продвижением вперед, пока не удастся достичь успеха. Необходимость рисковать иногда приводит к неудачам. Терапия не завершена, если за вербализациями не следуют действия.

Фрейдистская теория предполагает, что реакции за рамками терапии происходят автоматически, несмотря на то что некоторые аналитики поощряют или рекомендуют эксперименты в реальной жизни. Хотя подобные реакции имеют обыкновение возникать без всяких указаний, тенденция эта не является врожденной. Вместе с тем, если рассчитывать на успех терапии, вербальные сигналы необходимо соединить с явными реакциями; клиент должен действовать. Некоторые клиенты не испытывают желаний что-либо предпринимать, в этом случае психотерапевт «должен вызывать некоторые реакции действия после сигналов плана, и эта связь должна постепенно вознаграждаться и закрепляться» (там же, р. 338). На поздних этапах терапии, когда страх (избегание) удалось снизить, хороший эффект может оказать усиление мотивации (приближения).

Поскольку главные источники уменьшения влечений находятся за рамками терапевтической ситуации, психотерапевт не может обеспечить те вознаграждения, которые требуются клиенту. Они должны быть получены в реальной жизни. Природа условий жизни или окружения клиента чрезвычайно важна для успеха терапии, причем психотерапевт не властен над этими условиями. Психотерапевты пытаются отбирать клиентов, условия жизни которых достаточно благоприятны.

Терапия имеет свои ограничения. Она не может дать клиенту всего, что он желает, в частности хорошей речи, социальных достижений, удачного брака и т. д. Она не может переделать человека, особенно человека старшего возраста, не может восполнить все дефициты раннего развития и обучения. Кроме того, решения проблем должны соответствовать моральным нормам общества, иначе бессознательный психический конфликт клиента будет заменен на открытый социальный конфликт, который, скорее всего, будет еще менее адаптивным.

Проведение терапии: техники

Техники психотерапии не могут быть полностью отделены друг от друга, они комбинируются и сочетаются множеством разных способов. Тем не менее их можно обсуждать по отдельности.

Терпимость

«С точки зрения пациента, новизна терапевтической ситуации проявляется прежде всего в терпимости. Пациенту предоставляют возможность выговориться. Все его заявления воспринимаются психотерапевтом с ровным, теплым вниманием. Психотерапевт ведет себя дружелюбно и понимающе. Он стремится, насколько возможно, взглянуть на проблемы глазами пациента, интересуется мнением пациента. Психотерапевт не удивляется услышанному и не пытается критиковать. Испуганный пациент сознает, что имеет дело с человеком, с которым действительно можно поговорить, возможно, впервые в своей жизни» (Dollard & Miller, 1950, pp. 243-244).

В ситуации терпимости и принятия страха, присоединенные к подавленным темам, постепенно уходят. Без этого обстоятельства терапия была бы невозможна. Благодаря

терпимости, отсутствию осуждения, критики, психотерапевты стоят особняком от всех, кому несвойственны терпимость и принятие. Терпимость касается мыслей, но не действий. Терапия пытается устранить подавление мыслей, одновременно ограничивая антисоциальные действия. Существуют также определенные ограничения действий во время терапии: клиенту предлагают не принимать важных решений, не вносить изменений в свой супружеский статус, работу или другие важные сферы жизни. Такие действия необходимо отложить, пока клиент не освободится от невротических влияний. Клиенту могут также предложить ограничить терапевтическую беседу временем, отведенным для психотерапии.

Свободные ассоциации

В то время как терпимость позволяет клиенту говорить, правило свободных ассоциаций предполагает, чтобы клиент высказывался свободно, не испытывая влияния торможения и цензуры, как при обычном разговоре, а также не опираясь на логику и не пытаясь оставаться последовательным. Клиент обязан сообщать обо всем, что приходит на ум, незамедлительно и без рассуждений. «Сила данного правила противостоит силе невротического страха. Без этого, без соблюдения данного правила пациент будет фиксирован на своих невротических привычках и не сумеет восстановить свободную работу ума» (Dollard & Miller, 1950, pp. 241-242). Клиенты должны говорить; это их обязанность. Психотерапевт не сможет получить необходимую информацию только за счет расспроса, поскольку он не знает, какие именно вопросы следует задать. Кроме того, клиенты должны добровольно сообщать информацию при наличии страха, иначе угасания не произойдет. Таким образом, метод свободных ассоциаций освоить не так уж просто.

Клиент начинает с изложения материала, который представляется ему менее важным и менее тревожным; далее, по мере того, как тревога гасится благодаря реакциям и установкам психотерапевта, а эффекты генерализуются, клиент переходит к более важному, значимому и животрепещущему материалу. Этот цикл страха, угасания, генерализации и опять страха повторяется в процессе, который представляет собой испытание для психотерапевта. Результатом данного процесса является постепенное снятие подавления, припоминание забытых переживаний, событий, подавленных фраз и эмоций. Психотерапевт выслушивает все, не пытаясь выдвигать предварительных гипотез, с целью получить наиболее полный и разумный словесный отчет о жизни клиента. Осмысливая услышанное, психотерапевт стремится извлечь рациональное зерно, видит пробелы и непоследовательность, выдвигает гипотезы об их происхождении. Собственные размышления психотерапевта могут подсказать ему, какой именно материал остается подавленным в психической жизни клиента. Блоки в ассоциациях клиента служат психотерапевту подсказкой, поскольку указывают на сферы, где проявляется подавление. Неудачи при попытке проработать какие-либо типичные важные аспекты, а также сновидения и оговорки, тоже указывают на подавленный материал. Психотерапевт работает со всеми этими пробелами и признаками подавления, в точности соблюдая правило свободных ассоциаций, поощряя клиента к дальнейшему исследованию и выявлению конкретных установок, пропусков и т. п. («разрешительная интерпретация»).

Вознаграждение за разговор

Клиента следует вознаградить за разговор, который сопровождался для него страхом и тревогой, с целью подкрепить участие в беседе и дать возможность продолжать выявление подавления. Психотерапевт может вознаградить клиента за разговор различными способами. Один из них — слушание — полное, свободное и исключительное внимание к словам клиента. Другим вознаграждением служит принятие психотерапевтом всего, что говорит клиент, избегая при этом осуждения. Беседа с клиентом без принятия и прощения, или катарсиса, неэффективна. Третьим видом вознаграждения является понимание психотерапевтом и сохранение в памяти того, что сказал клиент. Спокойствие психотерапевта в ответ на важные откровения, сопровождающиеся у клиента чувством стыда или тревоги, служит четвертым вознаграждением. Психотерапевт может иногда вознаграждать клиента, выражая ему симпатию и одобрение, однако это делается весьма умеренно. Наконец, психотерапевт не

устраивает перекрестный допрос, не выносит окончательного приговора, а высказывается осторожно, в сослагательном наклонении. Психотерапевт проявляет терпение и приспособляется к темпу клиента.

Эти вознаграждения, вместо наказания за запретные фразы, произносимые со страхом, приводят к угасанию страха. Вместе с тем страх реальных опасностей, наказания за антисоциальное поведение сохраняется. «Это различие должно быть четко проведено психотерапевтом. Психотерапевт, если можно так выразиться, обещает отсутствие наказания за определенные действия, которые ранее наказывались, но в данный момент не запрещены, однако психотерапевт не может вмешиваться в реалии жизни» (Dollard & Miller, 1950, p. 250).

Работа с переносом

Перенос дает психотерапевту косвенную информацию о клиенте в дополнение к той, которая получается при свободных ассоциациях. Психотерапевт может присвоить этим сведениям ярлыки, а клиент не в состоянии.

Психотерапевт во многом напоминает учителей, родителей, старших товарищей, что провоцирует перенос реакций, выученных во взаимодействии с авторитетными фигурами. Психотерапевт поощряет или вызывает этот перенос, по возможности придерживаясь неоднозначного поведения. В дополнение к этому, угасание тревоги, связанной с разговором на запретные темы при терпимом отношении со стороны психотерапевта, генерализуется на страхи, ведущие к избеганию и торможению эмоциональных реакций, эти-то реакции и адресуются психотерапевту.

Когда клиент замедляет терапию по причине вызванных переносом реакций, психотерапевт пытается преодолеть препятствие. Если клиент хранит молчание, психотерапевт может интерпретировать это молчание, заверить клиента, что мыслей не может не быть, подсказать клиенту, о чем тот думает в настоящее время. Когда мысли клиента путаются, психотерапевт отмечает это как попытку ухода из ситуации и настаивает на продолжении работы.

«Психотерапевт решает задачу принятия, идентификации и использования реакций переноса на протяжении всей терапии. Хотя информативные, связанные с переносом эмоции часто противоречивы и трудны для проработки... Чрезвычайно важно, чтобы психотерапевт сознавал непредумышленность этих реакций со стороны пациента, иначе он запутает пациента и даст реальные основания для ощущения несправедливости. Таким образом, задача психотерапевта состоит в идентификации этих реакций как реакций переноса и выяснении причин их появления» (Dollard & Miller, 1950, p. 274).

Несмотря на то что клиенту эти его реакции представляются вполне реальными, психотерапевт должен убедить его в обратном. Разгневанный клиент может высказывать критику в адрес реально существующих недостатков психотерапевта (например, иностранного акцента), однако, психотерапевт не имеет права реагировать на это с гневом или раздражением.

Психотерапевту следует обнаружить существование реакции переноса, показать, что она по объективным причинам не может быть направлена на психотерапевта, и поднять вопрос о корнях этой реакции и о том человеке, на которого она изначально была направлена. Поскольку реакции переноса являются выученными, по ним можно судить о ранних условиях жизни клиента. После того как показана неадекватность реакции переноса и ее тормозящее влияние на терапию, приобретенное влечение к проявлению логики и к прогрессу в терапии заставляет клиента возобновить работу и свободное ассоциирование.

«Если психотерапевт не знает, как вернуть пациента к решению надлежащей задачи, такие реакции могут оказаться устойчивыми и положить конец процессу терапии. Неспособность понять проявления переноса является одним из наиболее распространенных источников неудач новичков в психотерапии. Психотерапевт теряет из-за этого множество своих пациентов, особенно в начале своей профессиональной деятельности» (Dollard & Miller, 1950, p. 278).

Обозначение

Свободные ассоциации и перенос вызывают эмоциональные реакции, которые никогда не имели обозначений. Психотерапевт обязан помочь клиенту дать названия этим реакциям. Для этого психотерапевт, исходя из информации, полученной в результате свободных ассоциаций и переноса, должен развивать представление о клиенте, не ограничиваясь одной только эмпатией (вживанием в чувства клиента), но также и обозначая эти чувства. Обозначение заключается в вызывании новых вербальных реакций путем соединения слов с соответствующим эмоциональным или средовым сигналом. Клиент может приобрести эти новые вербальные реакции, как минимум, тремя путями.

1. Клиент может обнаружить или создать новые вербальные единицы под воздействием свободных ассоциаций. Тревога, связанная с реакциями, устраняется благодаря терпимости со стороны психотерапевта. Выработка реакций усиливается во время терапии как благодаря снижению тревоги, так и за счет увеличения количества сигналов. «Чем больше существенной работы может самостоятельно выполнить пациент во время терапии, тем с большей вероятностью он справится со своими задачами в будущем. Психотерапевт должен проявлять осторожность и не лишать пациента удовольствия делать свои собственные открытия» (Dollard & Miller, 1950, p. 287).

2. Психотерапевт может избирательно закреплять важные, по его мнению, реакции клиента, не навязывая ему своих представлений. Психотерапевт может вознаграждать клиента различными способами, например, одобрительно хмыкнуть, подытожить высказывания клиента, повторить сказанное клиентом. Вопросы, задаваемые для прояснения материала, изложенного клиентом, могут также служить этой цели с помощью фокусирования внимания на реакциях клиента.

3. Клиент может отрепетировать реакции, данные психотерапевтом в качестве интерпретаций. Сильная тревога или несогласованность во времени обозначения и вызванных эмоцией сигналов способны помешать клиенту правильно обозначить свои реакции. Психотерапевт может давать обозначения в нужное время. Репетиция может заключаться в парафразе, с использованием собственных слов клиента, или может проводиться клиентом мысленно, а не вслух. Клиент вознаграждается уменьшением тревоги, появлением надежды и ощущением прогресса. Иногда тревога усиливается, и клиент противится интерпретации. Сопротивление может быть обусловлено сильным стремлением клиента к независимости и самостоятельному разрешению своих проблем, или же возникает в случае неумной или неуклюжей интерпретации.

Неправильное обозначение может временно снизить тревогу, но в связи с отсутствием постоянного вознаграждения не отличается стойкостью. Вербальные реакции могут быть присоединены к эмоциональным сигналам, средовым сигналам, инструментальным действиям или другим вербальным сигналам. Последние отношения могут быть названы кларификацией и обычно включают упорядочение реакций, событий во временной и причинной последовательности.

Интерпретация, или «подсказка» (*prompting*), со стороны психотерапевта необходима, чтобы терапия была действенной и максимально успешной, поскольку клиент обычно не может сделать все самостоятельно, хотя это было бы предпочтительно. Клиент, способный на это, быстро добивается успехов и готов перейти к самостоятельным действиям. Второй из описанных выше методов используется, когда клиент делает ряд различных, противоречивых гипотез или утверждений.

Третий метод, который также иногда необходим, имеет несколько недостатков. Психотерапевт не может быть уверен, что клиент использует интерпретацию, когда репетирует реакции молча, а не вслух. Молчаливые реакции, вероятно, слабее, они менее эффективны, чем вербализации. Ослабление также происходит в процессе генерализации от психотерапевта к клиенту. Наконец, существует сопротивление, или «интерпретационный шок».

Психотерапевту не следует вмешиваться, давая интерпретации, пока клиент не прекращает самостоятельный прогресс, и затем психотерапевт делает это лишь в той степени, в какой, по его мнению, клиент может выдержать. Кроме того, «искусный психотерапевт... не дает интерпретаций только по наитию. Он ждет убедительных

подтверждений своей гипотезы, прежде чем обозначает, указывает на реакцию переноса или же обучает различению. Чтобы убедить пациента, факты должны быть убедительными. Чем меньше необоснованных заявлений делает психотерапевт, тем выше значимость его слов» (Dollard & Miller, 1950, p. 284).

Обучение различению

Различение включает присоединение различных вербальных сигналов к стереотипам действительно различных раздражителей. Психотерапевт использует разнообразные методы, чтобы обучить пациента различению. Одной из техник привлечения внимания к проблемной сфере является отказ психотерапевта понимать клиента, что стимулирует клиента к повторному исследованию проблемной сферы. Это напоминает сократовский метод обучения. Использование слова, или ярлыка, на который уже выработалась серия реакций, переносит эти реакции на новую ситуацию. Психотерапевт может приостановить некоторые реакции, назвав их ложными или сомнительными. Таким образом, психотерапевт является «оператором в поле речи, возбуждающим выученные влечения и распределяющим выученные вознаграждения, вызывая адекватные цепочки фраз для управления инструментальными реакциями» (Dollard & Miller, 1950, p. 312). Генерализация на сходные наборы раздражителей может быть ускорена, если психотерапевт укажет на их сходство. Кроме того, психотерапевт может поощрить различение, отметив различия между прошлым и настоящим, а также заверяя клиента в благоприятном характере настоящего окружения.

Продолжительность и область применения

Продолжительность. Временных ограничений для терапии не установлено. Предполагается, что продолжительность лечения будет варьировать в зависимости от особенностей пациента и его проблем.

«Некоторым пациентам потребуется лишь минимальное поощрение, чтобы эффективно использовать свои высшие психические процессы. В других случаях необходимо много месяцев кропотливой работы для устранения подавления и восстановления высшей психической деятельности. Некоторые пациенты нуждаются в небольшом толчке, чтобы сделать первый шаг к действию, снижающему влечение. Иногда не избежать длительного периода медленного экспериментирования в терапевтической ситуации, прежде чем удастся добиться торможения действия. В каждом случае цель одна и та же, а именно активная психическая жизнь и эффективное функционирование в реальном мире. Вместе с тем требования к психотерапевту варьируют в зависимости от выраженности подавления и силы конфликта» (Dollard & Miller, 1950, p. 423).

Область применения. Данный подход предназначен для лечения неврозов. Вместе с тем ряд обстоятельств может привести к неудаче терапии (Dollard & Miller, 1950, pp. 424-427), а именно:

- 1) если пациент слишком горд, чтобы обратиться к психотерапевту (за помощью);
- 2) если пациент не способен соблюдать предложенные психотерапевтом условия лечения (например, внесение определенной платы);
- 3) если пациент не способен к научению;
- 4) если пациент мотивирован недостаточно сильно;
- 5) если пациент не пытается попробовать новые реакции за рамками терапевтической ситуации;
- 6) если реальная жизнь не вознаграждает новые реакции пациента;
- 7) если реальные обстоятельства становятся неблагоприятными.

Пример из практики

Доллард, Олд и Уайт (Dollard, Auld & White, 1953) представили анализ случая

краткосрочной психотерапии с использованием техник, основанных на теориях Долларда и Миллера. Будущим психотерапевтам будет полезно познакомиться с полным изложением и анализом данного случая, здесь же представлен лишь фрагмент одиннадцатого интервью без комментариев, который приводится под заголовком «Тактика: примеры терапевтических техник в данном случае». Следует отметить, что, по мнению авторов, психотерапевт был слишком активен, следовательно, приведенное интервью не является хорошей иллюстрацией свободных ассоциаций, во всяком случае, менее хорошей, чем другие интервью по данному случаю.

«Сессия 11

Пациентка. У меня сегодня был трудный день. Мы с матерью трудились, как рабыни, с половины восьмого утра. Сегодня у нас званый ужин с большим количеством приглашенных. Я устала. Она готовила всю еду... Мне не надо было беспокоиться об этом, но всегда в таких случаях находится множество мелочей. Знаете, я размышляла о нашем с вами разговоре на прошлой неделе... и... моя жизнь очень скучна и монотонна... но я сама виновата в этом. На самом деле наверно мне следует выбраться из дома и найти работу, я считаю, мои мысли будут заняты весь день — мое время будет занято до вечера — и я с удовольствием буду сидеть дома и ничего не делать. И... я думаю, мне грех жаловаться на это... на скуку. Потому что это действительно моя вина.

Терапевт. Что вы имеете в виду, когда говорите, что это ваша вина?

П. Ну, я хочу сказать, что мне следует... следует быть так занятой днем, чтобы по вечерам хотеть сидеть дома, скучать или вести спокойную жизнь. Но... я не знаю, что мне... у меня нет достаточной квалификации, чтобы выполнять настоящую работу. Я играю небольшие роли в нашем театре, но никогда не смогу профессионально заниматься шоу-бизнесом. Я могла бы работать в магазине сувениров, секретарем или телефонисткой или кем-то вроде этого. Но, как мне кажется, я могу делать это. Сейчас я думаю о бухгалтерии или машинописи и стенографии.

Т. Да, гм.

П. Я могла бы... понимаете, пройти курс обучения из шести несложных уроков, так об этом... (*смеется*) пишут в рекламе. Это короткий курс. Я подумываю о том, чтобы его пройти. Вот что забавно, я не знаю, что со мной происходит, у меня... двое очаровательных детей, прекрасный муж, чудесный дом... но я несчастлива. Все это лишено для меня смысла.

Т. Я не понимаю вас, вы хотите сказать, что жизнь у вас чересчур легкая...

П. Ну, я думаю, это потому что... мне слишком легко все дается, поэтому... я недовольна.... С другой стороны, если бы мне все давалось с трудом, неужели я перестала бы жаловаться?

Т. А сами вы как думаете?

П. Это кажется мне логичным. Вероятно, жизнь у меня слишком легкая. Поэтому... у меня нет оснований жаловаться... я хочу сказать... имея прекрасного мужа, чудесных детей, хороший дом, я имею возможность развлекаться, когда захочу... а я все жалуясь. Я несчастлива, потому и жалуясь постоянно.

Т. На это должна быть какая-то причина, не так ли?

П. Даже не знаю, что и сказать, этого-то я и не понимаю; почему у меня возникают такие чувства? Почему я все время недовольна, постоянно что-то ищущая? Почему мне не получать удовольствие от пребывания дома и... от того, что у меня есть? Я могла бы... даже не знаю. Я не могу этого понять. С чего мне жаловаться на скуку? У меня просто нет на это права.

Т. Как это так?

П. Понимаете, люди... многие люди живут гораздо хуже меня, они лишены того, что я имею. Почему же я жалуясь? Как я могу быть несчастлива? Неужели все это идет из моего детства?

Т. Ну, не знаю... конечно, другим людям намного труднее, у них больше проблем....

П. Да.

Т. ...Мне кажется, нам не следует обсуждать ваши проблемы в сравнении с проблемами других людей, давайте попробуем осмыслить ваши проблемы, чтобы понять их причину...

П. Что я ищущая? Я не знаю, чего хочу в жизни. Кто я такая... что... Я не знаю, какова моя

цель в жизни. Почему я недовольна? Больше того, я несчастлива.

Т. Возможно, в этом и состоит наша проблема?

П. Да, но...

Т. Вопрос заключается не в том, должны или не должны вы быть довольной, а в самом факте вашего недовольства, и причины этого недовольства нам с вами предстоит выяснить.

П. Но мне стыдно жаловаться. У меня есть так много. Я хочу сказать, что у меня... хороший муж, прекрасный дом, замечательные дети. Мне действительно стыдно. Не делаю ли я из мухи слона?

Т. Видите ли, в этой картине кое-что отсутствует; я хочу сказать, что вы упомянули все эти вещи как явно приносящие удовлетворение, но вместе с тем вы не удовлетворены...

П. Это так.

Т. ...это значит, что не все в порядке.

П. Не знаю, почему, не имею ни малейшего представления. Я не знаю, к чему стремлюсь. Чего я хочу? Чего жду от жизни? Почему мне все время скучно? Почему жизнь такая монотонная? Наверное, это оттого, что у меня мало дел? Это потому, что у меня есть время? Если бы я стала работать, мое настроение, вероятно, изменилось бы. На протяжении двух последних дней я постоянно задаю себя этот вопрос. Я не знаю, чего хочу от жизни, к чему стремлюсь, но я думаю, что я хочу... муж прекрасно ко мне относится, у меня чудесная дочь и славный сын. Я хорошо провожу время. Говорят, что я хорошая хозяйка, гости любят у нас бывать, им уютно в нашем доме. Все так живут, не правда ли?

Т. Знаете, если бы все это было так, было бы поразительным, что вы чувствуете себя неудовлетворенной. Мне хотелось бы знать, действительно ли все обстоит именно так.

П. Именно так, но я все равно несчастлива, мне хочется куда-нибудь сбежать... и... уйти из дома. Я думаю, это оттого, что мне нечего делать, из-за отсутствия интересов, отсутствия... работы. Пол уходит в школу. Дорис уже выросла, я ей не нужна... ее только нужно накормить, а это несложно. Зимой Пол все время проводит в школе, летом уезжает в лагерь. Мужу требуется, чтобы я его кормила и вела хозяйство.

Т. Чем именно вы занимаетесь дома?

П. Готовлю обед, стираю, убираю... но все оставшееся время находится в моем распоряжении.

Т. Правда ли, что мужу от вас нужно только это?

П. Ну... он очень... он выглядит довольным той жизнью, которую он ведет. Я не вмешиваюсь в его жизнь. Он выглядит... ему нравится возвращаться домой, находиться дома, отдыхать после напряженного дня работы с клиентами (он адвокат). Конечно, я не могу в это вмешиваться. У меня бы ничего не вышло, даже если бы я и попыталась это сделать. Мы с ним... совершенно разные люди. Он очень сдержанный и спокойный, а я полная его противоположность. Я беззаботная... я хочу сказать, что раньше я была беззаботной и веселой, ничто меня не беспокоило. Я любила весело проводить время. Я люблю развлекаться. Мне кажется, что я еще не такая старая... чтобы лишать себя радостей жизни. Но он... он любит спокойную жизнь.

Т. Однако эти различия между вами раньше вас не беспокоили — во всяком случае, вы об этом не упоминали — последние шестнадцать лет.

П. Да, я думала об этом, долго думала... как мы пойдем в гости, я буду от души веселиться, а он вдруг скажет. «Собирайся, пойдем домой». И мне придется быстро собираться и уходить. Это происходило из года в год. Без изменений. Как я уже вам говорила, если мы куда-то приглашены; а он чувствует себя утомленным, то мы никуда не идем. Вот что я хочу сказать. Но, как мне кажется, я не могу всегда быть прожигательницей жизни. Пока я не чувствую себя старой... то есть не чувствую необходимости сидеть все время дома. Я хочу веселиться и радоваться жизни. Что в этом дурного?

Т. Ничего. Конечно, вы молоды; вы достаточно молоды, чтобы наслаждаться жизнью, я думаю, что вы имеете право на это, но мне хотелось бы знать...

П. Вы хотите сказать, что нет ничего плохого в том, чтобы чувствовать себя в душе молодой и хотеть радоваться жизни.

Т. Что касается «хорошего» и «плохого», я абсолютно уверен, что в этом ничего плохого нет.

П. Не кажусь ли я вам недостаточно взрослой, когда говорю нечто подобное? Ребячливой?

Т. А как вы о себе думаете?

П. Боюсь, что это так. Я считаю, что это по-детски хотеть развлекаться и веселиться. Я думаю, что мои дети подрастают, а я становлюсь старше, мне пора успокоиться и вести тихую, размеренную жизнь.

Т. Почему вы так думаете?

П. Мы... я не знаю, мне кажется... я не могу пойти куда-то и делать то, что делала раньше, несмотря на то что я чувствую, что могла бы... чувствую где-то внутри. Но это неправильно; нельзя так делать.

Т. По мере того как взрослеет и становится независимой Дорис, вам кажется, что вы, если можно так выразиться, стареете и уже превратились в пожилую женщину?

П. Нет. Не это меня беспокоит. Я никогда об этом не думала. А это не так?

Т. Нет, вспомните, что вы сами сказали, что вы больше не должны...

П. Да, конечно... с точки зрения окружающих меня людей, понимаете, я не хотела бы, чтобы обо мне судачили. Мне по-прежнему кажется, что я могу... должна веселиться... и... и радоваться жизни, хотя дети подрастают и я им уже не так сильно нужна. Я думаю, что могла бы проводить время гораздо лучше, чем теперь... но я боюсь того, что станут обо мне говорить окружающие. Мои друзья, муж.

Т. Что, по-вашему, они могут сказать?

П. Они могут сказать, что ей пора бы уже повзрослеть, что у нее... взрослые дети, она должна вести себя, как подобает матери. (*Смущенный смех.*) Но Боб очень сдержанный человек, не столько сдержанный, сколько невозмутимый; он очень спокойный. Мы иногда путешествуем с ним вместе, на самом деле я не люблю с ним куда-нибудь ходить, потому что он предпочитает места, где можно хорошо поесть, поспать, понимаете, расслабиться и рано лечь спать. Я это делаю каждый вечер. Всегда. Я не люблю проводить вместе с ним отпуск... но провожу. Ему всегда хочется отдохнуть; я не устала, я хочу развлекаться, жить полной жизнью, я люблю, когда вокруг люди. Что в этом плохого?

Т. Просто... как вы сами к этому относитесь? Мне кажется....

П. Понимаете, я точно не знаю... не могу понять... я хочу сказать, что это... чувство к Бобу... его невозмутимость... я всегда... держала в себе, я никогда ему об этом не говорила. Я никогда не говорила ему: «О, мне хотелось бы пойти куда-нибудь развлечься». Я всегда помалкивала, держала язык за зубами... потому что знала, что ничего хорошего из этого не выйдет. Я хочу сказать, что это всегда было где-то в глубине. Однажды мы поехали в отпуск на четыре дня, я все время сидела на диване и читала. Я могу это делать и дома. Я... наши знакомые говорили: «Вы наверняка отлично отдохнули». Я смертельно скучала! Я ненавидела каждую минуту нашего отпуска. Конечно, я ничего не сказала мужу. Я сказала, что все было отлично... но я возненавидела этот отпуск. Я с ним больше никуда не поеду. А одна я не могу никуда ехать, поэтому и сижу на одном месте. (*Смех.*) Поэтому... все, что мне доступно... в плане выбраться из дома... это ехать с ним и делать то, что ему нравится. Понимаете ли вы, насколько мы с ним разные люди? Как день и ночь. Может, это к лучшему. Возможно, он меня сдерживает. Возможно, мне необходимо именно это. Но я так скучаю по дням ушедшей юности. Родители мне ничего не позволяли. Мне казалось, что когда я выйду замуж... все будет иначе. Но никаких изменений не последовало. Что касается... удовольствий... и развлечений. Это звучит глупо, не так ли? (*Пауза.*) Но муж так хорошо ко мне относится, что я не могу... я думаю, что не могу вести себя с ним иначе, то есть... я не могу с ним не соглашаться. Не могу заявить: «Я собираюсь в ночной клуб, а ты можешь остаться дома». Я никогда так не делала.

Т. Как-то вы упомянули, что участвовали в работе любительского театра...

П. Репетиции иногда происходили днем.

Т. Да, но вы тогда выходили из дома и получали от этого... удовольствие. Разве это не развлечение?

П. Конечно. Мне казалось, что я могу развлекаться один-два дня или вечера в неделю, а в остальные дни сидеть дома; по крайней мере я имела бы какое-то удовольствие, меня бы это вполне устроило. Но он... я... чувствую, что ему дано право жить так, как ему хочется. Я не

возражаю, если это для него так важно. У него сложная работа, он за день устает. Я никогда не возражала против того, чтобы он ложился спать в 9-10 часов вечера; я ничем не давала ему почувствовать, как меня это огорчает, я вообще ничего не говорила об этом. Я чувствовала себя ужасно, но молчала. Из-за него... мы не приняли миллион приглашений. Разве плохо чувствовать, что ты все еще хочешь развлекаться?

Т. Возможно, есть другие компенсации...

П. Ну...

Т. ...этого, и мне хотелось бы знать, отдаете ли вы себе отчет в их существовании... я имею в виду другие компенсации в ваших отношениях.

П. Ну, он... хороший.

Т. Что вы под этим понимаете?

П. Он... надежный, он честный, он много работает... он домосед (*виноватый смех*). Он любит сидеть дома. Возможно, дело во мне... я недостаточно зрелая; возможно, я все еще ребенок — я еще не повзрослела достаточно, не знаю.

Т. Сейчас вы перечислили... хорошие качества своего мужа. Действительно ли вы ограничиваете свои ожидания только этими качествами?

П. Нет, я думаю, что муж должен... с таким же желанием хотеть что-нибудь сделать, как и жена. Мне кажется... Боб должен чувствовать то, что чувствую я, хотеть так же проводить свободное время вне дома, общаться с людьми. Что он должен быть столь же предупредительным по отношению ко мне, как и я к нему. (*Пауза.*) Даже когда мы были моложе, еще до свадьбы... когда мы были помолвлены, все было точно так же, хотя я всегда полагала, что завтра у него будет трудный день, и не мешала ему. Я позволяла ему... он... мы... когда мы встречались, он всегда уходил в половине одиннадцатого или в одиннадцать. Мы никогда не засиживались до полуночи. Наверное, глупо, что я делаю из этого проблему, ведь так?

Т. Эта проблема вас беспокоит, не вижу оснований считать это глупым.

П. Да, но... я не могу с этим справиться. Что я могу с этим поделать? Не существует способов... что-либо изменить. Конечно же, я не могу сказать Бобу: «Сегодня вечером я иду на свидание, пока». (*Смеется.*) Или: «Я иду развлекаться». Я не могу этого сделать; я иначе устроена. Хотя мне очень этого хочется, я так не поступлю... Это все потому что я чувствую, что я так много упустила в юности... я чувствую, что хочу... делать то, что не делала раньше?

Т. Вы действительно так считаете?

П. Да, это так. Мне кажется, у меня никогда не было реального шанса... куда-то пойти... не знаю, это, вероятно, звучит глупо. Все это очень нелепо. В любом случае, я ничего не могу поделать с этим. Я кажусь себе ребенком. Мне кажется, когда стереотип сформировался, вы должны ему следовать. Начав жизнь в выбранном направлении, практически невозможно что-либо изменить. Особенно в семейной жизни. Я никогда не говорила Бобу о своих чувствах... потому что знала, что это ни к чему хорошему не приведет. Я по-прежнему в этом уверена. Он вряд ли меня поймет... он... он решит, что я веду себя, как ребенок. Таким образом, если бы я могла заняться чем-нибудь днем, чтобы не думать об этом... я вполне могла бы вечером посидеть дома. словно бьешься лбом об стену, правда? Как бы вы разрешили подобную проблему? Возможно ли это?

Т. Знаете, я не уверен, что мы с вами ясно представляем себе всю проблему в целом.

П. Что вы имеете в виду? Я вас не понимаю; я рассказала вам о своих чувствах.

Т. Однако вы сами несколько раз повторили, что это ребячество и лишено всякого смысла.

П. Это потому, что я не вижу выхода из положения. Нет способов решения этой проблемы. Как я могу подойти к Бобу и сказать: «Я хочу сегодня вечером развлечься. Повеселиться. Мне надоело сидеть дома». Если я так скажу, он ответит: «Извини, я устал». Что же мне делать? Идти без него? Разве это можно?

Т. Этот вопрос следует адресовать себе.

П. Я не могу, я никогда этого не делала, я не знаю, куда пойти, с чего начать. Поэтому я все время спрашиваю себя, чего я хочу от жизни? К чему стремлюсь? Что мне нужно? У меня хороший дом, замечательные дети, хороший муж, вот и все. Глупо, правда?

Т. Нет, в этом нет ничего глупого; мне представляется, что это незавершенная картина.

П. Но она завершена. Я это чувствую. Мне кажется, что я... делаю то, что должна, однако мне все-таки хотелось бы получать от жизни некоторое удовольствие. Почему я не такая, как другие? Большинство людей, как мне кажется, чувствуют себя совсем иначе. Они не жалуются на то, что им некуда пойти. Со мной, наверное, что-то не в порядке? Почему мне хочется веселиться и развлекаться?

Т. Конечно, нам с вами трудно судить о том, что происходит с большинством людей, потому что мы имеем дело, то есть, оцениваем вашу проблему, а не других людей...

П. Именно это я имею в виду, мне не с кем себя сравнить. У меня... есть подруга... которой живется гораздо хуже, она никогда не жалуется. Возможно, это потому, что у нее трое маленьких детей, о которых надо заботиться, она так устает к вечеру, что, когда они ложатся спать, с удовольствием отдыхает. Может быть, все дело в том, что у меня мало дел в течение дня. *(Пауза.)* Не знаю. Я давно об этом думаю. Мне кажется, что я не получаю от жизни всего, что мне хочется.

Т. Что же вы хотите от жизни? Чтобы вы не...

П. Не знаю. Мне очень бы хотелось это понять. Действительно, очень бы хотелось. Чего я хочу? Какая я? Не имею об этом ни малейшего представления. Есть нечто, на что я надеюсь, но я не знаю, что бы это могло быть.

Т. Когда вы были помолвлены со своим будущим мужем, а этот стереотип уже существовал... по вашим словам, этот стереотип установился ранее, было нечто, на что вы надеялись, что должно компенсировать время без развлечений, это так?

П. Не было ничего. Я была молода, безумно влюблена. Я восхищалась своим будущим мужем, считала его замечательным. Мне больше ничего не было нужно. Он был мил со мной, он был... о, мне просто ничего больше не было нужно... я ничего больше не хотела. Он был рассудителен, сдержан. Я работала в магазине сувениров; я замещала одну из продавщиц летом. Он заезжал за мной утром и отвозил на работу, забирал в половине шестого вечера. По-моему, он был просто великолепен. И Боб всегда уверен в себе. Как мне кажется, его ничто не беспокоит. А у него тоже была непростая жизнь, он работал и одновременно учился в колледже... летом подрабатывал продавцом. Он ведь из бедной семьи. Он просто молодец. Всего добился сам. *(Пауза.)* И я всегда считала его «надежным», понимаете, на него всегда можно положиться. Вот какие у меня тогда были чувства, когда он был нужен, он всегда оказывался рядом. Он и сейчас такой же... понимаете. Точно такой же.

Т. Вы сказали это таким тоном, словно вы разочарованы... Я вас не понимаю.

П. Разочарована? *(Пауза.)* Нет, не знаю. Возможно, я... разочарована потому, что он старше меня. Я хочу сказать, что мне следовало выйти замуж за более молодого человека... с менее устоявшимися взглядами и привычками. Насколько я помню, Боб очень похож на моего отца. У него замечательный характер, с ним легко общаться, он надежный.

Т. Не кажется ли вам, что от мужа ожидаешь несколько другого, чем от отца?

П. Любви и дружеского общения? Страсти? *(Пауза.)* Это когда вы молоды. Когда становишься старше, это уже не столь важно. Или когда долго живешь с человеком, то все меняется, ведь правда?

Т. Что именно меняется?

П. Ну не знаю, когда вы молоды, в вас говорит детство, когда вы становитесь старше... вы уже об этом не думаете... это уже не имеет для вас значения. Это как... быть длительное время замужем... это становится привычкой. Почти как регулярно чистить зубы. Это... ваш муж... и все.

Т. Мне хотелось бы знать, должно ли быть именно так.

П. Не могу сказать. Не могу ответить на этот вопрос. Просто не знаю.

Т. Тогда я сформулирую по-другому: не хотите ли вы, чтобы все было иначе?»

Заключение и оценка

Заключение. Невроз выучивается в раннем детстве. Несмотря на то что единичное влечение может настолько усилиться, что начнет причинять боль и страдания, невроз обычно является результатом конфликта влечений, возникших в ситуации кормления, приучения к

навыкам опрятности, полового воспитания и ситуациях, связанных с проявлениями гнева/тревоги. Эти конфликты подавляются; таким образом, они становятся бессознательными. Бессознательное не может быть вербализовано, оно не имеет обозначения. Страх является наиболее базовым и сильным влечением, втянутым в конфликт; он тормозит проявление других влечений, мешая их удовлетворению. Страх в сочетании с конфликтующими влечениями провоцирует симптомы, состоящие из реакций, часто компромиссных, что ведет к некоторому ослаблению влечения. Следовательно, симптомы вознаграждаются или подкрепляются, становятся устойчивыми. Невротическая личность страдает в силу своих конфликтов, которые мешают удовлетворению влечений, и выглядит при этом глупо, поскольку подавление не позволяет проникнуть в природу своих проблем.

Терапевтическая ситуация создает условия для нового научения. Свободные ассоциации ведут к обнаружению подавления. Перенос способствует дальнейшему выяснению природы конфликтующих влечений. Клиент и психотерапевт занимаются обозначением этих влечений, переживаний, чувств и конфликтов. Такое обозначение позволяет не только различить на вид сходные, но, по сути, разные переживания и ситуации, но и провести адекватную генерализацию на действительно сходные ситуации. Обозначение и возникающий в результате инсайт позволяют клиенту приступить к высшей психической деятельности, которая необходима для адаптивного поведения.

Невроз по своей природе представляет собой конфликт приближения/избегания, т. е. ситуацию, в которой индивид склонен одновременно идти к какой-то цели и избегать ее. Градиент избегания (усиление тенденции к избеганию, или страху, по мере приближения к цели) гораздо сильнее, чем градиент приближения (усиления тенденции к приближению по мере сокращения дистанции до цели). Невротическая личность обладает сильной склонностью к избеганию. Попытка усилить мотивацию невротической личности к приближению приведет лишь к усилению страха и конфликта. Именно это с самыми лучшими намерениями пытаются сделать родственники и друзья. Если то же самое делает психотерапевт, клиент, скорее всего, досрочно прекратит терапию. Следовательно, вместо того чтобы пытаться увеличить градиент приближения, необходимо снизить градиент избегания, а следовательно, страхи клиента, с помощью принятия, терпимого отношения и понимания.

В одной из своих публикаций Миллер (Miller, 1964) описал ситуацию, в которой страхи клиента были вполне обоснованными, а достижение цели влекло за собой наказание. Клиента наказывают за достижение цели, или же он страдает от сильного страха или конфликта, если возможное наказание препятствует достижению цели.

«В таких случаях попытки уменьшить страх и избегание дадут негативный терапевтический эффект, и наоборот, позитивный терапевтический эффект может быть достигнут за счет усиления страха и избегания до такой степени, что испытуемый держится подальше от запретной цели, не заслуживает серьезного наказания и даже не испытывает искушения быть вовлеченным в конфликт» (р. 154).

Когда наказание осуществляется некоторое время спустя после достижения цели, сильный страх (или вина) ощущается вслед за этим событием и лишь умеренный страх — до того, как цель будет достигнута. И вновь усиление градиента избегания позволяет получить терапевтические изменения.

Оценка. Доллард и Миллер представляют детально проработанный, систематический и обоснованный подход, основанный на теории научения путем подкрепления. Они интегрируют теорию научения с клинической системой психотерапии, разработанной психоанализом. Они продемонстрировали, что психоанализ согласуется, или может быть адаптирован к теории научения путем подкрепления. Концепция подкрепления предложена вместо фрейдовского принципа удовольствия. Концепция силы Эго трансформирована в высшие психические процессы и культурно-ценностные выученные влечения и навыки. Подавление становится торможением сигнал-продуцирующих реакций, которые опосредуют мышление и рассуждение. Перенос является особым случаем генерализации. Конфликт рассматривается в терминах теории научения. Дополнительные концепции и принципы, такие как торможение и ограничение, расширяют психоаналитические представления. Концепция реальности расширяется, или конкретизируется, в терминах физических и социальных условий научения.

Делается акцент на необходимости проявления и подкрепления реакций за рамками терапии, в реальной жизни.

По сравнению с теориями Вольпе (Wolpe, 1990; см. главу 6) и Сэлтера (Salter, 1949), подход Долларда и Миллера отличается широтой, многогранностью и авторитетностью. Вместо отрицания психологических и социальных факторов, таких как природа отношений клиент-психотерапевт, данный подход их включает, подчеркивая их совместимость с теорией научения. В этом состоит основное отличие от техник Сэлтера и Вольпе. Предполагая, в том числе на основании фактов, что градиент избегания сильнее градиента приближения при конфликте приближения/избегания, Доллард и Миллер основывают свои техники на уменьшении градиента избегания. (Вместе с тем они признают необходимость мотивировать некоторых клиентов переходить от слов к действиям, хотя и не говорят конкретно, что и как надо делать). В отличие от этого, техники Сэлтера и Вольпе направлены на усиление градиента приближения. Поскольку Доллард и Миллер предоставляют эмпирические и клинические доказательства своей позиции, как удастся добиваться успеха Вольпе и Сэлтеру с их техниками? Очевидны два возможных объяснения. Во-первых, многие из клиентов Вольпе могли не страдать клинически выраженным неврозом, а обладать лишь отдельными симптомами, которые поддаются данному лечению; иначе говоря, у этих индивидов градиент приближения по тем или иным причинам был слабым и легко мог быть усилен за счет использования техник Сэлтера и Вольпе. Во-вторых, вполне возможно, что их успех является результатом не столько самих техник, сколько других аспектов лечения, в частности искренней заинтересованности и желания помочь своим клиентам.

Разные представления о лечении в терминах градиента приближения/избегания связаны с представлениями о том, что меняется в первую очередь: поведение, а затем чувства и установки или наоборот. Вольпе и Сэлтер полагают, что вначале меняется поведение. Доллард и Миллер считают иначе. Для них страх является установкой, или чувством, а их подход состоит в уменьшении страха через терапевтические отношения, после чего можно ожидать изменений поведения.

Есть и еще один несколько противоречивый аспект этого основного различия. Вольпе настаивал на том, что клиент должен находиться в расслабленном состоянии, приступая к освоению нового желаемого поведения, например сексуальной активности, чтобы поведение переобуславливалось за счет ассоциации с приятными, нетревожными чувствами. (Вольпе также описывает это как торможение страха другой, несовместимой с ним реакцией.) Доллард и Миллер (Dollard & Miller, 1950), напротив, считают, что сексуальная реакция клиента должна сопровождаться чувством страха, чтобы, при отсутствии последующего наказания, происходило его угасание. Вполне возможно, что при использовании метода Вольпе возникает некоторая тревога или страх, хотя клиент и расслаблен, а в случае техник Долларда и Миллера страх или тревога в достаточной степени снижаются, чтобы клиент мог совершить то, что ранее ему не удавалось. Вольпе делает акцент на переобуславливании, в то время как Доллард и Миллер подчеркивают важность угасания.

Кроме того, Доллард и Миллер не согласны с Сэлтером, Вольпе и другими поведенческими психотерапевтами, что симптомы составляют невроз и их устранение равнозначно излечению невроза. Доллард и Миллер (Dollard & Miller, 1950) считают что, поскольку

«выученный симптом позволяет несколько ослабить мотивирующее его сильное влечение... устранение симптома... вновь отбросит пациента в состояние сильного влечения и конфликта. Это подтолкнет индивида к научению новым реакциям. Эти новые реакции могут оказаться как более адаптивными, так и, возможно, еще худшими симптомами» (р. 385).

Доллард и Миллер полагали, что «после снятия торможения, блокировавшего более адаптивные целевые реакции, можно ожидать необычных результатов» (там же, р. 386). Тогда психотерапевт может вмешаться в симптом с помощью неблагоприятной его интерпретации, что, возможно, усилит реакцию к достижению цели, а не ослабит торможение. Этот фактор может служить объяснением очевидного успеха методов Вольпе и Сэлтера. Кроме того, Доллард и Миллер больше полагаются на различие, чем на автоматическое обуславливание. Их подход, следовательно, более вербальный и более рациональный, чем подходы с использованием обуславливания. Несмотря на то что они также учитывают

аффективные и эмоциональные аспекты как существенные, присущий им акцент на вербальном обозначении, различении и генерализации делает их подход более вербально-рациональным по сравнению с традиционным психоанализом. Интересно отметить, что в завершении главы, посвященной обозначению, Доллард и Миллер (Dollard & Miller, 1950) сочли необходимым указать, что они «не являются сторонниками простой интеллектуализации терапевтического процесса» (р. 303). Вместе с тем, несмотря на внимание к аффективными элементам, они делают акцент на рациональном анализе. Психотерапевт призван, по их мнению, в значительной мере осуществлять функцию обучения.

В разработанном Доллардом и Миллером подходе имеются некоторые пробелы и разночтения. Например, внимание уделяется подавленному материалу, однако сам процесс подавления незаслуженно обходится. При обсуждении свободных ассоциаций авторы заявляют, что проговаривание дается легче и сопровождается меньшей тревогой, чем мышление, поэтому «эффекты угасания, изначально присоединенные к проговариванию вслух, быстро генерализуются на «разговор про себя» (мышление)» (там же, р. 250). Однако далее, при обсуждении сопротивления клиента, они высказывают предположение, что «хотя пациент переходит на обдумывание фраз, вызывающих тревогу, эта тревога не столь интенсивна, как во время проговаривания вслух тех же фраз» (там же, pp. 270-271). Конечно, это все не так уж важно. Главный недостаток подхода, разработанного Доллардом и Миллером, состоит в том, что они исходили из теории научения, которая сформулирована на основании результатов экспериментов с животными и только затем распространена, часто по аналогии, на поведение человека (Miller & Butler, 1952). Таким образом, данному подходу присуща ограниченность теории подкрепления (Raimy, 1952), которая не может адекватно объяснить все изменения, происходящие в результате научения, в частности сложное поведение людей. Следовательно, можно упрекнуть Долларда и Миллера в чрезмерной упрощенности и ограниченности представлений о человеке как о системе реакций на ситуационные раздражители, уменьшающих соответствующие влечения. Отдается должное вторичным, или выученным, влечениям, развивающимся из первичных влечений, однако их природа и развитие, или происхождение из первичных влечений, остаются неясными.

Долларда и Миллер излагают свои представления как гипотезы, а не как доказанные принципы. Они подчеркивают, что их книга не является достаточно полной, чтобы служить руководством по психотерапевтической практике. Они планировали написать другие книги, чтобы восполнить существующие пробелы и преодолеть неразрешенные проблемы. Жаль, что их планам не суждено было осуществиться, тем более достойно сожаления, что практикующие и начинающие психотерапевты не уделили должного внимания книге «*Personality and Psychotherapy*» (Dollard & Miller, 1950). Подход Долларда и Миллера можно считать одним из немногих действительно систематических подходов в терапии. Их интеграция так называемой инсайт-терапии с теорией научения предвосхитила современные исследования почти на 30 лет.

Как отметил Арковиц (Arkowitz, 1992),

«книга Долларда и Миллера... представляет собой не просто попытку перевести психоаналитические концепции на поведенческий язык. На самом деле это нечто гораздо большее, это попытка синтезировать и интегрировать представления о неврозе и психотерапии двух школ с целью создания объединяющей теории в этой области» (р. 264).

Он же продолжает: «Работа Долларда и Миллера по-прежнему остается одной из наиболее удачных попыток интегрировать два различных подхода» (там же, р. 265). «Теперь, когда интеграция в психотерапии стала устойчивой тенденцией, их работа получит заслуженное внимание» (там же, р. 265).

Глава 6. Поведенческая терапия: Вольпе

Джозеф Вольпе (род. 1915) получил образование в Южной Африке, степени магистра и бакалавра были ему присвоены в 1939 г., а степень доктора медицины в 1948 г. в Йоханнесбургском университете Уитвотерсренда. Занимаясь частной психиатрической практикой, он одновременно читал лекции по психиатрии в Уитвотерсренде с 1949 по 1959 г.,

за исключением периода 1956-1957 гг., когда он работал в Центре передовых исследований в области поведенческих наук в Стэнфордском университете. С 1960 по 1965 г. Вольпе занимал должность клинического профессора психиатрии в университете Вирджинской медицинской школы в Шарлоттсвилле, штат Вирджиния. В 1965 г. он стал профессором психиатрии на факультете поведенческих наук школы медицины в Темпльском университете и Психиатрическом институте Восточной Пенсильвании в Филадельфии, где проработал почти 20 лет. В настоящее время он является сотрудником университета Пеппердайна и Калифорнийском университете в Лос-Анджелесе.

В 1979 г. Вольпе стал обладателем награды за выдающийся научный вклад в психологию от Американской психологической ассоциации. Сообщение о награде, опубликованное в журнале «*American Psychologist*» (1980, 35, 44-51), содержало библиографию его публикаций вплоть до 1979 г. Вольпе получил награду за выдающийся личный вклад от Общества фобий. В 1993 г. ему также была вручена награда Джеймса Маккина Кеттелла от Американской психологической ассоциации.

Докторская диссертация Вольпе была озаглавлена: «Подход к проблеме невроза, основанный на условной реакции». За публикацией журнальных статей в 1952, 1954 и 1956 гг. последовал выход в свет его книги «Психотерапия с помощью реципрокного торможения» (*Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*, 1958). Совместно с Лазарусом он написал руководство «Техники поведенческой терапии: руководство по лечению неврозов» (*Behavior Therapy Techniques: A Guide to the Treatment of Neuroses*, 1966). Кроме того, Вольпе является автором руководства «Практика поведенческой терапии» (*The Practice of Behavior Therapy*, 1969; 2nd ed., 1973; 3rd ed., 1982; 4th ed., 1990), а также книги «Тема и вариации: протоколы поведенческой терапии» (*Theme and Variations: A Behavior Therapy Casebook*, 1976). При его активном участии был основан журнал *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, редактором которого Вольпе является с 1970 г.

Становление и развитие

Вольпе считает 1944 г. годом рождения разработанного им метода психотерапии, когда знакомство с литературными источниками заставило его усомниться в правоте психоанализа. Он узнал о том, что психоанализ не принимается в Советском Союзе, а когда стал разбираться в причинах этого, то узнал о работах Павлова, Халла, исследованиях экспериментальных неврозов у животных. Это привело к тому, что и сам Вольпе стал проводить опыты, в которых у кошек с помощью электрошока вызывались невротические реакции; впоследствии эти реакции устранялись, когда животное кормили при небольших, постепенно увеличивающихся дозах вызывающих тревогу раздражителей. Таким образом, происходило условное торможение тревожных реакций (Wolpe, 1958). Полученные результаты навели исследователей на мысль о том, что невротические тревоги у людей можно устранить таким же методом, как в экспериментах Джоунса с Питером, за счет противообусловливания их едой. Сам Вольпе никогда не пытался проводить подобных опытов, он использовал другие тормозящие тревогу реакции.

Все виды поведения подчиняются законам причинности. Существует три класса процессов, приводящих к стойким изменениям поведения организма: рост, повреждения и научение.

«О научении можно говорить в том случае, если реакция была вызвана во временной близости с конкретным сенсорным раздражителем, а впоследствии выяснилось, что этот раздражитель способен вызывать реакцию, чего ранее не было. Если же раздражитель и раньше вызывал реакцию, но теперь она стала сильнее, то можно также считать, что произошло научение» (Wolpe, 1958, p. 19).

Усиление связи между новым раздражителем и реакцией получило название «подкрепления», а события, приводящие к такому усилению, именуется подкрепляющими.

С подкреплением связан целый ряд факторов. Новый, или условный, раздражитель должен предшествовать безусловному с оптимальным интервалом. Чем короче интервал между реакцией и уменьшением сильного влечения (с помощью вознаграждения), тем

сильнее подкрепление. Чем больше количество подкреплений, тем сильнее связь; подкрепления с промежутками более эффективны, чем массированные. В целом чем сильнее подкрепление, тем значительнее уменьшение влечения, несмотря на то что бывают случаи, когда подкреплением является усиление влечения.

Когда условный раздражитель действует повторно без связи с безусловным раздражителем или без подкрепления, реакция прекращается или ослабляется, хотя частично это можно исправить, если исключить раздражитель на некоторое время и потом применить вновь. Исчезновение реакции происходит в результате негативного обусловливания и реактивного торможения вследствие усталости, что со временем проходит, приводя к восстановлению реакции.

Реципрокным называется торможение, устранение или ослабление старых реакций за счет новых. «Когда реакция тормозится несовместимой реакцией, за которой следует снижение сильного влечения, развивается значительное условное торможение реакции» (Wolpe, 1958, p. 30).

Вольпе провел серию экспериментов, в которых у кошек с помощью электрошока вызывались невротические реакции (тревога и страх, с их поведенческими и физиологическими коррелятами). Эти симптомы генерализовались и начинали происходить за пределами экспериментального помещения. Они были усилены звуковыми раздражителями, которые подавались одновременно с электрошоком. Выраженность симптомов варьировала в прямой зависимости от сходства помещения с экспериментальным, в котором вызывались неврозы.

Невротические реакции вызывались в ситуации кормления, что давало возможность устранить их с помощью реципрокного торможения. Для этого применялись два метода. Первый из них служил дополнением к ситуации с раздражителем в экспериментальном помещении с целью укрепления или вызова реакции кормления. Поскольку в обычных клетках кошек кормили с руки, предполагалось, что рука станет условным раздражителем, вызывающим реакции приближения кормления. Пища подавалась на лопатке, которую экспериментатор держал в руке. Четыре из девяти кошек научились так есть и постепенно стали есть из кормушки. Трех кошек силой заставили есть из кормушки. Спустя несколько дней невротические реакции уменьшились и наконец совершенно исчезли.

Второй метод заключался в кормлении животных в условиях, в которых снижающие тревогу раздражители были менее действенными. Пятерым (из девяти) кошкам, которые не отреагировали на метод кормления с руки, пища была предложена за пределами экспериментального помещения в обстановке, способствовавшей уменьшению симптомов тревоги, пока животные не начали есть. Когда все они научились питаться в данной ситуации, пищу им стали предлагать в ситуациях, которые вызывали усиление симптомов тревоги. В конце концов все животные научились есть из кормушек в экспериментальных помещениях, при этом симптомы тревоги у них прошли.

Когда предъявлялся условный звуковой раздражитель, тревога возобновлялась. Две кошки начали есть корм при постепенном уменьшении расстояния до звукового раздражителя, пока не смогли есть непосредственно в клетке, не проявляя при этом признаков тревоги. Остальные семь кошек получали пищу в экспериментальной клетке, после чего на короткое время включался звуковой раздражитель, после чего опять предлагалась пища, и так далее, после чего уменьшилось время, в течение которого кошки не подходили к пище. Далее длительность действия раздражителя увеличивалась, пока кошки сохраняли способность питаться без признаков тревоги в присутствии звукового раздражителя. В конце концов раздражитель стал условным раздражителем для реакции поиска пищи. С целью определить наличие невротических реакций в латентном состоянии реакция поиска пищи в ответ на звуковой раздражитель была угашена за счет ее неподкрепления пищей. Затем был предложен корм, а когда кошка к нему приблизилась, включили постоянный звуковой сигнал, который не оказал эффекта ни на тревогу, ни на торможение приема пищи.

Перед устранением эффектов вызывающего тревогу звукового раздражителя двум кошкам предложили корм, а когда они стали к нему приближаться, включили звуковой раздражитель. Возникла невротическая тревога, прием пищи был заторможен в ситуациях, в которых присутствовал раздражитель.

Существует ли сходство и, тем более, полная аналогия между экспериментальными неврозами у животных и клиническими неврозами у людей? Критериями клинического невроза являются тревога, неадаптивное поведение, устойчивое и приобретенное путем научения. Этим критериям явно соответствуют кошки в проведенных экспериментах. Реакции кошек в экспериментальной обстановке без действия электрошока были такими же, как при его воздействии, что согласуется с приведенным выше определением научения. Научение под действием электрошока происходит очень быстро из-за резкого снижения влечения после отключения тока и в связи со вторичным подкреплением раздражителей со стороны экспериментального окружения, которое становится тревожным; таким образом, удаление из экспериментального окружения снижает тревогу и в то же время подкрепляет тревожные реакции на окружающие раздражители.

Возникает вопрос относительно устойчивости невротических привычек без подкрепления, то есть о их сопротивлении угасанию. Поскольку невротические реакции неадаптивны, они не вознаграждаются. Тем не менее им свойственно первоначальное влечение, которое снижается, когда невротическую личность удаляют из ситуации, где действует вызывающий тревогу раздражитель. В результате подкрепляются реакции, ассоциированные с таким удалением. Так, вегетативные реакции, в силу их постоянного присутствия во время снижения влечения, отличаются чрезвычайной устойчивостью, в то время как более переменные или не столь постоянные моторные реакции могут угасать.

Устранение или исцеление экспериментального невроза является результатом реакции кормления, которую удалось вызвать в присутствии раздражителей, условных для тревожных реакций, которые в противном случае затормозили бы реакцию кормления.

«При одновременном действии раздражителей к несовместимым реакциям проявление доминантной реакции в таких обстоятельствах включает реципрокное торможение другой реакции. С увеличением числа кормлений тревожные реакции постепенно слабеют, так что раздражители, на которые изначально возник стереотип тревожной реакции, в конце концов вызывают уже реакцию кормления с соответствующим торможением тревоги» (Wolpe, 1958, p. 67).

В этом процессе можно выделить ряд аспектов.

1. Невротические (тревожные) реакции тормозятся.
2. Возникает позитивное обусловливание реакции кормления за счет ослабления голодного влечения.
3. Происходит уменьшение влечения, предрасполагающего к тревожным реакциям, за счет реципрокного торможения.

«По мере повторения условное торможение усиливается, так что способность раздражителей вызывать тревогу постепенно снижается в конечном счете до нуля» (Wolpe, 1958, p. 71). Общий принцип, сформулированный на основе экспериментов, гласит: «Если реакция, антагонистичная тревоге, может быть вызвана в присутствии провоцирующих тревогу раздражителей, так чтобы она сопровождалась полным или частичным подавлением тревожных реакций, связь между этими раздражителями и реакциями тревоги ослабеет» (Wolpe, 1958, p. 71).

Философия и концепции

Выученные психиатрические синдромы в сравнении с психопатологическими

Существует два вида неадаптивного привычного поведения: органическое и выученное. Последнее включает неврозы, другие неадаптивные привычки (например, привычка кусать ногти, медлительность), психопатии (антисоциальные личностные расстройства), наркоманию и неадаптивное поведение больных шизофренией. Психотерапия, включая поведенческую терапию, действительна только в случае психиатрических синдромов, приобретенных путем научения. Вольпе занимался только неврозами.

Проявления неврозов

Неврозы представляют собой «стойкие неадаптивные привычки, которые были приобретены в вызывающих тревогу ситуациях и в которых тревожные реакции практически неизменно являются центральными» (Wolpe, 1990, p. 8). Страхи, в особенности социальные, наиболее широко распространены; кроме того, встречаются и фобии. Может присутствовать несвязанная тревога. Тревога часто имеет вторичные эффекты, вызывающие страдания, например застенчивость, заикание, неадекватное сексуальное поведение, клептоманию, эксгибиционизм, фетишизм, навязчивые мысли, компульсивные действия и невротическую депрессию.

Причина неврозов

Определение тревоги. Тревога представляет собой «характерный для данного организма стереотип вегетативных реакций на тревожные раздражители» (Wolpe, 1990, p. 23). Синонимом тревоги является страх.

Как выучивается страх. Это определение тревоги относится к безусловным реакциям. «Нейтральные раздражители, оказывающие влияние на личность, вызывая страх, являются условными для страха» (Wolpe, 1990, p. 25). В дальнейшем реакции страха могут развиваться не только через классическое обусловливание условных реакций страха второго порядка, но также на основе информации, посредством которой страхи ассоциированы с представлениями об «опасности» через речь.

Этиология невротических страхов. Невротические страхи развиваются точно так же, как и обычные страхи — на основе классического обусловливания или же информации/дезинформации (когнитивное научение). Вместе с тем невротические страхи служат реакцией на ситуацию-раздражитель, которая объективно не является источником опасности. Некоторые обуславливающие факторы включают эмоциональную чувствительность, предрасположенность, отсутствие информации или дезинформацию, а также физиологические факторы (например, усталость, заболевание).

Экспериментальные и клинические неврозы. Экспериментально вызванные неврозы у животных сходны с неврозами у людей.

1. Невротическое поведение напоминает поведение, проявляющееся в провоцирующей ситуации.

2. Невротические реакции находятся под контролем тех же или сходных (генерализованных) раздражителей, которые присутствовали в провоцирующей ситуации.

3. Невротические реакции наиболее интенсивны, когда раздражители максимально напоминают те, которые изначально обусловили такое поведение.

4. Невротические реакции отличаются стойкостью к угасанию.

5. Невротические реакции подвержены обусловливанию второго порядка.

«Основное различие между экспериментальными и клиническими неврозами состоит в том, что при первом страх изначально вызывается безусловным раздражителем, например электрошоком, а при клинических неврозах это условный раздражитель, например представление о смертельной опасности. Клинические неврозы возникают в ходе обусловливания второго порядка» (Wolpe, 1982, p. 41).

Терапевтический процесс

Поведенческая терапия представляет собой «применение экспериментально установленных принципов и парадигм научения для преодоления неадаптивных привычек» (Wolpe, 1990, p. 3). Психотерапевт рассматривает пациента как продукт генетического наследия и научения, происшедшего в процессе экспозиции к раздражителям в окружении, что и привело к неадаптивным установкам, мыслям, вербальному и эмоциональному поведению. Таким образом, психотерапевт никогда не винит пациента, не относится к нему пренебрежительно, а, напротив, выражает симпатию, эмпатию, сочувствие и дает объективную оценку.

Поведенческий анализ

Терапии предшествует поведенческий анализ. «Поведенческий анализ — это процесс сбора и просеивания информации, которая будет использована в ходе поведенческой терапии» (Wolpe, 1990, p. 59). При этом необходимо исключить психозы и органические поражения.

Выявление первичных раздражителей реакций. Психотерапевт исследует страхи пациента и другие жалобы с целью получения информации об их предпосылках и развитии за счет обусловливания второго порядка. Уточняются текущие взаимоотношения раздражитель — реакция, поскольку на них обычно фокусируется терапия. Анализ осложняется при наличии других жалоб помимо тревоги, в частности заикания, компульсивных действий, «психосоматических» заболеваний. Психотерапевту предстоит решить, на чем основан страх, на классическом обусловливании или на дезинформации.

Сбор анамнеза. После исследования имеющихся реакций узнается история жизни пациента, при этом особое внимание уделяется семейным взаимоотношениям, обучению, профессиональной деятельности, половому развитию и социальным взаимоотношениям. После этого пациенту предлагают личностный опросник Уиллоби, опросник страха, разработанные Вольпе и Лэнгом (Wolpe & Lang, 1964, 1969), а также шкалу самодостаточности Бернрейтера. Проводится медицинское обследование при наличии признаков органического заболевания. Приступы тревоги при отсутствии постоянных раздражителей-предпосылок могут быть причиной гипогликемии, гипертиреоза или, реже, других неврологических или физиологических расстройств.

С пациентом обсуждаются терапевтические задачи и стратегии их разрешения, несмотря на то, что решение о приоритетных сферах вмешательства принимает психотерапевт (исходя из того, насколько та или иная невротическая привычка осложняет пациенту жизнь). Терапия в каждом случае проводится индивидуально, хотя существует несколько общих правил.

1. Эмоциональный климат представляет собой смесь объективности и терпимости с учетом действий и установок, которые представляются пациенту нежелательными.

2. Пациента следует заверить, что реакциям, которые были выучены, можно научиться.

3. Ложные представления о симптомах следует скорректировать как можно быстрее.

4. При отсутствии выраженных фобических реакций следует как можно раньше в процессе лечения поощрить пациента к ассертивному поведению.

5. Для множества неадаптивных привычных тревожных реакций систематическая десенсибилизация — это лечение с помощью выбора.

Подготовка к поведенческой терапии. Несмотря на то что большинство пациентов осознают, что страх (тревога) связан с их неврозом, центральную роль страха следует дополнительно акцентировать, например сказав пациенту следующее.

«Вам известно, что ваша проблема состоит в чрезмерном страхе. Эта эмоция вполне оправдана в повседневной жизни при возникновении реальной угрозы, например при передвижении в одиночку в ночное время в незнакомой и опасной местности, при получении уведомления об увольнении с работы или при нападении ядовитой змеи. Совсем другое дело, когда страх возникает в ситуациях, не связанных с реальной угрозой, например при виде того, как другому человеку делают укол, при входе в переполненное помещение, при езде в машине. Очевидно, что реальной опасности в этих ситуациях нет, а возникающий при этом страх мы называем невротическим. Задача терапии состоит в том, чтобы отделить этот страх от вызывающих его раздражителей или ситуаций.

Давайте рассмотрим, как возникают невротические страхи. Процесс протекает в полном соответствии со здравым смыслом. Выраженная реакция страха в присутствии конкретного видимого знака или звука «присоединяется» к нему. Как результат впоследствии при возникновении этого же знака или звука в любых обстоятельствах автоматически запускается реакция страха. Например, американский лейтенант прошел все «круги ада», пережив бомбардировку во Вьетнаме. Спустя несколько недель после возвращения на родину, когда

они с женой шли в гости, рядом громко взревел грузовик. Наш лейтенант тут же запаниковал, «перекатился под стоящей машиной, вжавшись в канаву».

Ваши собственные страхи были приобретены сходным образом в результате неприятных переживаний, которых мы касались в истории вашей жизни. Неприятные эмоции, которые стали возникать у вас впоследствии, стали условными, или привязанными к аспектам ситуации, в свое время оказавшей на вас воздействие. Это означает, что очередные сходные переживания приведут к появлению тех же неприятных чувств. Теперь, поскольку все это произошло в результате процесса научения, можно устранить эти реакции за счет применения принципов научения. Если, как в случае с ветераном Вьетнама, ваши страхи представляют собой автоматические эмоциональные привычки, нам придется воспользоваться другими эмоциями для разрушения этих привычек. Если же какие-либо из ваших страхов обязаны своим существованием дезинформации, мы дадим вам корректирующую информацию» (Wolpe, 1982, p. 87).

В дополнение к таким подготовительным фразам психотерапевт знакомит пациента со схемой, объясняющей задачи поведенческой терапии. Кроме того, психотерапевт пытается оценить тревогу пациента с помощью шкалы субъективных единиц дистресса, СЕД (*SUD, subjective units of distress*). Рассмотрим пример использования шкалы СЕД самим Вольпе.

«Представьте себе наиболее сильную тревогу и присвойте ей значение 100. Затем представьте абсолютное спокойствие, то есть полное отсутствие тревоги, обозначим это состояние нулем. Теперь у вас есть шкала тревоги. В каждый момент бодрствования ваше состояние будет находиться где-то между 0 и 100. Как вы оцениваете свою тревогу в данный момент?» (Wolpe, 1990, p. 91).

Шкала СЕД может использоваться для выявления уровня тревоги пациента в разное время, например во время сессий, вне сессий, в тех или иных ситуациях.

Проведение терапии: техники терапии

Когнитивные процедуры

Когнитивные элементы присутствуют во всех психотерапевтических подходах. Помимо когнитивной деятельности, являющейся частью человеческих отношений, и вопреки заявлениям некоторых когнитивных психотерапевтов, «когнитивные **процедуры** всегда были частью обычной поведенческой терапии в соответствии со здравым смыслом» (Wolpe, 1982, p. 86). В дополнение к сбору информации для поведенческого анализа и подготовке пациента к терапии существует ряд других когнитивных процедур.

Преодоление страхов с когнитивной основой. Страхи с когнитивной основой возникают в результате дезинформации об опасности ситуации, а не являются условной реакцией на ситуацию. В этом случае предоставляется корректирующая информация типа нижеследующей, которая усиливается детальными инструкциями, демонстрациями и доводами.

«Ваши страхи основаны на ошибочном мышлении. В тех случаях, когда речь идет о неправильной информации, я укажу на это и сообщу вам верные сведения с необходимой детализацией. Если же и при наличии правильных сведений вы будете продолжать делать в свой адрес вредные, вызывающие страх комментарии, я попытаюсь это выявить и помогу вам покончить с этой привычкой» (Wolpe, 1982, p. 89).

Остановка мыслей. Остановка мыслей используется для устранения нереалистичных, непродуктивных, вызывающих тревогу, устойчивых или навязчивых мыслей. Пациенту предлагают закрыть глаза и перечислять свои мысли по очереди; терапевт говорит «Стоп!» и указывает пациенту на то, что мысли остановились. Эта процедура повторяется несколько раз, пациенту рекомендуют практиковаться останавливать мысли, говоря себе «Стоп!». Этот метод можно видоизменить, сопроводив сигнал остановки неприятным ударом или попросив пациента нажимать звонок при возникновении бесполезной мысли, при которой психотерапевт говорит «Стоп!»

Вопреки уверениям когнитивных психотерапевтов, когнитивные ошибки, искажения или

ложные представления не являются единственными причинами неврозов.

«Для когнитивистов эмоционального обусловливания, и в частности выученного автоматического запуска реакций страха, не существует. Я не согласен с тем, что психотерапевтическая задача заключается лишь в когнитивной коррекции, поскольку это противоречит установленным фактам о вегетативных реакциях, а также клиническим данным.» (Wolpe, 1982, pp. 114-115; cf. Вольпе, 1990, pp. 131-134).

Тренинг ассертивности

«Ассертивное поведение — это социально оправданное вербальное или двигательное выражение любых эмоций, кроме тревоги» (Wolpe, 1990, p. 135). Хотя сюда включается проявление любви и симпатии, чаще речь идет о негативных заявлениях или выражении несогласия. Нормальное ассертивное поведение тормозится по причине страха. Подавление чувств в результате торможения действий, вызывающих у индивида сильные чувства, служит причиной внутреннего смятения и психосоматических реакций. Терапия направлена на выявление заторможенных реакций, которые ведут к реципрокному торможению тревоги и ослаблению тревожной реакции. Таким образом, имеют место как противообусловливание, так и оперантное обусловливание, усиливая друг друга.

Пациенты могут задать вопрос о моральности ассертивного поведения. В ответ можно показать три возможных подхода к межличностным отношениям. Первый состоит в том, чтобы считаться только с собой, пытаться достичь своего, не обращая внимания на окружающих. Второй заключается в уступчивости, привычке ставить во главу угла интересы других. Оба этих подхода ведут к трудностям. Третий подход является золотой серединой, когда ваши интересы имеют приоритет, но при этом учитываются также интересы других.

Потребность пациента в тренинге ассертивности может естественным образом вытекать из его жалоб, из показателей по личностному опроснику Уиллоби или из ответов на вопросы психотерапевта типа «Как вы поступите, если кто-нибудь встанет в очереди впереди вас?» Пациенты должны признать и принять потребность в ассертивности как разумную и желательную, не противоречащую их религиозным или этическим убеждениям.

Часто достаточно простой инструкции, чтобы побудить пациентов попробовать вести себя ассертивно. Если пациент находит такое поведение для себя трудным, необходимы более значительные усилия в этом направлении; психотерапевт может даже отказаться встречаться с пациентом, пока не будут предприняты определенные действия. Когда ассертивные действия совершены, пациент сообщает о своих переживаниях, его поздравляют с успехами, ошибки исправляют. Как правило, желательно давать пациенту задания возрастающей сложности, как при систематической десенсибилизации, в частности при наличии «фобических» реакций на ассертивность или же боязни агрессии со стороны окружающих. Основное правило гласит: **«Никогда не побуждайте к ассертивному поступку, который с большой вероятностью может быть наказан»** (Wolpe, 1990, p. 145).

В том случае, если пациент не способен к проявлениям ассертивности в реальной жизни, можно использовать поведенческие репетиции, в которых психотерапевт выступает в роли человека, в отношении которого проявляется неадаптивное тревожное и заторможенное поведение пациента. Это дает пациенту возможность практиковаться в уверенных утверждениях и усовершенствовать это свое поведение с помощью терапевта. Для ситуаций, в которых уверенность и настойчивость могут оказаться неадекватными (например, при общении с начальником), поощряются непрямые способы контроля, в частности описанное в подходе Поттера умение утвердить свое превосходство («*lifemanship*» или *one-upmanship*). Представленный в этой главе случай миссис Шмидт позволяет составить представление о том, что такое тренинг ассертивности. Несмотря на то что этот тренинг используется реже метода систематической десенсибилизации, к нему часто прибегают на начальных этапах терапии из-за его относительной простоты и эффективности, а также для повышения интереса пациента к терапии.

Систематическая десенсибилизация

Систематическая десенсибилизация представляет собой постепенное преодоление

привычек к реакциям невротической тревоги. У пациента вызывают физиологическое состояние, несовместимое с тревогой, обычно релаксацию, после чего подвергают его действию раздражителя, вызывающего слабую тревогу. После привыкания к слабому раздражителю сила его увеличивается, пока на чрезвычайно сильный раздражитель пациент не научится реагировать как на слабый, с последующим полным исчезновением тревоги. Метод сходен с техникой кормления кошек в присутствии вызывающих тревогу раздражителей возрастающей интенсивности. Систематическая десенсибилизация полезна при лечении неврозов, не связанных с межличностным взаимодействием, при которых тренинг ассертивного поведения эффекта не дает; в частности, речь идет о фобиях или о тех пациентах, у которых одно только присутствие другого человека вызывает страх.

Десенсибилизация предполагает обучение пациента релаксации по Джекобсону (Jacobson, 1938) на протяжении 6-7 занятий, перемежающихся с практикой в домашних условиях по 15 минут два раза в день. Вначале расслабляются мышцы рук, затем головы и лица (вторая и третья сессия), шеи и плеч (четвертая сессия), спины, живота и груди (пятая сессия) и, наконец, нижних конечностей (шестая сессия).

Одновременно с тренингом релаксации создается иерархия тревоги. «Иерархия тревоги представляет собой перечень вызывающих тревогу раздражителей, ранжированных в соответствии с выраженностью вызываемой ими тревоги» (Wolpe, 1990, p. 160). Иерархия строится на основе анамнеза пациента, его результатов по личностному опроснику Уиллоби и опроснику страха, а также исходя из тестов, включая домашнюю работу пациента по составлению перечня всех ситуаций, мыслей или чувств, которые его как-либо пугают или беспокоят. Разные страхи группируются по темам. Раздражители или ситуации не обязательно пережить лично, достаточно мысленно их представить. Базовые объективные страхи сюда не включаются и, естественно, не подлежат воздействию десенсибилизации.

Эти темы являются общими и должны разрабатываться применительно к конкретным ситуациями, которые вошли в иерархию. У этих ситуаций может быть ряд особенностей, в частности размер помещения и длительность пребывания в случае клаустрофобии. Иерархия должна быть сформирована так, чтобы пациент ранжировал пункты соответственно выраженности тревоги с использованием шкалы от 0 до 100. Ниже приведен пример иерархии (со значениями по шкале субъективных единиц дистресса) для высокотревожной пациентки в ситуации экзамена (Wolpe, 1990, p. 167).

1. По дороге в университет в день экзамена (95).
2. При ответах на экзаменационные вопросы (90).
3. Пребывание за дверьми помещения, где проходит экзамен (80).
4. Ожидание результатов экзамена (70).
5. Знакомство с содержанием экзаменационного билета (60).
6. В ночь накануне экзамена (50).
7. За день до экзамена (40).
8. За два дня до экзамена (30).
9. За три дня до экзамена (20).
10. За четыре дня до экзамена (15).
11. За неделю до экзамена (10).
12. За две недели до экзамена (5).

Если пациенту не удастся достичь адекватной релаксации, могут быть использованы лекарственные препараты (диазепам или кодеин), кислородные коктейли, гипноз (примерно в 10% случаев) или создание успокаивающих мысленных образов. Когда пациент достаточно расслабился, психотерапевт описывает и предлагает ему представить нейтральную сцену. Далее начинается собственно процедура десенсибилизации: пациенту предлагают вообразить наименее тревожную сцену из иерархии (например, пункт 12 в приведенной выше иерархии) и поднять палец, когда удастся ее представить достаточно четко; психотерапевт позволяет мысленному образу сохраняться в течение нескольких секунд (от 5 до 7), прерывая пациента словами «Остановите сцену», затем просит пациента оценить степень возникшей тревоги (используя шкалу от 0 до 100). После этого применяется релаксация продолжительностью 10-30 секунд, причем количество предъявляемых сцен варьирует в зависимости от особенностей пациента. Как правило, сессии обычно длятся 15-30 минут и

назначаются один-два раза в неделю.

Систематическая десенсибилизация включает в себя создание мысленных образов тревожных сцен, а не реальное их переживание. Вместе с тем прогресс проявляется в улучшении реакции на реальные ситуации. Трудности или неудачи обычно связаны с невозможностью расслабиться, неверно составленными иерархиями или созданием неадекватных мысленных образов.

При изучении 39 пациентов Вольпе, случайно отобранных по его картотеке (Wolpe, 1961), систематическая десенсибилизация была сочтена эффективной у 35 пациентов (или 90%), в среднем при десяти сессиях на одного пациента. В поддержку систематической десенсибилизации Вольпе (Wolpe, 1990, pp. 186-190) также отмечает результаты других исследований, хотя все они были проведены до 1970 г., а последние работы в этой области при этом не упоминаются.

Технические разновидности стандартной процедуры десенсибилизации

Ниже описаны два приема, помогающие уменьшить затраты времени психотерапевта на работу с пациентами.

Механические средства в помощь систематической десенсибилизации. С целью помочь пациентам самостоятельно проводить десенсибилизацию может быть использован модифицированный магнитофон. На нем записаны инструкции по проведению релаксации, клавиша «Пауза» позволяет пациентам остановить кассету при выполнении соответствующих рекомендаций. Перед первой сценой даются краткие рекомендации по проведению общей релаксации, после чего звучит инструкция сделать паузу до появления четкой мысленной картины, а затем продолжить расслабление. После 10 секунд тишины следует инструкция прекратить визуализацию и при ощущении тревоги нажать клавишу повтора, в результате чего пленка перематывается к началу инструкций по общей релаксации, металлическая фольга останавливает перемотку в нужном месте. Таким образом, процесс визуализации может быть повторен. Если клавиша повтора не была нажата, кассета продолжает звучать до следующих инструкций по релаксации (перед которыми также помещается металлическая фольга), далее следует вторая сцена и т. д. Запись на кассету делается самими пациентами с соблюдением инструкций. Разработана также более простая процедура записи.

Групповая десенсибилизация. Пациенты с одинаковыми фобиями успешно могут проходить терапию в группах, что доказано не только Вольпе, но и другими исследователями.

Альтернативные противотревожные реакции для работы с воображаемыми раздражителями

Реакции, вызванные терапией. Сама по себе терапевтическая ситуация вызывает положительные эмоции, радостные ожидания, доверие к специалисту и т. п., способные затормозить слабые тревожные реакции. Пациентам, так и не сумевшим освоить релаксацию, можно предложить мысленно представить себе тревожные сцены в соответствии с иерархическим перечнем в расчете на то, что вызванные психотерапевтом позитивные эмоции затормозят связанную с этими сценами тревогу.

Способы замены релаксации. Ряд процедур способствуют возникновению спокойствия и вегетативных реакций, вызываемых релаксацией. **Аутогенная тренировка** с вызовом тяжести и теплоты приводит к мышечной релаксации. **Трансцендентная медитация** приводит к физиологическим изменениям, которые сопутствуют мышечной релаксации. **Занятия йогой** также позволяют контролировать вегетативные проявления. **Электромиографический метод самоконтроля** способствует снижению уровня напряжения, приводя к мышечной релаксации.

Реакции, вызванные электрической стимуляцией. В случае первой техники, десенсибилизации, основанной на торможении тревоги за счет условной двигательной реакции, пациенту предлагают представить себе сцену, вызывающую слабую тревогу. Когда пациент сообщает о том, что ясно представляет себе данную сцену, на него в области

предплечья воздействуют слабым электрическим разрядом, при этом пациент сгибает руку, следуя инструкциям психотерапевта. Мышечная деятельность и слабая электрическая стимуляция сами по себе снижают тревогу. При второй технике, **внешнем торможении**, осуществляются два слабых или умеренных электрических разряда, когда пациент представляет себе сцену; разряды повторяются от 5 до 20 раз, пока сцена не перестанет вызывать тревогу; тревога, таким образом, затормаживается электрическими разрядами.

Реакции, вызванные вербально индуцированными образами. К этой категории относятся три метода. В технике **эмотивного воображения** (*emotive-imagery*) иерархические раздражители предъявляются пациенту в то время, когда он находится в предложенной ему воображаемой ситуации, которая предполагает эмоциональные состояния, противодействующие тревоге. Далее в эти условия вводятся сцены, вызывающие тревогу. Индуцированная ситуация, сопровождающаяся соответствующим эмоциональным состоянием, является заместителем релаксации. Во второй технике — **индуцированного гнева** — вызывающие гнев образы сочетаются с воображаемыми пугающими сценами, в результате чего страх или тревога подавляются. Враждебность или агрессия не замещают страх. В третьей технике, **прямом внушении**, вызываются различные реакции, включая релаксацию, которые противодействуют тревожным реакциям.

Реакции, вызванные физической деятельностью. Многочисленные виды физической деятельности могут послужить источником реципрокного торможения тревоги, если происходят во время воображения пугающих и тревожных сцен. Сюда относятся упражнения из восточных единоборств, карате, кунг-фу, айкидо, а также из йоги и трансцендентной медитации.

Реакции, вызванные устранением дистресса. В технике **устранения аверсии** (*aversion-relief*) пациенту предъявляется фобический или тревожный раздражитель по завершении периода неприятной электрической стимуляции. В технике **устранения тревоги** слово «спокойный» (*calm*) сочетается с «прекращением действия умеренно неприятного непрерывного электрического раздражителя на предплечье пациента» (Wolpe, 1990, p. 204). Еще одна техника **восстановления дыхания** (*respiratory-relief*) состоит в использовании фобического или тревожного раздражителя в момент восстановления дыхания после максимально возможной его задержки пациентом.

Десенсибилизация к экстероцептивным раздражителям

В этих процедурах используются реальные пугающие объекты или их изображения.

Десенсибилизация в естественных условиях. Для закрепления прогресса и получения обратной связи пациентам предлагается подвергнуться реальному ситуационному раздражителю, соответствующему тому уровню в иерархии, до которого они дошли в процессе мысленной десенсибилизации. Этот метод становится основным для 10-15% пациентов, не способных мысленно представить себе соответствующие сцены или же эмоционально на них отреагировать. Метод можно использовать постепенно и в присутствии психотерапевта для руководства и торможения тревоги.

Моделирование. Бандура (Bandura, 1969) с сотрудниками показали, что наблюдение за киногероями или живыми моделями, вовлеченными в пугающие для пациента взаимодействия, эффективно устраняет или снижает страхи и фобии.

Использование химических веществ с целью устранения тревоги

Традиционные лекарственные препараты. Для уменьшения тревоги многие прибегают к алкоголю и другим бытовым успокоительным средствам, а также используют определенные лекарственные препараты, в частности диазепам (валиум), хлордиазепоксид (либриум), трифлуоперазин (стелазин), тиоридазин (меллерил) и транилципрамин (парнат). Условия, предположительно являющиеся вторичными по отношению к тревоге (энурез, энкопрез, преждевременная эякуляция), поддаются медикаментозному контролю. Предменструальный синдром устраняется благодаря применению женских половых гормонов.

Вдыхание смеси углекислого газа с кислородом для устранения генерализованной тревоги. Облегчение релаксации при систематической десенсибилизации достигается и с помощью фармакологических препаратов. В случаях распространенной несвязанной тревоги наиболее хорошие результаты дает вдыхание от 1 до 4 раз смеси из 65% углекислого газа и 35% кислорода. Механизм снижения тревоги неизвестен. При этом оказывается не просто фармакологическое воздействие, действенность метода, скорее всего, основана на реципрокном торможении тревоги реакциями, вызванными газом, на последствии релаксации или на том и другом вместе. Эффект может длиться от нескольких часов до нескольких недель или месяцев.

Препараты для специфического устранения условных реакций. Мепробамат, хлопромазин, кодеин и алкоголь назначаются пациентам накануне волнующих ситуаций. Установлено, что необходимость в препарате отпадает после нескольких недель или месяцев его использования. Хорошо действует такое вмешательство при тревогах и фобиях, связанных с обучением. Эффективно использование хлордиазепоксида и сходных с ним препаратов (диазепам и оксазепам (серакс)).

«Есть основание думать, что реципрокное торможение представляет собой механизм наблюдаемого переучивания» (Wolpe, 1982, p. 230), связанного с использованием лекарственных препаратов. Реакции избегания, по-видимому, тормозятся реакциями на другие раздражители в окружении. Эффективность программ систематической десенсибилизации в естественных условиях с использованием транквилизаторов «практически всегда определяется тем, что **выраженная тревога никогда не вызывается**, иначе можно ее переобусловить и утратить с трудом достигнутое... Опасность возникновения пагубного пристрастия достаточно мала, если препараты используются только по назначению терапевта» (Wolpe, 1990, p. 208).

Внутривенные препараты для торможения тревоги. Метакилен натрия (бритал или бревитал) тормозит тревогу и может использоваться параллельно или вместо процедур релаксации при систематической десенсибилизации.

Процедуры с вызовом сильной тревоги

Абреакция. Абреакция (отреагирование) не относится к строго поведенческим техникам; ее возникновение и последствия не поддаются контролю или прогнозу со стороны психотерапевта. Абреакция не всегда терапевтична, однако ее поразительный успех в некоторых случаях заслуживает изучения ее механизмов; возможно, ее действие сходно с методом «наводнения» (*flooding*).

Абреакция представляет собой «повторное вызывание с сильными эмоциональными всплесками пугающих переживаний прошлого» (Wolpe, 1990, p. 217). Наибольшую пользу она приносит пациентам, чьи неадаптивные эмоциональные реакции были обусловлены сложными сочетаниями раздражителей, которые отсутствуют и не могут быть получены в текущих ситуациях; благодаря отреагированию образы-воспоминания могут быть введены в терапию. Эффективность абреакции связана с безопасными психотерапевтическими отношениями и может быть «особым случаем неспецифических эффектов» (Wolpe, 1982, p. 237). Абреакция может произойти во время применения других методов: сбора анамнеза, десенсибилизации и т. д.

Наводнение. Первый успешный случай «наводнения» описан Крафтсом и его коллегами (Crafts et al., 1938). Психотерапевт рекомендовал пациентке, молодой женщине, испытывающей страх при езде на автомобиле по незнакомым дорогам, особенно через мосты и туннели, проехать 50 миль от дома до его офиса через мосты и Голландский туннель. Во время езды пациентка начала паниковать, однако ее ужас уменьшался по мере приближения к офису врача. На обратном пути и при последующих поездках проблем не возникло.

Таким образом, «наводнение» дает пациенту максимальную стимуляцию, или предъявляет наиболее тревожную сцену в иерархии. Импульсивная терапия Стампфля (Stampfl & Levis, 1967) является примером «погружения» с использованием воображения пациента.

Техники «погружения», по-видимому, основаны на парадигме экспериментального

угасания, однако «никому еще не удалось излечить экспериментальный невроз простой экспозицией животного в течение длительных периодов времени (часов или дней) к раздражителям, обусловившим максимальную тревогу... Складывается впечатление, что вряд ли "наводнение" действует по принципу угасания» (Wolpe, 1982, p. 241, p. 245). Существуют две другие возможности: 1) что «тревога тормозится реакцией пациента на психотерапевта, или 2) «что в случае стимуляции, недостаточно сильной для вызывания отстранения или полного "отключения" субъекта, продолжение сильной стимуляции может привести спустя то или иное время к торможению реакции» (Wolpe, 1982, p. 246; ср. Wolpe, 1990, pp. 224-225).

«Наводнение» — важное дополнение к поведенческой терапии, однако в связи с вызываемыми им неприятными ощущениями к нему не следует прибегать без крайней необходимости, за исключением тех случаев, про которые известно, что десенсибилизация оказывается неэффективной. К подобным случаям относится обсессивно-компульсивный невроз с боязнью и избеганием загрязнения.

Парадоксальная интенция. Парадоксальная интенция, разработанная Франклом (Frankl, 1960), напоминает «наводнение» тем, что вызывает сильную реакцию при попытке пациентов самостоятельно подвергнуться воздействию пугающих ситуаций и вызвать у себя пугающие симптомы. При использовании этой техники пациентам рекомендуют вызывать или преувеличивать имеющиеся симптомы, то есть делать то, чего они боятся больше всего. Например, пациента, опасющегося сердечного приступа, могут поощрить к провокации подобного приступа. Приходя к выводу, что ничего страшного в действительности не происходит, пациенты обретают способность к преодолению своих страхов.

Методы оперантного обусловливания

«Существует единственная разновидность процесса научения. Различия между респондентным и оперантным обусловливанием не связано с природой обусловливания, а состоит в том, что в первом случае речь идет преимущественно о произвольном поведении, в частности о вегетативных реакциях, в то время как в последнем случае — о двигательном поведении» (Wolpe, 1982, p. 249).

Таким образом, оперантные процедуры не выделяются при лечении неврозов, которые затрагивают преимущественно вегетативные проявления. Тем не менее вегетативные реакции также могут быть взяты под контроль с помощью вознаграждения.

Оперантное обусловливание используется в тренинге асертивности и занимает центральное место при лечении многих неадаптивных привычек, не имеющих прямого отношения к условной тревоге, например при кусании ногтей, энурезе, энкопрезе и хронической медлительности. К наиболее важным оперантным техникам относятся следующие.

Позитивное подкрепление. Установление привычки с помощью вознаграждения или подкрепления за следование тому или иному варианту поведения является мощным средством изменения поведения. Терапевтический потенциал этого приема наглядно продемонстрирован на страдающих шизофренией, у которых возникают изменения поведения, однако психоз как органическое заболевание не излечивается. Нервная анорексия является единственным невротическим состоянием, при котором позитивное подкрепление может считаться основным методом вмешательства. Оперантные процедуры дают хороший эффект также при лечении фобий, при которых основным фактором является сохранение физического избегания, как при школьной фобии. Эти процедуры хорошо себя зарекомендовали при проблемном поведении у детей и в случаях делинквентного поведения.

Негативное подкрепление. Негативное подкрепление, которое увеличивает частоту и силу реакции за счет устранения неприятного раздражителя, часто требует от психотерапевта начать с введения аверсивного раздражителя.

Угасание. Когда реакция повторно осуществляется без подкрепления, она ослабляется. В клинической практике угасание может протекать медленно, поскольку реакции периодически подкрепляются. Разработанный Данлепом (Dunlap, 1932) метод «негативной практики», который в настоящее время используется преимущественно при лечении тиков, основан на угасании многочисленных реакций при отсутствии подкрепления. Нежелательная реакция

должна выполняться до полного истощения, чтобы вызвать сильное реактивное торможение.

Аверсивная терапия

Аверсивная терапия представляет собой особый случай применения принципа реципрокного торможения, при котором аверсивный раздражитель вводится одновременно с нежелательной реакцией (в отличие от наказания, которое следует после реакции), тормозя данную реакцию. Хотя эта процедура, как правило, не является основным методом лечения, она полезна при терапии навязчивых состояний, фетишизма, влечения к неадекватным объектам. Если же неадаптивная привычка основана на невротической тревоге, вначале следует устранить эту условную тревогу, после чего нежелательное поведение может исчезнуть самостоятельно. Даже после успешной аверсивной терапии тревога может сохраняться и требовать специального вмешательства.

Когда применяется сильный аверсивный раздражитель (например, электрический разряд) в присутствии стимула нежелательной реакции, он вызывает реакцию избегания и тормозит нежелательную эмоциональную реакцию, тем самым способствуя обусловленному торможению реакции. Электрическая стимуляция имеет преимущества, поскольку ее силу и продолжительность легко дозировать и адаптировать к конкретному пациенту. Электростимуляция может применяться на фоне реальных или воображаемых объектов и ситуаций. При аверсивном лечении алкоголизма широко используются медикаментозные препараты. Эта процедура сложна и не всегда успешна: в случае успеха пациент лишен возможности выпить даже совсем немного в компании или по случаю праздника. Другие неприятные раздражители используются при аверсивном лечении курения, ожирения и в других случаях.

Продолжительность и область применения

Продолжительность. Продолжительность поведенческой терапии варьирует в зависимости от типа и выраженности проблем у пациентов. Вместе с тем «в широком спектре неврозов хорошо подготовленные поведенческие психотерапевты добиваются стойкого исцеления или заметного улучшения более чем у 80% своих пациентов, в среднем за 25 сессий, причем рецидивы и замещение симптомов встречаются крайне редко» (Wolpe, 1987, p. 137).

Область применения. «Поведенческая терапия в целом оправдана лишь при тех синдромах, которые обязаны своим существованием научению» (Wolpe, 1990, p. 8). Известны пять категорий таких синдромов: неврозы, неадаптивные выученные привычки, не связанные с тревогой (например, привычка кусать ногти, энурез), психопатическое расстройство личности, пристрастие к наркотикам и выученное поведение страдающих шизофренией. Эти категории, в отношении которых поведенческая терапия считается адекватной, собственно и ограничивают область применения данного подхода; все, что выходит за рамки этих категорий, не подлежит поведенческой терапии.

Пример из практики

Представленный ниже материал включает фрагменты из двух интервью, проведенных с клиенткой перед аудиторией на семинаре с целью продемонстрировать принципы поведенческого подхода. Комментарии между двумя интервью сделаны Вольпе (Wolpe, 1965).

«Первое интервью

Терапевт. Доброе утро, миссис Шмидт. Что вас беспокоит?

Клиентка. Я иногда очень расстраиваюсь.

Т. Что же так вас огорчает?

К. В последнее время дети.

Т. Чем именно вас огорчают дети?

К. Ну до того, как я переехала сюда, обычно... обычно они меня слушались и все такое. Меня также огорчает, что муж мало времени проводит дома, с детьми. Он не уделяет им достаточно времени. Мне даже кажется, что я воспитываю их сама.

Т. Чем занимается ваш муж?

К. Сейчас он работает парикмахером.

Т. Что мешает ему достаточно времени бывать дома?

К. Он подолгу работает.

Т. Какова продолжительность его рабочего дня?

К. Он уходит в семь, а возвращается домой в половине девятого вечера.

Т. Действительно, он много работает. Это практическая проблема. Что еще вас огорчает?

К. Многое.

Т. Ну например?

К. То, что я узнаю из газет.

Т. Что именно?

К. Например, во время войны мне довелось видеть много смертей, и теперь я остро воспринимаю сообщения об убийствах. Когда я впервые сюда приехала... я думала, что это удивительное место, я... мне казалось, что можно жить в мире и спокойствии, без всяких проблем. Не услышишь никаких тревожных сообщений, а теперь я... узнаю все больше неприятного, и это меня огорчает.

Т. В каком году вы сюда приехали?

К. В сорок седьмом.

Т. Сколько вам тогда было лет?

К. Двадцать один.

Т. А теперь давайте кое-что уточним. Если бы у вас все эти годы возникали такие же чувства, как теперь, вас бы здесь не было?

К. Я бы сюда не приехала.

Т. Ладно. Не могли бы вы сказать, что заставило вас почувствовать себя несчастной?

К. Не знаю. Возможно... понимаете, гм, после того как я родилась, моя мать вскоре умерла, она не желала даже смотреть на меня, как говорила бабушка... ни разу не взяла меня на руки. Когда она умирала, то сожалела о том, что оставляет дом, но ни словом не обмолвилась о том, что я остаюсь сиротой, бабушка часто это мне повторяла. Это очень тяжело, мне о многом хочется рассказать...

Т. Бабушка переехала сюда вместе с вами?

К. Нет, она погибла.

Т. О... Не расскажете ли вы нам о том, когда вы ощутили, что уже не так счастливы, как раньше?

К. Понимаете, я была разочарована в семейной жизни. Я ведь всю жизнь искала кого-то похожего на мать. Хоть кого-нибудь. Многие мне обещали, что будут вести себя в отношении меня по-матерински. А потом все оказывалось иначе, потому что из-за всего этого я не могла ни с кем сблизиться. Когда я подходила чересчур близко, то начинала опасаться обиды и сбегала.

Т. Значит ли это, что поначалу, когда вы сюда приехали, вы доверяли людям... вам казалось, что наладить близкие взаимоотношения с другими людьми несложно... а потом в какой-то момент вы разочаровывались в людях?

К. Да, вспоминаю свою тетю. Она говорила, что хочет быть мне как мать, когда я сюда приехала, и я ей верила. Потом много чего произошло, но, насколько я помню, тогда я ожидала первенца. Когда я уже находилась в больнице и родила ребенка в 11:55, а муж, ...нет, в 10:55, и муж позвонил ей, чтобы сказать об этом... чтобы рассказать ей эту новость, она ответила: «Вы разбудили нас слишком рано, нам теперь не уснуть». Еще она сказала: «Неужели нельзя было отложить разговор до утра?» Муж рассказал мне об этом позже, и я очень расстроилась. Подобное происходило не раз и не два, но этот случай мне особенно запомнился.

Т. Припомните, пожалуйста, другие подобные события. Действительно ли бывало так,

что люди, которые должны были быть к вам доброжелательны, вели себя иначе....

К. Я не подходила к ним слишком близко. Мне не хотелось разочарований.

Т. Да, но в данном случае вы подошли слишком близко.

К. Верно.

Т. Вы упомянули, что ваши дети плохо вас слушаются, муж слишком много работает; следовательно, он мало помогает вам с детьми. Видите ли, все это способно расстроить любого человека, но решение наверняка можно найти. Однако если вы обратились за психиатрическим вмешательством, это значит, что, по вашему мнению, в некоторых ситуациях вы не реагируете, как должно... вероятно, расстраиваетесь больше, чем могли бы.

К. Уже долгое время, много дней мне не хочется жить. Если бы у меня было достаточно смелости, я бы убила себя, я и теперь это чувствую. Я чувствовала это, еще когда была ребенком. Я жила с бабушкой и бабушкой, а тетя с дядей жили здесь. Мои родственники меня не любили. Они всячески меня обзывали, а бабушка говорила, что неплохо было бы, если бы я сбежала, потому что я им не нужна. Это чувство возникло уже тогда, еще в детстве мне не хотелось жить.

Т. Так-так. Я хотел бы узнать, как вы реагируете в некоторых распространенных ситуациях. Представьте себе, что вы стоите в очереди, а кто-то влезает впереди вас. Что вы станете делать?

К. Иногда я не обращаю внимания, если чувствую, что на это есть причина. Если же я спешу, мне это очень не нравится.

Т. Как вы поступаете?

К. Я ничего не предпринимаю. Просто огорчаюсь (*смеется*).

Т. Если вы заходите в магазин и покупаете, скажем, шерстяной свитер, но, придя домой, обнаруживаете на рукаве маленькую дырочку от моли, что вы делаете?

К. Я отношу свитер обратно, показываю продавцам дыру.

Т. Вы ничего не имеете против того, чтобы пойти и вернуть вещь?

К. Я не знаю.

Т. Я хочу сказать, вам легко это сделать или для вас это трудная задача?

К. Я не люблю беспокоить людей попусту. Просто не люблю, по этой причине мне не хочется возвращать свитер. Если что-то не так дома и это не исправляют вовремя или исправляют плохо, муж вынужден заставлять меня поговорить с работниками, он часто говорит, что мне это не под силу. Еще он говорит, что люди пользуются моей слабостью, потому что у меня недостает смелости высказать свое мнение.

Т. Ну тут все дело в привычке. Во всяком случае, этому можно научиться.

К. Пока я не очень-то преуспела.

Т. Да, но я... я хотел бы рассказать вам, как можно преуспеть. Давайте возьмем, к примеру, этот случай с очередью, когда кто-то становится впереди вас. Предположим, вы спешите. Вы рассержены, раздражены. Но когда вы думаете о том, чтобы что-то предпринять, вас сдерживает нежелание обидеть другого человека, устроить ему сцену.

А теперь вот что я посоветую вам делать в подобной ситуации: выражайте свои чувства. Сейчас вам это представляется трудным, но выразив свои чувства, например словами: «Не будете ли вы любезны стать в конец очереди?», уже в процессе произнесения этих слов вы ощутите, что страх уходит. Вам до некоторой степени удастся погасить эти свои чувства. В следующий раз вы обнаружите, что делать это стало немного легче.

К. Я попробую.

Т. Итак, чем чаще вы это делаете, тем легче вам становится, ведь подобных ситуаций великое множество. Все они требуют действий.

К. Но если меня попросят об одолжении, я не смогу отказать, просто не смогу сказать «нет». Я обязательно уступлю. Прежде всего мне следует научиться говорить «нет».

Т. Это правильно. Вам необходимо научиться возражать, поначалу легче сделать это в малозначительной ситуации.

К. Может быть, дома с детьми?

Т. Хорошая идея. Кстати, в прошлом месяце у меня был пациент с гораздо более серьезными проблемами, чем ваша; этот человек работал в университете, и его секретарь могла запросто сказать ему: «Сходите, пожалуйста, на почту и зарегистрируйте письмо», а он

не мог ей отказать. Ему пришлось учиться разговаривать со своим секретарем. Представляете, как это нелепо. Началось с того, что я предложил ему: «Будьте так любезны, походите на четвереньках» (*пациентка смеется*). Даже в этой ситуации ему было трудно ответить отказом, но он все-таки сделал это, а в следующий раз это было уже гораздо легче. В любом случае есть множество ситуаций, когда можно и нужно выражать свои чувства, поступать в соответствии со своими чувствами, научиться это делать; конечно, это вовсе не обязывает вас быть грубой и бесцеремонной. Мне бы хотелось высказать вам общее пожелание: если вы научитесь говорить «нет» правильно и в нужный момент, вам не придется силой отстаивать свои права. Если же вы немедленно не выразите своего мнения, другой человек станет вести себя по-своему, вы будете все больше и больше расстраиваться и в конце концов перестанете собой владеть и это выльется в применение силы. Мне бы хотелось кратко рассмотреть некоторые из таких ситуаций, когда вам кажется, что люди вас отвергают.

К. Я не пытаюсь с ними сблизиться. Мне не хочется об этом знать.

Т. Это так, но есть разные типы отвержения, в том числе малозначительные. Мне бы хотелось узнать именно об этом. Например, вы идете по улице и встречаете знакомую, которую вы не очень хорошо знаете, но которая, по вашему мнению, должна вас поприветствовать. Вместо этого ваша знакомая просто проходит мимо. Вас это беспокоит?

К. Да, мне это не нравится. Лично я здороваюсь со всеми, кого знаю.

Т. А вот другая ситуация. Допустим, вы пьете кофе с двумя подругами и вдруг замечаете, что подруги больше говорят между собой, чем с вами. Как вы к этому отнесетесь?

К. Даже не знаю.

Т. Не могли бы вы вспомнить какие-либо другие ситуации, которые происходят в вашей повседневной жизни и доставляют вам беспокойство?

К. Последнее время моя тетя жалуется, что я не приглашаю ее с семьей на ужин, а я не хочу этого делать, потому что мне неприятно их общество.

Т. Что именно так вас огорчает?

К. Понимаете, они всегда считают, что вы делаете для них слишком мало. Всякий раз, приходя ко мне в гости, моя тетя пытается меня поучать, как накрывать на стол, какие подавать блюда, хотя мне кажется, что я сама в состоянии решить, чем и как кормить своих гостей. Если же я делаю по-своему, тетя ужасно злится.

Т. Что же вы делаете или говорите, когда она вас поучает?

К. Иногда я молча это сношу, а иногда говорю что-то вроде: «Не беспокойся об этом, я все улажу сама». Нечто подобное. Иногда я просто не отвечаю, хотя внутри все бурлит.

Т. Это еще один пример ситуации, о которой мы с вами уже говорили. Здесь действует то же правило: если вам делают неразумные замечания в вашем же доме, где вы хозяйка, вы имеете полное право сказать: «Пожалуйста, предоставь это мне. Я сделаю так, как считаю нужным».

К. Сказав это, я задену ее чувства.

Т. Вряд ли это ее обидит, но, не сказав этого, вы дадите в обиду себя. Причем обида эта будет намного сильнее, чем та, которую может ощутить ваша тетя. Всем этим вещам вам предстоит научиться. Вам следует научиться выражать свою личность, в процессе этого вы постепенно избавитесь от своих страхов.

К. Когда я размышляю над тем, стоит ли поделиться с ней своими мыслями, мне приходит в голову, что я ничего хорошего от нее не жду, почему следует ожидать от нее вежливого поведения?

Т. Вы ждете от нее всего лишь справедливости. Неужели это так много? Итак, миссис Шмидт, на сегодня наша программа исчерпана.

Комментарии

Из содержания первого интервью ясно, что пациентка с готовностью исполняет желания других и нуждается в тренинге ассертивного поведения для преодоления своих недостатков и связанной с ними тревоги. Для снижения ее основного страха отвержения показана систематическая десенсибилизация. Во время второго интервью уточняются детали тренинга мышечной релаксации, который проводился гораздо более сжато, чем принято в клинической

практике.

Последняя часть второго интервью иллюстрирует проведение систематической десенсибилизации. При этой технике пациенту, находящемуся в состоянии глубокого расслабления, предъявляются воображаемые сцены на определенную тему, с постепенным повышением их тревожного потенциала. Каждая сцена предъявляется до тех пор, пока она не перестает вызывать у пациента тревогу. Описанные ниже конкретные сцены заимствованы из перечня, составленного с помощью пациентки в промежутке между интервью, на основе информации, полученной во время первого интервью. Перечень включал знакомых пациентке людей, которые были ранжированы в соответствии со значимостью для нее факта быть ими отвергнутой. Из двух перечисленных знакомых, миссис Беннинг и Сельмы, первая вызывала сравнительно небольшую тревогу как отвергающая фигура, Сельма была более значима. Образ Сельмы был введен лишь после того, как терапевт убедился, что образ миссис Беннинг, игнорирующей пациентку, перестал вызывать тревогу. Воображаемое отвержение со стороны Сельмы продолжало ее беспокоить, по мере последовательного предъявления этого образа тревога постепенно снижалась. Эта процедура продолжалась до полного исчезновения тревоги у пациентки. На последующих сессиях десенсибилизация проводилась с учетом следующих пунктов из «тревожного» списка пациентки, а также сходных ситуаций из других перечней.

В день сессии произошло удачное совпадение: по дороге домой пациентка встретила Сельму, которая была озабочена своими делами и не обратила на нее никакого внимания. Пациентка позвонила работавшему с ней клиническому психологу и с восторгом сообщила, что невнимание Сельмы несколько ее не огорчило.

Второе интервью

Т. А теперь мы с вами перейдем к технике релаксации, а также к десенсибилизации, которую мы проделали наспех; это будет небольшой эксперимент. Если удастся достичь хороших результатов, считайте, что нам повезло. В любом случае эта сессия будет напряженной, потому что обычно тренинг релаксации занимает от 5 до 7 сессий. Разумеется, я покажу вам собственный способ. Здесь нет ничего абсолютного; другие проводят тренинг релаксации в иной последовательности, детали техники также могут варьировать.

Итак, миссис Шмидт, я собираюсь вам продемонстрировать, как надо расслаблять мышцы... Как вам известно, когда вы расслабляетесь, возникает ощущение комфорта, уменьшается тревога, если она была. Я покажу вам, как вызывать состояние глубокой релаксации, чтобы вы могли более эффективно, чем раньше, бороться с тревогой. От вас я хочу, чтобы вы левой рукой крепко сжали ручку кресла. Мне хочется, чтобы вы наблюдали за тем, что будет происходить в результате такого напряжения. Прежде всего обратите внимание на свои ощущения. Для начала обратимся к ощущениям... в вашей руке, хотя возможны и другие ощущения. Правой рукой укажите все места, которые, по-вашему, отреагировали на сжатие ручки кресла.

К. (Указывает на левую ладонь и верхнюю часть предплечья. Указывает на левый бицепс).

Т. Теперь я хочу изложить вам основную идею глубокой релаксации. Обычно во время расслабления вы освобождаетесь. Мне хотелось бы научить вас освобождаться лучше обычного, и вот что я делаю: я удерживаю ваше запястье и прошу вас потянуть руку к себе. Когда вы тянете руку, мышцы вновь напрягаются. Теперь я говорю вам: «Постепенно освобождайтесь». Сейчас, когда вы освободились, обратите внимание на две вещи. Чувство напряжения стало меньше; кроме того, освобождение — это ваше собственное активное действие, которое вы вкладываете в свои мышцы. В конце концов ваше предплечье будет спокойно лежать на подлокотнике, и вам будет казаться, что это все. Вы расслабились. Но в действительности это не так, потому что некоторые мышечные волокна по-прежнему находятся в сокращенном состоянии, поэтому, когда ваше предплечье спокойно лежит на подлокотнике, я говорю вам: «Продолжайте расслабляться. Продолжайте высвобождать свои мышцы, как вы делали до этого». А теперь с усилием тяните руку на себя. Какое ощущение возникло в мышцах? Напряжение? Хорошо, постепенно освобождайтесь. Продолжайте освобождаться. Обратите внимание на изменение ощущений. Попытайтесь еще больше

расслабиться. Видите, как это нелегко. Чтобы научиться хорошо расслабляться, требуется практика. Вы должны попытаться расслабить мышцы, заставляя их двигаться в обратном направлении. Пока вы не наберетесь опыта, потребуется двадцать — тридцать минут, чтобы заметить важные изменения в мышцах, впоследствии, по мере практики, вы научитесь расслаблять все тело полностью за несколько секунд. Теперь же вам следует практиковаться. Необходимо заниматься ежедневно дважды в день по пятнадцать минут. Вы поняли, к чему я веду?

К. Да, я уже чувствую себя более комфортно (*смеется*).

Т. Хорошо. Продолжайте расслабляться. Расслабляйтесь глубже, еще глубже. Сегодня нам предстоит еще много дел. Итак, мы переходим к мышцам лица. Здесь мышцы очень напряжены, и теперь я начинаю их расслаблять, я немного расслабляюсь... еще немного... еще. С этого момента сами вы практически ничего не замечаете, но релаксация продолжается; именно эта часть чрезвычайно важна, поскольку здесь мы выходим за рамки обычного расслабления, именно здесь мы получаем ощущение спокойствия, к которому стремимся. Можете попытаться напрячь мышцы, чтобы понять, в каком они состоянии, а затем расслабиться в течение нескольких минут. Если вам удобнее закрыть глаза, закройте.

Далее переходим к мышцам шеи. Нас особенно интересуют мышцы задней поверхности шеи, поддерживающие голову в вертикальном положении. Итак, если вы их расслабите, голова неминуемо наклонится вперед. Пусть так и будет. Какие ощущения возникают в шее, когда вы это делаете?

К. Здесь чувствуется стеснение.

Т. Если вы будете упражняться дважды в день, как я вам говорил, через неделю-две вы сможете коснуться груди подбородком без ощущения натяжения мышц. Итак, мы переходим к мышцам спины. Попытайтесь выгнуть спину назад. Вы ощутите два тяжа мышц по бокам позвоночника. Хорошо. Займемся мышцами живота; это значит, что надо напрячь живот, как будто вы ожидаете удара. Чувствуете свои мышцы? Хорошо, мы с вами поработали со всеми основными группами мышц, хотя и в довольно быстром темпе.

А теперь переходим к следующему этапу. Закройте, пожалуйста, глаза. С закрытыми глазами попытайтесь использовать все только что полученные сведения и расслабиться как можно глубже. Итак, быстро пробегитесь по всем мышцам в систематическом порядке. Вот и хорошо. Вы спокойны и прекрасно выглядите. Не открывая глаз, вообразите себе некоторые сцены, которые я вам опишу. Постарайтесь представить их себе максимально отчетливо, это никак не должно сказаться на вашем состоянии релаксации. Если же спокойствие ваше все же будет нарушено, подайте мне знак, подняв на пару сантиметров указательный палец правой руки. Теперь я хочу, чтобы вы представили себя стоящей на углу оживленной улицы. Погожий мирный день, вы смотрите на проезжающие мимо машины, такси и грузовики, все прохожие переходят улицу напротив вас. Хорошо, прекратите представлять себе эту сцену. Теперь, если данная сцена не вызвала у вас ни малейшей тревоги, ничего не делайте. Если же что-либо вас обеспокоило, поднимите палец (*палец не шевелится*). Ладно, продолжайте расслабляться.

Теперь вообразите, как вы идете по улице и замечаете, что вам навстречу идет миссис Беннинг. Проходя мимо миссис Беннинг, вы видите, что она смотрит в вашу сторону, и готовы с ней поздороваться, однако она проходит мимо, как будто не узнала вас. Перестаньте представлять себе эту сцену. Теперь, если данная сцена вызвала у вас хотя бы минимальную тревогу, поднимите палец (*палец не шевелится*).

А сейчас представьте, как вы идете по улице, а навстречу вам движется Сельма, которую вы собираетесь поприветствовать, она вас явно видит, но молча проходит мимо. Прекратите себе это представлять. Если вы ощущаете беспокойство... (*правый палец поднимается*).

Хорошо. Благодарю вас. Теперь расслабьтесь. Не думайте ни о чем, кроме своих мышц, позвольте себе погрузиться в спокойное состояние. Представьте себе, что вы идете по улице и видите приближающуюся Сельму, которая тоже вас заметила, вы ждете от нее приветствия, но она проходит мимо. Прекратите представлять себе эту сцену и расслабьтесь. Думайте только о своих мышцах. Храните спокойствие.

Еще раз представьте себя идущей по улице, к вам приближается Сельма, по улице

также идут и другие люди, вы считаете, что она вас заметила, однако она проходит мимо вас молча. Остановитесь. Теперь, в случае возникновения беспокойства на фоне этой сцены поднимите палец (*палец поднимается*). Хорошо. А теперь в случае уменьшения тревоги ничего не делайте; если же тревога нарастает, поднимите палец еще раз (*палец не шевелится*). Хорошо, продолжайте расслабляться.

И снова представьте себя идущей по улице, вы видите Сельму, которая проходит мимо, не здороваясь. Остановитесь. Расслабьтесь.

Еще раз вообразите, как вы идете по улице, видите Сельму, которая видит вас, но по-прежнему не здоровается. Остановитесь. Если вы в этот последний раз ощутили какое-либо беспокойство, поднимите палец (*палец поднимается*). Хорошо. Если выраженность беспокойства снижается, ничего не делайте; если не снижается, поднимите палец (*палец не поднимается*). Отлично. Продолжайте расслабляться. Думайте только о том, чтобы расслабиться.

Вы идете по тротуару и видите приближающуюся Сельму. Вы ожидаете, что она вас узнает и поприветствует, однако она проходит мимо. Остановитесь. Расслабьтесь.

Вновь представьте себе, как вы идете по улице и замечаете идущую навстречу вам Сельму, она тоже вас видит, вы собираетесь с ней поздороваться, но она проходит мимо. Остановитесь. В случае беспокойства поднимите палец (*палец не поднимается*). Хорошо, а теперь расслабьтесь. Я сосчитаю до пяти, после чего вы откроете глаза и почувствуете себя спокойной и отдохнувшей. 1-2-3-4-5. Как вы себя чувствуете?

К. Мне кажется, что сегодня я больше не буду работать. В последний раз, когда мы с ней встретились, мне было безразлично, поздоровается она со мной или нет.

Т. Как вы чувствовали себя, когда это случилось в первый раз?

К. Я просто обезумела. Во всяком случае она могла бы поздороваться, ведь я живу напротив нее. В последний раз я решила, что раз она недостаточно хорошо воспитана, чтобы здороваться, пусть себе идет.

Т. Отлично. Благодарю вас. Вы нам очень помогли.»

Заключение и оценка

Заключение. Эмоциональное нарушение, или невроз, характеризуется неадаптивным поведением, обычно сопровождается тревогой, которая была выучена за счет обусловливания. Эмоциональное нарушение возникает, когда индивида наказывают за поведение, мотивированное физической потребностью или влечением, в результате человек испытывает тревогу и становится заторможенным при последующем возникновении данной потребности. Страх или тревога вызывается некоторыми вредными раздражителями или представлениями, связанными с такими раздражителями, или являются следствием конфликтной ситуации; благодаря обусловливанию и генерализации страх ассоциируется с другими нейтральными раздражителями.

Лечение заключается в устранении этой ассоциации, снятии торможения, в основном с помощью техники реципрокного торможения, которая, по сути своей, представляет противообусловливание или экспериментальное угасание. Оно достигается за счет разучивания и вызывания в тревожной ситуации антагонистических тревоге реакций, что ведет к подавлению тревожных реакций. Терапия включает мотивирование клиента и обучение умению вызывать реакции, несовместимые с тревогой. К техникам мотивирования клиента относится разъяснение природы и происхождения условных реакций, предписание определенных видов деятельности, заверение клиента в том, что предписанные виды деятельности помогут исправить ситуацию, а также обеспечение поощрения, поддержки и давления с целью заставить клиента действовать.

Оценка. Разработанная Вольпе поведенческая терапия обладает некоторыми положительными чертами, о которых следует упомянуть. Во-первых, она всегда была и остается тесно связанной с научной и экспериментальной психологией; эта терапия базируется на принципах научения, экспериментальном методе и научных исследованиях. Во-вторых, диагностика и терапия тесно взаимосвязаны; бихевиористы склонны проводить

начальное оценивание (например, насколько интенсивно проявляется проблемное поведение), результаты которого впоследствии используются для исследования воздействия и последствий лечения. В-третьих, как подход поведенческая терапия основана на некоторых допущениях и имеет определенную структуру, вполне доступную для понимания большинством пациентов. Представления о том, что «неадаптивные виды поведения могут быть устранены» и что «новые, адаптивные виды поведения могут занять их место», легко усваиваются пациентами и дают им надежду. Более того, подробно объясняя, как и почему действует лечение, бихевиористы активно вовлекают пациентов в терапевтический процесс.

Однако, упомянув об этих позитивных чертах, что можно сказать о недостатках поведенческой терапии в целом и предложенного Вольпе подхода в частности? Наше обсуждение затронет три вопроса. Действительно ли поведенческая терапия представляет собой поверхностное вмешательство? В достаточной ли мере учитываются терапевтические отношения в поведенческой терапии? Каковы границы использования поведенческой терапии?

Адресованные поведенческой терапии упреки в «поверхностном подходе» отнюдь не новы. Поскольку это мнение бытует довольно давно, остановимся на нем подробнее. Что, собственно, это означает? Обычно, когда высказывается подобное замечание, имеется в виду следующее: поведенческая терапия поверхностна, поскольку она не дает пациентам проникнуть в суть своего поведения, и что она лишь устраняет симптомы, а не лежащие в их основе проблемы. Вывод об обоснованности этих соображений зависит от конкретного взгляда на них. Взгляды Вольпе согласуются с представлениями Айзенка (Eysenck, 1960): «Симптом существует сам по себе, в его основе нет невроза. Избавившись от симптома, вы устраните и невроз» (р. 9).

Поскольку симптомы (как принято считать в поведенческой терапии) не обязательно являются частью глубокого личностного нарушения, после их устранения не обязательно последует формирование новых симптомов; их устранения вполне достаточно, это и есть «излечение». Вместе с тем можно усомниться в ценности устранения симптома как цели терапии. Этого может оказаться недостаточно в сравнении с другими задачами, более того, устранение симптомов может иметь некоторые нежелательные последствия. Как утверждал Лондон (London, 1964): «Избавление от симптоматической боли... в процессе терапии может привести к недооценке цены или последствий такого избавления» (р. 119). Маурер (Mowrer, 1964) полагает, что данный метод способен устранить симптомы, нанося при этом ущерб характеру.

Анализируя высказывание о поверхностной природе поведенческой терапии, стоит отметить ряд других моментов. Прежде всего надо учитывать происхождение и суть неврозов или неадаптивного поведения. Аналогия между экспериментальными неврозами у животных и клиническими неврозами у людей — не более чем аналогия, уместность которой еще предстоит доказать. Вольпе считает, что опасные раздражители обычно не участвуют в формировании неврозов у людей. Кроме того, присущие людям конфликты, порождающие тревогу, не имеют ничего общего с амбивалентными раздражителями, приводящими к неврозам у животных. Конфликты потребностей, желаний и т. д. приравниваются к избирательной амбивалентности, хотя это вовсе не одно и то же. По-видимому, сам Вольпе (Wolpe, 1958) сознавал неадекватность подобной аналогии, когда писал: «Очевидно, что одновременные, сильные, конфликтующие действия *каким-то* образом вызывают в нервной системе выраженную тревогу» (р. 79, выделение наше). Подобные рассуждения и доказательства весьма характерны для сторонников проведения аналогии между неврозами животных и человека.

Лазарус, который сотрудничал с Вольпе в течение нескольких лет, высказал несколько критических замечаний в его адрес. В ответ на сформулированное Вольпе (Wolpe, 1969) определение поведенческой терапии как «использования экспериментально установленных принципов и парадигм научения для преодоления неадаптивного поведения» (Lazarus, 1971) он задается вопросом:

«Что представляют собой так называемые «экспериментально установленные принципы научения?» Применимы ли они к человеку в той же мере, как и к животным?.. Некоторые установленные принципы могут действовать в лабораториях, в исследованиях на

животных, что касается их применения к человеческому поведению, возникает по меньшей мере несколько спорных моментов» (pp. 3-4).

Здесь же Лазарус указывает, что, несмотря на полученные доказательства выученности невротического поведения, это все еще гипотеза, в то же время Вольпе считает это установленным фактом. Наконец, Лазарус критикует узость разработанного Вольпе подхода, в котором он рассматривает людей как животных без коры головного мозга, как «гипоталамическое, подкорковое создание, управляемое преимущественно примитивной вегетативной нервной системой», чьи неврозы в значительной мере напоминают экспериментально вызванные у животных. Лазарус продолжает:

«Сталкиваясь с людьми, склонными к саморазрушению, пытающимися примирить непримиримое, стремящимися достичь невысказанных высот, несчастными в супружестве по причине ложных романтических идеалов, обуреваемыми чувствами вины и неполноценности в силу философских убеждений, я не нахожу здесь места страдающей неврозом кошке; мне самому иногда хочется, чтобы жизнь действительно была такой простой, как пытается нас уверить Вольпе» (p. 6).

Вместе с тем Вольпе (Wolpe, 1958) считал, что для формирования неврозов у человека имеет значение обусловливание второго порядка. Поскольку обусловливание второго порядка не столь стабильно и устойчиво, как обусловливание первого порядка, приходится сталкиваться с проблемами устойчивости неадаптивной невротической тревоги и других видов поведения. Как указывал Маурер (Mowrer, 1964), в обычной жизни (как в лаборатории) страхи, не получающие спонтанного подкрепления, угасают, в отличие от представлений поведенческой теории и психоанализа.

Что касается концепции реципрокного торможения, можно задать вопрос, не включает ли Вольпе в нее нечто большее, чем описано концепциями угасания или противообусловливания. Угасание состоит в исчезновении тревоги и неадаптивного поведения, оно возможно при торможении невротических (или тревожных) реакций любыми средствами. По сути, раздражитель тревожной реакции предполагается в ситуации, в которой не имеет подкрепления. Если невротические реакции заторможены, вызывающие их действия становятся (положительно) условными по отношению к предыдущему тревожному раздражителю. Таким образом, в дополнение к экспериментальному угасанию Вольпе провоцирует другое поведение в присутствии тревожного раздражителя. Вполне возможно, что своим успехом подход Вольпе обязан именно побуждению к такому поведению. Вольпе достигает этого с помощью поощрения, поддержки, рекомендации, команды, а в процессе интервью — с помощью суггестии и гипноза. Следовательно, метод Вольпе можно считать переобусловливанием.

В терапевтической ситуации клиент сталкивается с тревожными ситуациями в своем воображении и учится тому, что они не страшны. За рамками терапевтических сессий клиенту приходится так же иметь дело с подобными ситуациями и приходит к такому же выводу. В результате клиент помещается в тревожную ситуацию и усваивает, что нет причин ее бояться; то есть безусловный раздражитель не получает подкрепления. Методы и техники побуждения клиента к пребыванию в тревожной ситуации связаны с созданием ситуации, в которой может иметь место угасание. Клиент не может сделать это самостоятельно по причине страха. Таким образом, подход Вольпе заключается в изменении установок или чувств за счет первичного изменения поведения. Как отметил Лондон (London, 1964): «В результате, по его собственному допущению, значительная часть терапии, основанной на реципрокном торможении, состоит в том, чтобы заставить людей делать именно то, чего они боятся» (p. 91).

Проанализировав идею о «поверхности поведенческой терапии», давайте перейдем к следующему вопросу: «Каковы границы применения поведенческой терапии?». Другими словами, для решения каких проблем поведенческая терапия не подходит? По-видимому, она неприменима для проблем, связанных со смыслами или целями, а также с соответствующими страхами и стремлениями. Здесь проходит четкая граница, о которой необходимо помнить. Далекое не все проблемы, по поводу которых люди обращаются за помощью, обусловлены чрезмерностью или недостаточностью функций; многие затрагивают системы смысла. Поведенческая терапия не касается этих вопросов; они не находят

отражения в лечении.

Поведенческий терапевт обязан, по мнению Лондона (London, 1964) «резко сократить диапазон людей и проблем, с которыми он имеет дело. В погоне за специфичностью бихевиорист рискует начать размениваться на пустяки» (р. 122). Если психотерапевт расширительно толкует симптомы, как многие и делают, и не принимает во внимание смысл, его позиция, по мнению Лондона, с научной точки зрения становится слабой. Можно спросить у поведенческого терапевта, как он снимет обусловливание боли и страданий клиента, сознающего, что его функционирование не соответствует его возможностям или находится ниже уровня притязаний, который считает себя неудачником или не видит смысла жизни. Как предполагает Лондон (London, 1964),

«это должны быть люди, которые, освободившись от всех своих симптоматических бед, обнаруживают свое истинное «Я», погребенное под множеством мелких невзгод. Не обремененные более предрассудками, головной болью, страхами или отвратительными мыслями, они видят впереди тошнотворную пустоту, безымянный ужас безымянного конца. Неужели и это может считаться симптомом, а если так, то можно ли устранить его какими-либо конкретными действиями, формированием привычки или связи с неким приятным раздражителем, заимствованным из арсенала терапевтических трюков?» (р. 38)

Неизвестно, как бы ответил сам Вольпе на этот пассаж. Как уже отмечалось, Вольпе (Wolpe, 1990) считал, что поведенческая терапия «оправдана только при тех синдромах, которые обязаны своим существованием научению» (р. 8), — включая неврозы, неадаптивные выученные привычки, не связанные с тревогой, психопатическим личностным расстройством, наркотической зависимостью и выученным поведением больных шизофренией. Как же быть с ценностными конфликтами, беспокойством о смысле жизни, выбором жизненных целей? В системе Вольпе ни одна из этих проблем не находит отражения.

А теперь наш третий вопрос. В достаточной ли мере учитываются терапевтические отношения в поведенческой терапии? Отметим, сам Вольпе придерживается мнения, что отношения между психотерапевтом и пациентом, вероятно, являются наиболее важным фактором в традиционной терапии, однако утверждает, что поведенческая терапия действует иначе, чем другие формы вмешательства. Знакомство со стенограммами проведенных Вольпе интервью позволяет судить о том, что помимо техник поведенческой терапии в его подход вошло и много другого. Речь идет о принятии, выражении заботы, интересе, ободрении и желании помочь. Мармор (Marmor, 1987) описывал Вольпе как теплого, заботливого, искреннего психотерапевта, стремящегося понять своих пациентов (прибегающего в процессе вмешательства к психоаналитическим интерпретациям). Сам Вольпе (Wolpe, 1969) говорит, «нет оснований считать, что другие терапевты проявляют больше внимания и заботы к своим пациентам, чем это делают бихевиористы». Таким образом, терапевтические отношения весьма значимы в его работе, включая те их аспекты, которые вызывают мощный плацебо-эффект.

Группа авторов (Klein, Dittman, Parloff, & Gill, 1969) после внимательного наблюдения за работой Вольпе и Лазаруса, писала: «Вероятно, наиболее сильное впечатление на нас произвело то, насколько часто поведенческие терапевты прибегают к суггестии и насколько активно манипулируют ожиданиями и установками своих пациентов» (р. 263). Лазарус, некоторое время работавший с Вольпе, так комментирует это заявление: «Мы оба с Вольпе считаем, что терапевтические отношения часто очень важны для поведенческой терапии. Такие факторы, как теплота, эмпатия, аутентичность считаются необходимыми, но зачастую недостаточными». Далее он пишет: «Если суггестия позволяет человеку перейти к новым реакциям, это может иметь положительный эффект. Это делается сознательно для усиления плацебо-эффекта». Он согласился с тем, что «даже результаты специфичной техники, например систематической десенсибилизации, невозможно объяснить за счет градуированных иерархий и мышечной релаксации». Вольпе, вероятно, не пошел бы так далеко, как Лазарус, но в отсутствие доказательств обратного успех его подхода может быть результатом и терапевтических отношений, включая эффект плацебо, которые и приводят к десенсибилизации, противообусловливанию и угасанию. Действительно, можно утверждать, что Вольпе представил ситуацию наоборот: то, что он считает эффектом плацебо, и есть психотерапия, а то, что он именует специфическими эффектами, это в действительности

плацебо.

Браун (Brown, 1967) анализировал терапию Вольпе и пришел к заключению, что важными действующими факторами были также личность самого Вольпе и когнитивные факторы; его терапия далека от чистой поведенческой терапии, а является сплавом его личности, вербальных и когнитивных действий, а также специфических поведенческих техник. Мармор (Marmor, 1987) даже сказал, что Вольпе «работает в комбинированной поведенческой и психодинамической манере» (р. 145). Как бы то ни было, когнитивные элементы просматриваются в работах самого Вольпе; в его описании своих методов и случаев из практики, в частности, используются такие элементы, как когнитивное реструктурирование, исправление ложных представлений, обучение, предложения и убеждение.

Бихевиористский характер разработанных Вольпе процедур оспаривал Локк (Locke, 1971), отмечая, что от пациента требуется интроспективный анализ содержания и интенсивности своих негативных эмоциональных состояний, а также обдумывание, рассуждение, запоминание, суждение, различение и создание мысленных образов, а эти действия никак нельзя назвать поведенческими. Уилкинс (Wilkins, 1971) задается вопросом о сформулированных Вольпе теоретических обоснованиях эффективности систематической десенсибилизации. Он указывает, что «ни иерархическая конструкция, ни тренинг мышечной релаксации, а лишь направленное создание мысленных образов пугающих сцен является обязательным элементом разработанной Вольпе процедуры». Он предполагает, что ее эффективность обусловлена когнитивными и социальными факторами, связанными с отношениями пациент-психотерапевт, включая способность психотерапевта к социальному подкреплению, информационную обратную связь об успехе, тренинг концентрации внимания, а также ожидание клиентом улучшения (р. 313). Уилкинс (Wilkins, 1972) подтвердил свою оценку, не согласившись с Дэвисоном и Уилсоном (Davison & Wilson, 1972). Его позицию разделяют авторы обширного обзора литературы Каздин и Уилкоксон (Kazdin & Wilcoxon, 1976), которые пришли к выводу о большей эффективности десенсибилизации по сравнению с другими методами из-за ожидания улучшения в экспериментальных, но не в контрольных группах.

«Обзор исследований, в которых осуществлялся контроль по такому фактору, как ожидание улучшения, не подтверждает предположения о том, что десенсибилизация обладает специфическим терапевтическим действием... чтобы судить об эффектах десенсибилизации не представляется возможным исключить неспецифические эффекты вмешательства, во всяком случае в настоящее время.»

Вольпе предпринял попытку ответить на некоторые из этих критических замечаний. Допуская возможное действие неспецифических факторов, влияющих на результаты поведенческой терапии, он настаивал на том, что эффект десенсибилизации обусловлен не только позитивными ожиданиями, но также и специфическим действием. На заявления о том, что релаксация не способствует повышению действенности систематической десенсибилизации, он возражал, что ряд исследований, приведенных Йетсом (Yates, 1975) и Каздином (Kazdin & Wilcoxon, 1976), были сходны между собой и включали субъектов со слабыми страхами, которые иногда выполняли релаксацию неверно. Вольпе (Wolpe, 1990) также отрицал, что релаксация незаменима при десенсибилизации, мнение, которое, по его словам, ошибочно было ему приписано (р. 190), отмечая, что «многочисленные реакции способны конкурировать с тревогой, включая эмоциональную реакцию пациента на психотерапевта» (1982, р. 178).

Терапия Вольпе, а также поведенческая терапия в целом, может быть весьма эффективной не только по упомянутым выше причинам, но также и по другим, по которым лечение может оказаться действенным: из-за отношения психотерапевта к пациенту и ожиданий пациента. Эти отношения включают, помимо всего прочего, атмосферу, в которой пациент испытывает тревогу без ее подкрепления, что позволяет эту тревогу устранить. Роттер (Rotter, 1959) в своем обзоре работы Вольпе «Психотерапия с помощью реципрокного торможения» (Wolpe, 1958, «*Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*») делает следующее замечание относительно ожиданий пациента:

«После внимательного знакомства с разнообразными методами, которые использовал Вольпе для изменения поведения пациента, можно сделать вывод о наличии у него

единственного базового принципа: когда пациент демонстрирует определенное неадаптивное поведение или симптомы, а не иное поведение, которое, по мнению психотерапевта, является более адаптивным, обучение пациента этому иному поведению должно быть осуществлено непосредственно и любым возможным методом. Очевидно, Вольпе наиболее часто использует метод, который в прошлом назывался методом престижного предложения. Пациента подводят к мысли, что его проблемы будут разрешены, если он согласится с предложениями психотерапевта, и по меньшей мере во многих случаях пациент, изъявив желание попробовать эти новые виды поведения, находит их успешными и потому поддерживает» (р. 178.)

Таким образом, ожидания пациента и терапевтические отношения являются теми факторами, которые ответственны за большую часть позитивных эффектов поведенческой терапии. Эта гипотеза заслуживает внимания. (См. обсуждение исследований, терапевтических отношений и поведенческой терапии Эммелкампа (Emmelkamp, 1986, 1994).)

Теперь давайте перейдем к рассмотрению исследований в области поведенческой терапии. Эта тема привлекала пристальное внимание Вольпе и других бихевиористов в последние 10-15 лет. Вольпе (Wolpe, 1987) утверждал, что работа группы авторов (Smith, Glass & Miller, 1977, 1980) и обзоры, посвященные последствиям психотерапии (например, Luborsky, Singer & Luborsky, 1975), с их выводом о том, что между разными видами психотерапии больше сходств, чем различий, отбросили поведенческую терапию назад, и выводы эти должны быть пересмотрены. В частности, Вольпе сказал, что подобные «уравнительные» обзоры и исследования несправедливо привели к обесцениванию поведенческой терапии.

Чтобы оспорить идею об эквивалентности, сам Вольпе (Wolpe, 1986a, 1987, 1990) приводит результаты нескольких исследований и обзоров (например, Andrews & Harvey, 1981; Giles, 1983a, 1983b; ср. Latimer & Sweet, 1984), которые подтверждают преимущества поведенческой терапии над другими терапевтическими подходами. Например, он придавал большое значение работе Эндрюса и Харвея (Andrews & Harvey, 1981), которые провели исследование пациентов с невротами, основываясь на оригинальных данных Смита с коллегами (Smith et al., 1980), и заново проанализировали эти данные. Эндрюс и Харвей обнаружили, что поведенческая психотерапия позволила получить лучшие результаты по сравнению с другими формами психотерапии. Джилс (Giles, 1983a) подверг критике три часто цитируемых сравнительных исследования (Sloane, Staples, Cristol, Yorkston & Whippee, 1975; Smith & Glass, 1977; Luborsky et al., 1975), утверждая, что хотя их результаты обычно приводят в качестве доказательств «эквивалентности» разных форм терапии, в действительности они говорят в пользу поведенческой терапии, если внимательно их изучить. Джилс утверждает, что «предвзятое отношение к поведенческим вмешательствам пронизывает всю современную литературу» (р. 31; ср. Giles, 1993). С этим мнением с готовностью соглашается Вольпе (Wolpe, 1986a, 1987, 1990).

В своем обзоре, посвященном последствиям психотерапии, Джилс (Giles, 1983b) констатирует, что «другие виды психотерапии по сравнению с поведенческой терапией, не являются более эффективными или действенными» (р. 192). Он добавляет, однако, что «несмотря на убедительные факты, неповеденческие виды психотерапии привлекают внимание абсолютного большинства клиницистов... Большинство пациентов в настоящее время лечатся менее эффективными средствами» (р. 192; ср. Giles, 1990; 1993). В другой статье Латимер и Свит (Latimer & Sweet, 1984) обсуждают сравнительную эффективность поведенческой и когнитивной процедур в терапии. Они приходят к выводу, что «действенность когнитивной терапии (включая поведенческие компоненты) не была продемонстрирована на клинических популяциях, а факты говорят о том, что "когнитивный" процедурный компонент когнитивных подходов является менее мощным по сравнению с отработанными поведенческими методами, в частности с экспозицией *in vivo*» (р. 14). Этот вывод также нашел отражение в работе Вольпе (Wolpe, 1990).

Значительная часть обзоров была написана с целью исправить то, что, говоря словами Вольпе, представлялось обесцениванием и ложным представлением поведенческой терапии. Критические замечания Вольпе (Wolpe, 1986a, 1986b, 1987, 1989) и Джилса (Giles, 1983a, 1983b), а также других авторов по этому вопросу, несомненно, заслуживают пристального

внимания. Вместе с тем следует добавить, что некоторые из этих работ грешат чрезмерным энтузиазмом и отсутствием объективности. Это своего рода агрессивная кампания или контратака (см. Franks, 1984), которая чрезвычайно похожа на оборону. Нам неясно, чем вызвана такая горячность сторонников поведенческой терапии. Независимо от причин мы настоятельно рекомендуем познакомиться с этими работами, говорящими о предвзятом отношении к поведенческой терапии, чтобы сделать собственные выводы.

В завершение нашего обсуждения исследований, посвященных поведенческой терапии позвольте упомянуть последние два момента: недавние или относительно недавние обзоры на тему последствий психотерапии и исследований, посвященных поведенческой терапии. В то время как Вольпе (Wolpe, 1987, 1990) продолжает отрицать так называемую эквивалентность, о которой говорится во многих обзорах, справедливости ради стоит признать, что результаты поведенческой терапии признаются и в такой литературе. Например, Ламберт и Бергин (Lambert & Bergin, 1994) по результатам своего обширного обзора, сделали следующий вывод:

«Несмотря на отсутствие доказательных фактов в пользу той или иной формы психотерапии в отношении умеренных амбулаторных расстройств, поведенческие и когнитивные методы вносят существенный вклад в разрешение целого ряда сложных проблем (например, паники, фобий, навязчивых состояний), а также являются полезными методами преодоления не связанных с невротами проблем, при которых традиционные виды терапии оказываются неэффективными (например, детская агрессивность, психотическое поведение, поведение, связанное со здоровьем)» (р. 181; ср. Lambert, 1991; Lambert, Shapiro & Bergin, 1986).

Когнитивисты Холлон и Бек (Hollon & Beck, 1986) утверждают, что неясно, добавляют ли когнитивный или когнитивно-поведенческий подходы что-либо к чисто поведенческим вмешательствам» (р. 476). Хотя подобные утверждения не кажутся Вольпе достаточно убедительными, очевидно, что позитивные эффекты поведенческой терапии признаются даже в недавних обзорах, которые ратуют за «уравнительность» (например, Lambert & Bergin, 1994).

Опубликованы и другие обзоры исследований, посвященных поведенческой терапии (помимо уже цитированных обзоров Giles и Latimer & Sweet), и чтобы составить более полное представление об эффективности поведенческой терапии читатель может с ними ознакомиться (см. Emmelkamp, 1986, 1994; Ollendick, 1986). Например, Эммелкамп прекрасно описывает некоторые успехи и перспективы развития поведенческой терапии (в том числе при лечении некоторых фобических расстройств и сексуальных дисфункций), а также некоторые ее неудачи (в частности, при лечении хронического алкоголизма) и направления будущих исследований. Этот обзор позволяет составить представление о прошлом, настоящем и будущем поведенческой терапии и, по нашему мнению, уравнивает заявления Джилса (Giles, 1983a, 1983b, 1990) и Вольпе (Wolpe, 1986a, 1987, 1990).

Что можно сказать в заключение о будущем поведенческой терапии? Это действительно интересный вопрос. С одной стороны, Вольпе (Wolpe, 1986b, 1989, 1990) видит необходимость бороться с так называемой «новой волной», вводящей «когнитивные» элементы в поведенческую терапию. Вольпе считает нежелательным смешивание когнитивного и поведенческого направлений, расценивая это как «разбавление и ослабление подхода» (Glass & Arnkoff, 1992, р. 618). Вот как он это формулирует.

«За счет раскрытия разумности и глубины традиционной поведенческой терапии, сопоставления ее с поверхностной «новой волной» мы можем надеяться на возвращение традиционной поведенческой терапии на ее законное место во главе современной психотерапии» (Wolpe, 1990, р. 352).

В отличие от Вольпе, другие бихевиористы (например, Wilson & Agras, 1992) полагают, что расширение поведенческой терапии и включение в нее когнитивных элементов — процесс перспективный (Glass & Arnkoff, 1992). Во всяком случае, можно с уверенностью сказать, что этот вопрос и в дальнейшем будет привлекать внимание поведенческих психотерапевтов.

В дополнение ко всему вышесказанному намечены некоторые другие направления развития поведенческой терапии. Согласно Уилсону и Аграсу (Wilson & Agras, 1992), вот некоторые из них: оптимизация существующих методов лечения, совершенствование

способов распространения эффективных техник, продолжающееся применение поведенческой терапии к широкому спектру психических расстройств и нарушений здоровья, а также разработка детальных руководств по применению поведенческих процедур при различных клинических расстройствах (pp. 40-41). По мнению Гласса и Арнкоффа (Glass & Arnkoff, 1992), в будущем предстоит: более тесная интеграция программ поведенческой самопомощи, релаксации и самоуправления в медицинскую практику; усиление внимания к изменению поведения в реальном мире (то есть в естественном окружении пациента); фокусирование на факторах риска и профилактике эмоциональных расстройств у детей (pp. 616-617). Мы надеемся, что многие из этих задач будут реализованы уже в ближайшем будущем.

Благодаря всему этому мы также подозреваем, что будут сохраняться тесные связи с экспериментальной психологией, с наукой и практикой, с оценкой и документированием изменений. Это на самом деле неудивительно. Эти «тесные связи» всегда были и остаются отличительными особенностями теории и практики поведенческой терапии. Именно этого следует ожидать и в будущем.

Часть III. Когнитивные подходы

Предисловие к части III

Когнитивными подходами в психотерапии считаются те, в которых делается преимущественный акцент на **логическом, интеллектуальном подходе** к процессу и/или разрешению проблем или затруднений клиента. Эти подходы могут быть сравнительно эклектичными; иначе говоря, в них используется целый ряд разнообразных техник. При этом исходят из представлений, что различные проблемы и различные клиенты требуют различных методов или техник; выбор техник обычно осуществляется на основании практических соображений или собственного опыта.

Более ранние издания этой книги включали в качестве когнитивного подхода так называемую миннесотскую точку зрения Уильямсона. Кроме того, в предыдущее издание входила глава, посвященная Рейми и его гипотезе ложных когнитивных представлений (*cognitive misconception hypothesis*). Читателей, интересующихся этими теориями, мы отсылаем к предыдущим изданиям.

Эллис первым разработал рациональную психотерапию. Прошло больше десятилетия, прежде чем другие, в частности Бек и Мейхенбаум, разработали собственные подходы в когнитивной психотерапии. Подходы Эллиса, Бека и Мейхенбаума описаны в соответствующих главах данного раздела. Эти подходы имеют много общего, как сможет убедиться читатель. Психотерапевт предстает в роли учителя, который пытается привить клиенту навыки использования информации, логики или рассуждений с целью коррекции ложных толкований и иррациональных мыслей, считающихся основой эмоциональных расстройств.

Природа американского общества делает его восприимчивым к когнитивным психотерапевтическим подходам, поскольку они основаны на научных фактах. На это указывает Франк (Frank, 1961), обращая внимание на возможные слабые стороны такого подхода в психотерапии. По его словам, научный идеал

«ценит объективность и интеллектуальное постижение, однако эти особенности не всегда применимы к психотерапии. В результате неизбежна завышенная оценка значимости когнитивных аспектов. С позиции пациента «инсайт» в смысле способности обречь понимание в слова может быть ошибочно принят за истинное изменение установок. С позиции психотерапевта научный подход может привести к ненужному акценту на красотах и изяществе интерпретаций, а также к избеганию открыто возбуждающих эмоции техник... несмотря на всеобщее согласие с тем, что для успеха психотерапии непременно должны быть затронуты эмоции пациента» (pp. 219-220).

Глава 7. Рационально-эмотивная психотерапия: Эллис

Вероятно, одной из наиболее известных и ранних попыток привнести в психотерапию логику и рассуждение является подход Альберта Эллиса, впервые изложенный в нескольких журнальных статьях. Первоначально названный **рациональной психотерапией**, он с 1962 г. получил наименование **рационально-эмотивной терапии (РЭТ) (rational-emotive therapy, RET)**.

Альберт Эллис (род. в 1913 г.) получил степень бакалавра в 1934 г. в Сити колледже в Нью-Йорке; звание магистра и доктора философии ему было присвоено соответственно в 1943 г. и 1947 г. в Колумбийском университете. Эллис начал частную практику в сфере брачного, семейного и сексуального консультирования в 1943 г. В связи со своим интересом к психоанализу Эллис прошел психоаналитическое обучение и трехгодичный личный анализ. Он какое-то время работал клиническим психологом в клинике психической гигиены в государственном диагностическом центре, главным психологом Департамента учреждений и агентств штата Нью-Джерси, а также инструктором в Рутгерсовском и Нью-Йоркском университетах. Основная часть его профессиональной деятельности, однако, была посвящена частной практике. Несмотря на это, он занимался активной лекторской работой и проводил семинары по терапии РЭТ по всему миру и сейчас продолжает это делать. В 1958 г. он основал Институт рациональной жизни (*Institute for Rational Living*), а в 1968 г. — Институт усовершенствования в области рациональной психотерапии (*Institute for Advanced Study in Rational Psychotherapy*), исполнительным директором которого он в настоящее время является. Кроме обучения РЭТ Институт предлагает уроки в Школе жизни (*Living School*), где нормальных детей обучают принципам рационально-эмотивной психологии.

Эллис получил множество наград, в частности «За выдающийся профессиональный вклад в развитие знаний» от Американской психологической ассоциации (см. *American Psychologist*, 1986, 41, pp. 381-397), звание «Гуманист года» от Американской гуманистической ассоциации и награду за личное развитие от Американской консультативной ассоциации.

Эллис, дипломат в области клинической психологии Американского комитета профессиональной психологии, опубликовал множество своих трудов. Он является автором многочисленных популярных и научных книг по вопросам секса и сексуальности. Эллис был одним из трех психотерапевтов в серии фильмов под общим названием «Три подхода к психотерапии» продюсера Эверетта Л. Шострома. Он распространил рационально-эмотивный подход на групповую психотерапию и группы встреч. Эллис опубликовал принципы своего подхода в ряде книг и статей. Биография Эллиса подготовлена Вайнером (Wiener, 1988).

Становление и развитие

На заре своей практики в области консультирования супругов Эллис уделял внимание предоставлению авторитетной информации. Вместе с тем он стал осознавать, что проблемы, с которыми обращаются к нему клиенты, часто обусловлены отсутствием необходимой информации или знаний; его клиенты также страдали психологическими или эмоциональными расстройствами. Он обратился за помощью к психоанализу и, пройдя обучение и личный анализ, начал заниматься традиционным психоанализом. Несмотря на свои значительные успехи как психоаналитика (по его словам, заметное улучшение наступало у 50% всех его пациентов и 70% пациентов-невротиков), он не был удовлетворен этими результатами и, что более важно, теорией и техниками психоанализа. Эллис ощущал, что пассивность и бездеятельность ортодоксального психоанализа идут вразрез с его собственной личностью и темпераментом.

«Если мне кажется, что я отлично знаю причины проблем пациента, почему я должен пассивно ожидать, иногда в течение нескольких недель и даже месяцев, пока он, по собственной инициативе, покажет мне, что полностью «готов» принять мои толкования? Почему, когда пациентам с трудом даются свободные ассоциации, когда они за всю сессию могут вымолвить всего несколько слов, я не должен помочь им наводящими вопросами или

замечаниями?» (Ellis, 1962, p. 7.)

В результате своей неудовлетворенности Эллис внес изменения в неотрейдицистский подход, а впоследствии и в психоаналитическую терапию, активизировав процесс. Несмотря на явное повышение эффективности (значительного улучшения достигали 63% всех пациентов и 70% пациентов-невротиков), причем это отнимало меньше времени и усилий, Эллис по-прежнему был недоволен. Хотя его пациенты достигали инсайта относительно собственного поведения и его причин, они не всегда менялись в лучшую сторону.

Эллис заинтересовался теорией научения (то есть обусловливания) и попытался применить ее для разрушения условных рефлексов у своих пациентов путем привлечения их к подходящим терапевтическим видам деятельности. И вновь ему показалось, что эта направленная на деятельность эклектическая терапия более эффективна, но неудовлетворенность не оставляла Эллиса. Его рациональный подход начал развиваться именно в этот момент (в 1954 г.). Эллис убедился, что иррациональные, невротические ранние навыки обладают значительной стойкостью, поскольку индивиды упорствовали в переобучении себя этим навыкам, оказывая сопротивление терапии и достижению инсайтов. Тогда Эллис принялся обучать своих пациентов изменять мышление и принимать рациональный подход к проблемам. Он видел, что до 90% людей после применения этого метода в течение 10 и более сессий достигали заметного и даже значительного улучшения.

Принципы терапии РЭТ были сформулированы в ряде статей, выходящих начиная с 1955 г. (Ellis, 1955a, 1955b, 1956, 1957a, 1957b, 1958, 1959), а наиболее полно они были изложены в книге «Разум и эмоции в психотерапии» (*Reason and Emotion in Psychotherapy*, Ellis, 1962). Последние работы Эллиса (Ellis, 1987a, 1988b, 1989; Ellis & Dryden, 1987; Ellis & Grieger, 1977a; Ellis & Whiteley, 1979) дополнили и развили уже сформулированную теорию.

Философия и концепции

Дав своему подходу название «рациональная терапия», Эллис впоследствии отказался от него, поскольку возникала путаница с другими «рациональными» подходами и классической рационалистической философией, от которой он хотел отмежеваться. Вместе с тем он сочувственно относится к современному рационализму или неорационализму, который вносит в науку и поиск истины логику и разум в отличие от сверхъестественных тенденций, мистицизма и догматизма. Кроме того, Эллис разделяет цели жизни современных экзистенциалистов и приемлет следующие принципы (Braaten, 1961).

«1) Человек, ты свободен, самоопределяйся; 2) культивируй собственную индивидуальность; 3) живи в согласии со своим ближним; 4) высшим мерилom являются твои собственные переживания; 5) целиком пребывай в текущем моменте; 6) истина заключается в действии; 7) ты можешь скачком выйти за пределы своих возможностей; 8) творчески используй свои возможности; 9) делая свой выбор, выбирай в пользу человека и 10) тебе следует принять ограниченность своих возможностей.»

Эллис утверждает, что концепции, составляющие его систему, не являются оригинальными. Хотя многие из них он открыл на собственном опыте, он признает, что некоторые из них были ранее сформулированы древними и современными философами, психологами, психотерапевтами и социологами (Ellis, 1979c, 1987a).

Допущения

Рационально-эмотивная терапия (РЭТ) основывается на ряде допущений о человеческой природе и происхождении человеческих несчастий, или эмоциональных нарушений (Ellis, 1988b, 1989, 1993). Вот некоторые из этих допущений.

1. Люди сочетают в себе рациональное и иррациональное. Когда они мыслят и действуют рационально, более вероятно, что они будут эффективны, счастливы и компетентны.

2. Эмоциональное или психологическое нарушение — невротическое поведение — является результатом иррационального и нелогичного мышления. Мысли и эмоции

неразделимы. Эмоции сопровождают мышление, а мышление, как правило, предвзято, субъективно и иррационально.

3. Люди по своей биологической природе предрасположены к иррациональному мышлению, строят в соответствии с этим окружающие условия и переживания. Индивиды с серьезными нарушениями (психотики) отличаются более выраженной склонностью к расстройствам мышления.

4. Люди — это говорящие животные, мышление у них происходит обычно с использованием символов или языка. Поскольку мышление устойчиво, если устойчивы эмоциональные нарушения, иррациональное мышление обязательно устойчиво при устойчивых эмоциональных нарушениях. Характеризует индивидов с выраженными нарушениями то, что они поддерживают свои нарушения и сохраняют нелогичное поведение за счет внутренней вербализации своих иррациональных идей и мыслей. «Для практических целей фразы и предложения, которые мы часто себе повторяем, *являются или становятся* нашими мыслями и эмоциями» (Ellis, 1962, p. 50). Постоянная стимуляция служит причиной стойкости расстройств поведения и эмоций, а простое понимание корней нарушения в процессе психоанализа не является достаточным условием устранения нарушения.

5. Продолжительность состояний эмоциональных нарушений, которые являются результатом внутренней вербализации, определены, таким образом, не внешними событиями или обстоятельствами, а восприятием и установками в отношении этих событий, которые включены в интернализированные высказывания о них. Эллис обнаруживает истоки этой концепции у Эпиктета, который писал: «Люди расстраиваются не столько из-за вещей, сколько из-за своих взглядов на них». Он также цитирует сходную фразу из «Гамлета»: «Нет ни хорошего, ни плохого, все делает таким или другим наш разум» (Ellis, 1962, p. 54).

6. Негативные и направленные во вред себе мысли и эмоции должны быть устранены путем перестройки восприятия и мышления, чтобы мышление стало логическим и рациональным, перестав быть нелогичным и иррациональным. Задача психотерапевта в процессе психотерапии — продемонстрировать клиентам, что их внутренние вербализации являются источником их же эмоциональных нарушений, доказать нелогичность и иррациональность этих вербализаций, скорректировать их мышление так, чтобы их внутренние вербализации стали более логичными и эффективными и были бы отделены от негативных эмоций и саморазрушающего поведения (см. также Dryden, 1989; Ellis & Dryden, 1987).

Иррациональные идеи

Эллис выявил одиннадцать идей, или ценностей, которые иррациональны, полны суеверия или «бессмысленны», но которые получили широкое распространение в западном обществе и, по-видимому, «с неизбежностью ведут к неврозу» (Ellis, 1962, p. 61).

1. *Существенно, чтобы человека любили или одобряли практически все представители его окружения.* Эта идея явно иррациональна, поскольку цель эта недостижима, пытаясь ее достичь, человек становится менее самостоятельным, более неуверенным и в результате — более саморазрушающим. Желательно быть любимым; однако разумный человек не станет приносить в жертву собственные интересы и устремления в попытке достичь этой цели.

2. *Человек обязан быть абсолютно компетентным, адекватным и успешным, чтобы быть достойным уважения.* И такое вряд ли возможно, а настойчивое стремление к этому может привести к психосоматическому заболеванию, появлению чувства неполноценности, неспособности жить собственной жизнью, постоянному чувству страха перед неудачей. Разумный индивид стремится делать добро ради самого себя, а не быть лучше других, получать удовольствие от деятельности, а не занимается ею исключительно ради результатов, учиться, а не пытаться быть совершенным.

3. *Некоторые люди плохие, порочные или подлые и, следовательно, заслуживают наказания и обвинения.* Эта идея иррациональна, поскольку не существует абсолютных стандартов истины, а свобода воли незначительна. «Неправильные» или «аморальные» поступки являются результатом глупости, невежества или эмоциональных нарушений. Все

люди подвержены ошибкам и совершают их. Обвинение и наказание, как правило, не приводят к улучшению поведения, поскольку не способствуют уменьшению глупости, приобретению ума или улучшению эмоционального состояния; в действительности наказание зачастую ведет к ухудшению поведения и усугублению эмоционального расстройства. Разумные индивиды не винят себя или других. Подвергаясь обвинениям со стороны окружающих, они пытаются исправить или скорректировать свое поведение, если были не правы; если же они считают себя правыми, то осознают, что такое обвинение — показатель нарушений у других. В случае ошибок окружающих разумные люди пытаются понять и, если это возможно, предотвратить их повторение; в случае невозможности это сделать, они стараются не позволять, чтобы чужое поведение выводило их из душевного равновесия. Допустив ошибку, разумный человек понимает и принимает свое поведение, а не разрешает ей превратиться в катастрофу или привести к ощущению никчемности.

4. *Просто ужасно, когда дела идут не так, как нам бы хотелось.* Это признак иррационального мышления, поскольку разочарование — вполне нормальное чувство, однако, длительно и сильно расстраиваться не стоит, ведь нет оснований полагать, что дела должны быть не такими, как они есть на самом деле, расстройство крайне редко изменяет ситуацию, а обычно делает ее хуже; если невозможно исправить ситуацию, единственным разумным выходом будет принять ее, разочарование не приведет к эмоциональному нарушению, если только мы не поставим свое удовлетворение или счастье в зависимость от исполнения своих желаний. Разумный человек избегает преувеличивать значимость неприятных ситуаций и работает над их улучшением или же принимает их, если невозможно улучшить. Неприятные ситуации могут причинять беспокойство, но ни одна из них не является ужасной или катастрофической, если только мы сами ее так не определяем.

5. *Причиной несчастий служат внешние обстоятельства, не во власти человека контролировать этот процесс.* В действительности внешние силы и события, даже сопряженные с физической угрозой, обычно психологичны по своей природе и не могут причинить вреда, если только мы не позволим им это (за счет своих установок и реакций). Люди причиняют себе беспокойство, размышляя о том, как ужасно, когда кто-то — недобрый, отвергающий, раздражающий и т. д человек. Если мы поймем, что причиной беспокойства являются наши собственные представления, оценки и усвоенные вербализации, то беспокойством можно будет управлять или заменить его. Достаточно разумные люди понимают, что основной источник несчастий находится в них самих; даже будучи раздражены внешними событиями, они осознают, что можно изменить свою реакцию, изменив определение и вербализацию события.

6. *Опасные или пугающие события являются основанием для сильной тревоги, об их возможности надлежит постоянно помнить.* Это иррациональная идея, поскольку беспокойство или тревога мешают объективной оценке вероятности опасного события и часто мешают эффективному совладанию с ним, если оно случается; тревога может даже повысить вероятность опасного события, ведет к увеличению возможности его наступления, не может предотвратить неизбежных событий, а многие неприятные ситуации вследствие тревоги представляются хуже, чем на самом деле. Люди с рациональным мышлением сознают, что потенциальные опасности далеко не такие катастрофические, как может показаться; они также сознают, что тревога не предотвращает пугающих событий и даже может повысить их вероятность, сама по себе тревога может причинить больше вреда, чем вызвавшая ее причина. Рациональный человек также сознает, что необходимо делать то, чего боишься, чтобы убедиться в отсутствии реальной опасности.

7. *Проце избежать определенных трудностей и обязанностей, чем с ними справиться.* Это иррациональная идея, поскольку избежать выполнения задачи труднее и болезненнее, чем ее выполнить; кроме того, избегание влечет за собой новые проблемы и неудовлетворенность, включая потерю веры в свои силы. Вместе с тем легкая жизнь не обязательно счастливая. Разумные люди выполняют все, что необходимо, искусно избегая при этом ненужных неприятных заданий. При нежелании выполнять необходимые обязанности, они анализируют причины этой ситуации, заставляют себя сделать то, что нужно, а затем осознают, что сопряженная с выполнением обязанностей и решением проблем жизнь приносит удовольствие.

8. *Человек должен зависеть от других и должен иметь кого-то более сильного, на кого можно положиться.* Все мы в той или иной степени зависимы друг от друга, однако, нет причин усиливать эту зависимость; это ведет к потере независимости, индивидуальности и самовыражения. Зависимость приводит еще к большей зависимости, неспособности учиться, ощущению небезопасности, поскольку мы отдаем себя на милость тем, от кого зависим. Разумный человек борется за свою независимость и право нести ответственность, но в случае необходимости не отказывается от помощи. Разумный человек сознает, что риск может привести к неудаче, однако рисковать все же стоит, а неудача сама по себе не является катастрофой.

9. *Прошлые переживания и события являются определяющими для настоящего поведения; от влияния прошлого невозможно избавиться.* Напротив, то, что было необходимым поведением при определенных обстоятельствах, не обязательно является необходимым сейчас; прошлые решения проблем в настоящее время могут не подойти. Предполагаемое влияние прошлого может использоваться в качестве оправдания нежелания изменить поведение. Несмотря на трудности, связанные с преодолением прошлых привычек, нет ничего невозможного. Люди с рациональным мышлением, отдавая прошлому должное, также сознают, что можно внести изменения в настоящее с помощью анализа влияний прошлого, ставя под сомнение те убеждения, которые в настоящее время являются вредными, и заставляя себя поступать по-новому.

10. *Человек должен сильно расстраиваться по поводу проблем и тревог других людей.* Это представление ошибочно, поскольку зачастую чужие проблемы и есть не более чем чужие. Проблемы других людей могут не иметь ничего общего с нами. Даже когда поведение других людей нас задевает, расстраиваемся мы в действительности из-за собственного определения этого поведения. Разумно мыслящий человек определяет, стоит ли ему расстраиваться из-за поведения окружающих, и если да, то пытается помочь им измениться. Если ничего нельзя сделать, остается принять происходящее и не унывать.

11. *Всегда существует правильное или идеальное решение каждой проблемы и его надо найти, иначе не избежать катастрофы.* Это иррациональное убеждение, поскольку идеального решения не существует, воображаемые результаты неудачных поисков идеального решения нереалистичны и могут вызвать тревогу или панику, и такой перфекционизм ведет к принятию не самого лучшего из возможных решений. Разумно мыслящий человек пытается отыскать разные возможные решения проблемы и принимает лучшее или наиболее подходящее из них, сознавая, что идеального ответа не существует.

Эти ложные идеи чрезвычайно распространены в нашем обществе; принимаемые и подкрепленные постоянным самовнушением, они могут привести к эмоциональным нарушениям или неврозу, поскольку их невозможно осуществить.

«Если человек верит в бессмыслицу, заключенную в этих утверждениях, он неизбежно будет иметь тенденцию стать подавленным, враждебно настроенным, настороженным, виноватым, неспособным, инертным, несчастным, неэффективным. С другой стороны, избавившись от этих основных видов иррационального мышления, чрезвычайно трудно сильно расстроиться или, по крайней мере, находиться в этом состоянии продолжительное время» (Ellis, 1962, p. 89).

Если сторонники Фрейда правы в том, что переживания раннего детства оказывают влияние на эмоциональные нарушения, эти эффекты вторичны; они продолжают оказывать свое действие лишь постольку, поскольку индивид усвоил некоторые из перечисленных выше основных алогичных идей. Не сами ранние переживания являются причиной нарушения, а установки и мысли индивида о них (Ellis, 1989).

Хотя перечисленные выше одиннадцать идей показывают некоторые из разнообразных направлений иррационального мышления, Эллис также попытался сократить этот список, чтобы выделить несколько основных иррациональных убеждений, составляющих суть этих одиннадцати. Вот какие идеи выделил Эллис (Ellis, 1979b).

«Я ДОЛЖЕН быть компетентным, адекватным и успешным, я также ДОЛЖЕН получить одобрение абсолютно всех значимых людей в моей жизни. Ужасно, когда этого не происходит. Я не перенесу поражения в этих важнейших направлениях. Я никчемный человек, когда я не делаю то, что я должен сделать, чтобы быть компетентным и снискать всеобщее одобрение...

Другие ДОЛЖНЫ обращаться со мной доброжелательно, справедливо, подобающим образом, когда мне этого хочется. *Ужасно*, когда они этого не делают. Я *не могу* выносить их оскорбительное обращение со мной. Они недостойные, порочные люди, когда они не делают того, что ДОЛЖНЫ, чтобы обращаться со мной удовлетворительно... Я ДОЛЖЕН получить то, что хочу. Условия моего проживания и мир вокруг меня ДОЛЖНЫ быть упорядочены, хороши, определены, таковы, какими я хочу их видеть. Я ДОЛЖЕН удовлетворять свои желания легко и без промедления, не встречая слишком много препон и трудностей. *Невыносимо*, когда дела обстоят иначе. Я *не терплю* дискомфорта, разочарования, когда что-то не соответствует идеалу. Мир — никчемное место, и жизнь не стоит того, чтобы жить, когда дела идут не так, как *должны* в этом смысле» (pp. 3-4).

Эти основные иррациональные убеждения, в действительности являющиеся разнообразными комбинациями одиннадцати идей и сведенные к трем, отражают еще один ключевой момент РЭТ: использование выражений типа «следовало бы», «надо» и «должен» в нашем мышлении. Согласно Эллису (Ellis, 1988b, 1993), именно категоричное мышление («Я ДОЛЖЕН...», «МНЕ СЛЕДУЕТ...», «МНЕ НАДО...») заводит людей в беду. Категоричные утверждения такого типа отражают иррациональность и могут вызывать или усугубить эмоциональное нарушение; лучше всего бороться с ними с помощью рационального спора (например, бороться со своим категоричным мышлением с помощью рационального анализа). Действительно, все эти «долженствования» являются отличительными особенностями иррациональных или алогичных убеждений в системе РЭТ.

Модель А-В-С терапии РЭТ

Несмотря на то что рационально-эмотивная терапия признает влияние на человека внешних причинных факторов, люди не зависят от них полностью. Напротив, считается, что человек способен преодолеть собственные биологические и социальные ограничения, как это ни трудно, и действовать в направлении изменения и контроля своего будущего (Ellis, 1976, 1979d). Такое признание способности людей определять в значительной мере собственное поведение и эмоциональные переживания выражено в теории поведения и личностных нарушений А-В-С (Ellis, 1989).

В модели А-В-С А (*activating*) соответствует активирующему событию или переживанию; В (*beliefs*) — системе убеждений индивида; С (*consequences*) — последствиям. Скажем, вы едете по шоссе и у вас спускает колесо; это А (активирующее событие). В ответ на это событие вы можете подумать: «Этого НЕ ДОЛЖНО было случиться. Это УЖАСНО. Я *этого не вынесу*. Я *не справлюсь*». Эти мысли соответствуют части В (система убеждений) модели. Следовательно, учитывая свои мысли, вы можете встревожиться, разгневаться; эти чувства соответствуют части С (последствия) вашего проблемного мышления. Таким образом, А не является непосредственной причиной С, в чем вы убедились. Вместо этого последствия являются результатом системы убеждений, среднего компонента модели А-В-С.

Система убеждений может быть рациональной или иррациональной. В случае рациональной, разумной, или реалистичной, системы убеждений (рВ) последствия также будут рациональными или разумными (рС). Если система убеждений иррациональна, неразумна, или нереалистична (иВ), тогда последствия также будут иррациональными или неразумными (иС). Признание взаимоотношений А-В-С дает возможность изменения и контроля установок и поведения в ответ на обстоятельства.

Терапевтический процесс

Цели терапии

Одной из задач терапии является помощь клиентам в устранении или ослаблении иррациональных последствий (иС), или эмоциональных нарушений. Другой задачей является уменьшение тревоги (самообвинения), враждебности и гнева (обвинения других или обстоятельств). Другая задача — снабдить клиентов методом разумного анализа их

собственных нарушений, с помощью которого они смогут поддерживать состояние минимальной тревожности и враждебности (Ellis & Harper, 1975).

Другие задачи, касающиеся психического здоровья, в рационально-эмотивной психотерапии подразумеваются, если и не выражаются явно. Они включают, хотя и не ограничиваются этим, пробуждение интереса к себе (с признанием прав других); социальный интерес, стремление к независимости, самостоятельности и ответственности; терпимое отношение к несовершенству человеческой природы; принятие неопределенности; гибкость и открытость изменениям; научное мышление; приверженность чему-либо вне себя; готовность рисковать или желание попробовать что-то новое; принятие себя; реализм (осознание нереальности утопий) (Ellis, 1979c). Эти цели разделяют многие философы и психотерапевты (Ellis, 1967, 1979c).

Шаги терапии РЭТ

В свете вышеупомянутых философии и концепций о природе эмоциональных нарушений можно утверждать, что психотерапия, согласно Эллису, представляет собой лечение неразумности здравым смыслом. Несмотря на существование других способов контролирования эмоций — за счет электрических и химических процессов, использования сенсомоторных техник или каких-либо действий, продиктованных любовью и уважением к другому человеку,— психотерапия делает все это за счет использования церебральных процессов. Люди, как существа мыслящие, способны избегать большинства эмоциональных нарушения или несчастий, научившись мыслить разумно.

Задача психотерапевта — помочь клиентам избавиться от алогичных, иррациональных идей и установок, заменить их логичными, рациональными идеями и установками (Ellis, 1989). Первый шаг в этом процессе — показать клиентам, что эти идеи и установки алогичны, разъяснить, почему это так, продемонстрировать (с помощью модели А-В-С) взаимосвязь между иррациональными идеями, с одной стороны, и несчастьями и эмоциональными нарушениями, с другой. Эллис полагает, что это делается в большинстве психотерапевтических подходов; однако это делается пассивно, косвенно и дальше этого не идет.

Вторым шагом в рационально-эмотивной терапии является помощь клиентам в осознании того, что их эмоциональное нарушение поддерживается за счет алогического мышления; иначе говоря, их собственное иррациональное мышление в настоящем, а вовсе не сохраняющееся влияние ранних событий обуславливает их состояние.

Третий шаг терапевтического процесса — помочь клиентам изменить их мышление и отказаться от иррациональных идей. Если при некоторых подходах предполагается, что клиенты сделают все это самостоятельно, сторонники рационально-эмотивной терапии сознают, что алогическое мышление может быть настолько сильно, что клиенты не могут достичь изменений без помощи извне. Таким образом, терапия преимущественно состоит из оспаривания иррациональных убеждений (*disputing, D*). Предполагается, что в процессе оспаривания возникают желаемые когнитивные эффекты (*cognitive effects, cE*), эмоциональные эффекты (*emotional effects, eE*) и поведенческие эффекты (*behavioral effects, bE*).

Четвертый и заключительный шаг предполагает выход за обсуждение конкретных алогичных идей клиентов; рассматриваются иррациональные идеи в целом (такие как упомянутые выше одиннадцать) наряду с более рациональной философией жизни. В результате этого процесса клиенты усваивают рациональную философию жизни; иррациональные установки и убеждения заменяются рациональными. Таким образом, удается избавиться от негативных эмоций, а также саморазрушающего поведения (Ellis, 1962).

Кроме того, рационально-эмотивная терапия занимается проблемой самообесценивания, или низкой самооценки и ощущения собственной никчемности. Проблема человеческого достоинства возникает, когда люди оценивают себя на основании своих поступков, поведения или функционирования, которые обнаруживают их неадекватность, ошибки и неудачи. Обычный подход к этой проблеме заключается в том, чтобы помочь клиентам поверить в то, что они достойные люди просто в силу своего

существования, независимо от своего поведения или мнения окружающих. Если клиенты усваивают это убеждение, имеет смысл убедить их также в отсутствии необходимости давать себе какую бы то ни было оценку (Ellis, 1988a). Не занимаясь самооценкой, клиенты осознают себя живущими и могут по своему выбору продолжать жить и наслаждаться жизнью. Клиенты прекращают задаваться вопросами типа «кто я такой?», «достойный ли я человек?». Отныне их больше интересуют другие вопросы: «какие у меня особенности характера?», «что мне нравится и не нравится делать?», «могу ли я улучшить какие-то свои черты, приобрести новый опыт, чтобы получать от жизни максимальное удовлетворение?» Они могут оценивать свои особенности, при этом не требуется оценивать себя как хороших или плохих (Ellis, 1973, 1993).

Применение: техники терапии

Эллис утверждал, что «все эффективные психотерапевты, независимо от степени осознания своих действий, учат или вынуждают своих пациентов переосмысливать события и философию своей жизни, меняя тем самым свои нереалистичные и алогичные мысли, эмоции и поведение» (Ellis, 1962, pp. 36-37). Но далее он добавляет, что другие психотерапевты используют для этого сравнительно неэффективные и непрямые техники. Такие техники, как абреакция, катарсис, анализ сновидений, свободные ассоциации, интерпретация сопротивления и анализ переноса могут быть вполне успешными, во всяком случае они помогают клиентам увидеть нелогичность своего мышления. Однако Эллис (Ellis, 1979a) считает, что даже при максимальной эффективности все эти методы себя не оправдывают. Сами по себе взаимоотношения и экспрессивно-эмоциональные, поддерживающие, инсайт-ориентированные методы, которые используются в том числе в рационально-эмотивной терапии, это лишь предварительные техники для установления раппорта, предоставления клиентам возможности для самовыражения, демонстрации уважения к ним. Психотерапевт обеспечивает как безоценочное принятие, так и безусловное позитивное отношение к клиенту как человеку, демонстрируя, что индивид достоин уважения независимо от своего поведения.

«В связи с тем, что приходящий на терапию пациент в высшей степени расстроен, с ним необходимо обращаться предупредительно, терпимо, тепло, оказывать ему поддержку, время от времени позволяя высказывать свои чувства с помощью техник свободных ассоциаций, абреакции, ролевой игры и других экспрессивных техник, которые могут быть неотъемлемой частью эффективной терапии. Вместе с тем рациональный психотерапевт не тешит себя иллюзиями, что эти методы построения отношений и выражения эмоций реально позволяют добраться до истоков алогического мышления пациента и побудить его мыслить более рационально» (Ellis, 1962, p. 95).

Иногда этого достаточно, но чаще всего нет.

Важной техникой рационально-эмотивной терапии является обучение. После начального этапа психотерапевт проводит активное переобучение клиента. Психотерапевт показывает, что нарушения клиента коренятся в отсутствии логики, а их поддержанию способствуют алогичные внутренние вербализации.

«Пациентам следует показать, что их интернализированные высказывания в определенном смысле нелогичны и нереалистичны... Эффективный психотерапевт обязан постепенно развенчивать прошлое и в особенности настоящее алогическое мышление своего пациента, его самоуничижающие вербализации с помощью: а) привлечения к ним внимания пациента; б) демонстрации их роли в происхождении и поддержании его нарушений и несчастий; в) конкретной демонстрации признаков отсутствия логики в интернализированных фразах пациента; г) обучение пациента переосмысливанию, оспариванию и противодействию этих (и других сходных) фраз, с тем чтобы мысли стали более логичными и эффективными» (Ellis, 1962, pp. 58-59).

«Рационально-эмотивная психотерапия противодействует иррациональным представлениям человека двумя основными способами. 1) Психотерапевт выступает в роли контрпропагандиста, прямо противостоящего и отрицающего саморазрушающую пропаганду и суеверия, которые пациент изначально выучил и которые он продолжает себе внушать

сейчас. 2) Психотерапевт поощряет, убеждает и даже настаивает на том, чтобы пациент предпринял те или иные действия (например, сделал что-либо, чего он боится), что само по себе служит хорошим контраргументом против ошибочных убеждений» (Ellis, 1962, pp. 94-95).

Таким образом, рационально-эмотивный психотерапевт использует логику и рассуждение, обучение, убеждение, конфронтацию, разубеждение и предписание поведения с целью показать клиенту иррациональность его философии, продемонстрировать ее связь с эмоциональными нарушениями, изменить мышление клиента, а следовательно, и его эмоции, заменив иррациональные представления рациональными, логичными (Ellis, 1989). Кроме того, как было упомянуто ранее, психотерапевт идет дальше в обучении клиента и в качестве профилактической меры разбирает с ним основные иррациональные идеи, свойственные нашей культуре, предлагая более эффективные рациональные (Ellis & Dryden, 1987).

Таким образом, может быть использован любой метод или техника, помогающие клиенту увидеть, оспорить и изменить свои иррациональные допущения или убеждения. Клиентов могут буквально заставить «взглянуть на простые восклицательные предложения, которые они адресуют себе для пробуждения эмоций гнева и враждебности».

«Так, клиент может рассказать, например, следующее: «Жена обвинила меня в несправедливом к ней отношении, что ужасно меня разозлило, поскольку это совершеннейшая неправда, и она...». Я тут же прервал его и задал вопрос: «Что именно вас разозлило? Каким образом ложные обвинения вашей жены могли вас задеть? Вы хотели сказать, вероятно, что ваша жена несправедливо вас обвинила, а вы после этого разозлили себя, упрямо повторяя себе: 1) "Мне не нравится ее несправедливое обвинение" и 2) "Поскольку мне это не нравится, она не должна была так поступать". Не *это ли* вас расстроило, ваши собственные иррациональные убеждения, а не ее обвинение?»» (Ellis, 1973, pp. 153-154).

Рационально-эмотивный психотерапевт проявляет вербальную активность. Как утверждал Эллис:

«Я довольно много говорю, вместо того чтобы пассивно выслушивать то, что говорит мне клиент. Я без всяких сомнений, даже на первой сессии, вступаю в конфронтацию с клиентом при проявлении признаков иррационального мышления и поведения. Я активнейшим образом интерпретирую многое из того, что говорит и делает клиент, не особенно заботясь о возможном сопротивлении и защитах с его стороны. Я настойчиво пытаюсь убедить человека отказаться от твердо удерживаемых им иррациональных и непоследовательных убеждений, без тени сомнения *нападаю* на провоцирующие невроз идеи и установки, показав сначала, как и почему они существуют» (Ellis, 1973, p. 154).

Психотерапевт не только работает с конкретными иррациональными убеждениями клиента, но также знакомит его с рационально-эмотивной теорией эмоциональных нарушений, давая учебную литературу. Таким образом, складывающиеся в процессе терапии отношения сродни отношениям преподавателя и студента.

«Я сознательно не проявляю особой теплоты или человечности в отношении большинства своих клиентов, даже тех из них, кто нуждается в них и просит об этом, поскольку, как я им сразу же объясняю, их главная проблема обычно состоит в том, что они думают, что испытывают потребность быть любимыми, хотя в действительности это не так; моя задача — научить их тому, что можно прекрасно обходиться без одобрения и любви окружающих. Таким образом, я отказываюсь удовлетворять их болезненную потребность в любви» (Ellis, 1973, p. 155).

В основе рационально-эмотивной терапии лежит осознание (инсайт). Инсайты эти не совсем обычные, когда речь идет о происхождении или исторических корнях поведения клиента. Существует три вида инсайта (Ellis, 1979c). Первый заключается в признании того факта, что настоящее дисфункциональное поведение имеет предпосылки, в том числе прошлые переживания. Более важным является инсайт второго вида: понимание того, что исходные причины причиняют беспокойство лишь постольку, поскольку иррациональные убеждения клиента подпитывают и освежают их. Третий вид инсайта заключается в признании клиентом того,

«что нет иного пути преодоления эмоционального нарушения, кроме *его собственного* постоянного наблюдения и противодействия своей системе убеждений, кроме его

собственной работы над изменением своих иррациональных философских допущений с помощью вербальных и поведенческих действий по контрпропаганде» (Ellis, 1973, p. 158).

Первые два вида инсайта ничего не стоят без третьего.

Рационально-эмотивные психотерапевты, помимо прямого оспаривания убеждений, используют ряд разнообразных когнитивных, эмотивных и поведенческих техник для помощи своим клиентам (см. Walen, DiGiuseppe & Dryden, 1992). Эллис (Ellis, 1979a) составил перечень таких техник. В когнитивной сфере психотерапевты используют библиотерапию (рекомендуя клиентам читать книги по РЭТ-терапии), методы создания мысленных образов и когнитивные домашние задания (например, использование формы самопомощи РЭТ, построенной в соответствии с моделью А-В-С; см. Sichel & Ellis, 1984). В эмоциональной сфере психотерапевты используют безусловное принятие (в частности, принятие клиентов без особых условий; см. Ellis, 1991), ролевую игру, моделирование, рационально-эмотивное воображение (что дает клиентам возможность практического применения полученных во время терапии РЭТ навыков с помощью воображения), упражнения на преодоление чувства стыда (чтобы помочь людям перестать испытывать стыд). В сфере поведения психотерапевты применяют методы оперантного обусловливания, самоуправления и релаксации, а также обучение навыкам. Этими техниками их перечень отнюдь не исчерпывается.

«Говорят, что РЭТ-психотерапевты обычно склонны использовать от 40 до 50 техник... Но имеется также и целый ряд «необычных» методов, включая массаж тела или психодинамическую абреакцию; все эти методы вполне укладываются в рамки философской концепции РЭТ, однако используются они не случайным образом, а лишь в тех случаях, когда, по мнению психотерапевта, они могут оказаться полезными» (Ellis, 1979a, p. 66).

В связи с использованием широкого разнообразия техник в контексте когнитивного реструктурирования Эллис считает терапию РЭТ всеобъемлющим подходом, который затрагивает когнитивный, эмоциональный и поведенческий домены.

Продолжительность и область применения

Продолжительность. Рационально-эмотивная терапия может быть краткосрочной и длительной. Чаще всего количество индивидуальных сессий варьирует от пяти до пятидесяти (Ellis, 1989). Индивидуальная и групповая терапия могут сочетаться и часто хорошо дополняют друг друга.

Область применения. Эллис предупреждает о нежелательности завышенных ожиданий от любого метода психотерапии. Он полагает, что многие биологические процессы (которые он перечисляет) ведут к развитию и сохранению эмоционального нарушения и невротического поведения (см. Ellis, 1976). Кроме того, социальные и средовые факторы оказывают сильное влияние на впечатлительного ребенка. Таким образом, если клиенты хотят извлечь из психотерапии максимальную пользу и сохранить достигнутое, им следует усиленно работать во время лечения и после его завершения.

Хотя большинство клиентов обладают выраженными способностями к самоактуализации и восстановлению, некоторые из них, в частности лица с тяжелыми психическими расстройствами и умственно отсталые, находятся в худшем положении и не могут себе помочь. Тем не менее «все типы клиентов могут выиграть в результате применения рационально-эмотивного метода, включая индивидов с такими устойчивыми расстройствами, как гомосексуализм, психопатии, шизофренические реакции, умственная отсталость и другие синдромы, обычно устойчивые к большинству терапевтических методов» (Ellis, 1973, p. 35; ср. Ellis, 1987b). Терапия РЭТ менее эффективна для «тех клиентов, которые отказываются видеть свои проблемы или работать в процессе лечения, например для индивидов с расстройствами характера и явными психотическими реакциями». Она гораздо «более эффективна для сравнительно молодых и смысленных клиентов» (Ellis, 1973, p. 51).

Результаты терапии в значительной мере зависят от особенностей психотерапевта. «Обычно терапия РЭТ дает наилучшие результаты, когда ее проводит энергичный, активно-директивный, общительный психотерапевт, готовый рисковать и не слишком стремящийся

заслужить одобрение своих клиентов». Вместе с тем ее могут успешно применять «менее общительные психотерапевты при условии достаточной активности в оспаривании иррациональных идей своих клиентов и обучении этих клиентов более научному методу отношения к себе и миру, а также работе с их собственными предрассудками» (Ellis, 1973, p. 51).

Пример из практики

Следующий пример взят из книги «Проведение рационально-эмотивной терапии: Альберт Эллис в действии» (*Doing RET: Albert Ellis in Action*, Yankura & Dryden, 1990, pp. 102-111).

«В данном отрывке Эллис работает с женщиной средних лет, не имеющей работы и упорно избегающей ее поиска. Совершенно ясно, что эта сессия не является для клиентки первой, поскольку некоторые ее высказывания показывают знакомство с принципами Эллиса. Тем не менее очевидно, что клиентка не имеет опыта применения рационально-эмотивных концепций и техник к решению собственных проблем. Сессия начинается с того, что она обращается с необычной просьбой о помощи в преодолении избегания задачи.

Клиентка. Я перечитала «Новое руководство по разумному существованию» (*A New Guide to Rational Living*), и две главы, посвященные самодисциплине и избавлению от инертности, показались мне весьма полезными. Я занимаюсь поисками работы, и мне бы хотелось получить конкретную помощь в том, чтобы сделать первый шаг.

Эллис. Хорошо. Что же вам мешает сделать первый шаг?

К. Я боюсь!

Э. Не стоит употреблять слова «боюсь» — оно слишком неопределенное. А теперь попытайтесь дать ответ на такой вопрос: «Если я сделаю первый шаг и выйду в мир людей...», что может произойти?

К. (пауза) Ну я полагаю, все дело в отсутствии привычки. Я никогда этого не делала раньше.

Э. Это не просто привычка! Скорее всего, вы проявляете инертность из-за низкой способности выносить разочарование. Но давайте вновь вернемся к вашему «я боюсь». Чего именно вы боитесь? Забудьте на время о «привычке», мы вернемся к ней позднее.

К. Я не уверена в том, что боюсь. Я просто высказываю предположение.

Э. Зачем же тогда об этом вообще говорить? Вы должны иметь какие-то признаки, показывающие, что вы боитесь...

К. Я либо боюсь, либо думаю, что мир должен меня кормить.

Э. Давайте начнем с «боюсь». Эти два момента сильно отличаются друг от друга.

К. Ну мне когда-то довелось услышать историю о маленьком зверьке, который выглядывал из норки, потому что был голоден. Он хотел есть, но боялся выйти и в конце концов умер от голода, выглядывая из своей норки. Я словно отождествляю себя с этим зверьком, поэтому и решила, что боюсь.

Э. Думаю, вы действительно боитесь. Я не сомневаюсь в том, что имеет место и другой момент — низкая способность переносить разочарование, к которой мы потом вернемся, а теперь давайте займемся тревогой, испугом. *Что вас пугает?*

К. Наверное, я боюсь искать работу, поскольку никогда раньше этого не делала.

Э. Это не совсем так, есть тысячи вещей, которые вы никогда не делали. Представьте, что я дал вам миллион долларов и предложил играть на скачках, чего вам раньше, наверное, делать не доводилось. Испугались бы вы?

К. Конечно нет.

Э. Так. Существует множество вещей, которых вы бы не испугались, но которые, несомненно, более опасны, чем поиск работы. Так, если вы раньше не катались на лыжах, но вам бы дали кучу денег и велели прокатиться, то вы, скорее всего, пошли бы даже в том случае, если это сопряжено с реальной опасностью. Итак, вы боитесь не из-за того, что никогда этого не делали, вы боитесь чего-то конкретного. Давайте поговорим именно об этом, не уходите от этой темы! Если вы не разберетесь в причинах своего страха, вам никогда не

решить ваших проблем. Что страшного может произойти, если вы день за днем будете выходить из дома, чтобы искать работу?

(Менее чем за десять минут сессии Эллису удалось выполнить несколько важных психотерапевтических задач. Он начал разграничивать Эго-тревожность и тревогу, связанную с дискомфортом... (не произнося вслух этих терминов), и достаточно настойчиво рекомендовал клиентке исследовать свою «тревогу», прежде чем переходить к рассмотрению ее низкой способности переносить разочарование. Кроме того, он поощрил клиентку к конкретным высказываниям о своей тревоге («Не стоит употреблять слова "боюсь" — оно слишком неопределенное») и привел логичный аргумент в противовес ее представлениям о недостатке опыта поиска работы. Это вмешательство может считаться вспомогательным в рамках центрированного на глубине подхода, который Эллис использует, чтобы помочь клиентке разобраться с убеждениями, лежащими в основе ее тревоги.)

К. О, доктор Эллис! (Пауза.) Чего боится большинство людей?

Э. Мне известен ответ на этот вопрос — но давайте выясним, сумеете ли *вы* сформулировать, чего *вы* боитесь.

К. Уж не думаете ли вы, что я боюсь того, что не найду работы? Я боюсь, что меня не возьмут после первой же попытки, и я решу, что я...

Э. Что вы такая?

К. Я подумаю, что... что кто-то там решит, что устраиваться к ним на работу пришла вовсе не принцесса. А я подумаю, что я никчемная...

Э. Верно, но подумайте как следует и не говорите того, что, как вам кажется, испытывают другие люди. Обдумайте, что в действительности случится у вас внутри, *если* вы пройдете двадцать или тридцать интервью и вам везде откажут. Как вы будете себя чувствовать?

К. Думаю, я буду вести себя полностью пассивно, как большинство женщин: но это что-то новое. Но вы не согласны...

Э. Нет, это обман! Пока вы не посмотрите правде в лицо, вы не решите своих проблем! Это легкий способ уйти от ответа! Как я уже говорил, мы вернемся к этому второму моменту позднее — это другое чувство. Давайте сосредоточимся на тревоге.

К (Шепотом про себя). Почему я боюсь? Почему я боюсь обратиться по поводу работы? (Эллису) Я боюсь, что мне откажут, — но почему этого надо бояться?

Э. Поскольку... как вы будете себя чувствовать, если двадцать или тридцать раз подряд...

К. ...И я буду думать при этом: «Вот опять отказали мне, женщине средних лет»... и это чувство постепенно будет все усиливаться.

Э. Поскольку вы придете к выводу, к какому? Какой вывод вы сделаете?

К. Что никому я не нужна.

Э. И это будет?..

К. Это будет ужасно.

Э. Хорошо, а теперь скажите мне, вы убеждены в том, что это произойдет, или сказали просто так?

К. Откуда мне знать!

Э. Подумайте об этом! Вы избегаете об этом думать. Вот я, например, отлично знаю, как буду себя чувствовать получив тридцать раз отказ.

К. Конечно, я буду чрезвычайно расстроена!

Э. В чем это будет выражаться?

К. Это будет означать, что со *мною* не все в порядке!

Э. И именно это будет *ужасно*.

К. Правильно.

(С помощью конфронтации/настойчивости Эллис заставил клиентку сделать над собой усилие и исследовать собственные мысли и чувства, вместо того чтобы принять ее беспомощность или просто давать «правильные», с ее точки зрения, ответы на вопросы. Он вновь и вновь возвращает ее к теме сессии, помогая проникнуть в суть негативной самооценки, лежащей в основе ее тревоги.)

Э. Но почему вы делаете именно эти выводы?

К. Поскольку работать лучше, чем сидеть дома, и это ужасно!

Э. Нет, это недостаточно веская причина. Видите, вы не очень хорошо сосредоточились, вы никак не хотите подумать.

К. Очевидный ответ состоит в том, что мне, скорее всего, откажут по экономическим соображениям.

Э. Вот это правильно — отказ вовсе *не значит*, что с вами что-то не так! Сейчас трудные времена и свободных мест работы не так уж много.

К. Да, но знаете, я вспомнила... всю свою жизнь я ни разу сама не обратилась по поводу работы — я палец о палец не ударила! Просто сидела и ждала, когда что-нибудь произойдет.

Э. Поскольку, «если высунешься...»

К. Можно узнать, что....

Э. Что?

К. Что ничего хорошего во мне нет!

Э. Верно — «Я приду к выводу, что ничего хорошего во мне нет». Видите ли, вы не сможете установить, есть в вас что-то хорошее или нет, это практически невозможно.

К. Это никак не связано с моим возрастом, поскольку я была такой же и в девятнадцать.

Э. Понятно, но вы напомнили мне о том, что в свои семнадцать или восемнадцать я бы ни за что не стал бы искать работу, потому что боялся отказа!

К (В удивлении). Вы?

Э. Именно! Но в девятнадцать я уже начал преодолевать это, теперь же я определенно тревожусь *меньше*.

К. Меньше тревожитесь?

Э. Да, поскольку я работал над своей тревогой, а вы нет!

К. Мм...

Э. Итак, я думаю, вы правы — ваши чувства не зависят от возраста. Шансы получить отказ, вероятно, увеличились, но и это вовсе не обязательно! Многие женщины ваших лет выглядят в глазах работодателей гораздо привлекательнее молодых. (Далее следует обсуждение причин этого, которое здесь опущено.)

К. Теперь, прочитав вашу книгу, я пребываю в полной растерянности — так много всего предстоит сделать.

Э. Все идет постепенно, вы будете переходить от одной задачи к другой! Теперь же давайте поговорим о вашей тревоге: если вы будете перескакивать с одного на другое, то непременно запутаетесь, при этом возникнет искушение искать повод для оправдания. Лучше прямо взглянуть правде в глаза: вы всегда опасались оказаться отвергнутой.

К. Да, причем это распространяется абсолютно на все, в том числе на новых друзей! Я просто жду, когда все получится само собой!

Э. Верно. Ваша пассивность — не обычная *лень*, хотя нельзя отрицать некоторого сходства между ними...

К. Нет... но и лень тоже... еще в детстве я была испорченным ребенком.

Э. Это не «испорченность»! Ни в коей мере! Это отговорка.

К. Правда?

Э. Нельсон Рокфеллер, например, был испорченным!

К. Наверняка.

Э. Ему не приходилось зарабатывать себе на жизнь, однако, насколько мне известно, он никогда не сидел без дела!

К. Ну я не настаиваю на том, что была испорченной — я хочу сказать... понимаете... что меня недостаточно строго воспитывали, не вышколили...

Э. Нам с вами ничего не известно о том, что Рокфеллера муштровали. Во всяком случае, маловероятно, чтобы делали это *сильно*, поскольку воспитывали его гувернантки. Вряд ли они стали бы муштровать ребенка, владеющего десятком миллионов долларов!

(Эллис в данном отрывке начинает с вопроса, побуждающего клиентку обнаружить ошибочную природу смыслов, приписываемых переживанию отвержения. Когда же она отвечает не совсем адекватно, он быстро вмешивается и снова настаивает на том, чтобы она хорошенько подумала.)

Когда клиентка ссылается на детский опыт («испорченность»), пытаюсь оправдать свою

настоящую пассивность, Эллис вступает с ней в спор, приводя в пример Нельсона Рокфеллера. Эта его реакция чрезвычайно важна, поскольку она показывает, что «А» не обязательно влечет за собой «С», и поощряет клиентку взять ответственность за свои проблемы. Вполне возможно, что данное вмешательство достигло своей цели, поскольку клиентка меняет ход своих рассуждений.)

К. Так что же мне сказать себе, как объяснить отказы и все остальное? Не только, что касается работы, но и...

Э. А как вы *сами* себе это объясняете? Как я уже сказал, имеет смысл живо представить себе обращение по поводу работы в двадцать или тридцать мест с получением везде отказа по разным причинам.

К. Вы хотите, чтобы я представила себе это.

Э. Да.

К. А также представила себе свою реакцию?

Э. Да, какие чувства у вас возникнут и что вы будете говорить себе для их создания.

К. Вы хотите, чтобы я проделала все это прямо сейчас? Представила себе эту картину?

Э. Да, представьте себе все это и обратите внимание на то чувство, которое возникнет у вас внутри, когда вы в двадцатый раз получите отказ.

К. Я знаю, что должна идти искать работу, поэтому в последние несколько недель ощущаю тревогу и нервозность...

Э. Это и есть ваш ответ. Как вы думаете, что вы станете себе говорить, не ограничиваясь ответом, приведенным в моей книге. Скажите мне, что, по-вашему, вы будете говорить себе?

К. Я говорю себе, что собираюсь это сделать.

Э. «И если я это сделаю...»

К. Это будет ужасно, словно прыгнуть в котел с кипящей водой или что-то вроде того...

Э. Потому что?..

К. Потому что я полагаю, что получу отказ.

Э. И это будет означать?..

К. Или я представляю себе... понимаете, куча грандиозных мыслей...

Э. Минутку, давайте сначала закончим с первой мыслью: «Если я получу отказ, это будет означать...»

К. Это будет означать, что я права насчет себя.

Э. «Что я не очень-то хороша». Это вы хотите сказать?

К. Да.

(Клиентка начинает данный фрагмент, выражая свою осведомленность о желательности выработки альтернативной философии по отношению к переживанию отказа, отвержения, но вновь беспомощно вопрошает: «Так что же мне сказать себе?...» Эллис переадресует ей этот вопрос, давая возможность вскрыть текущие дисфункциональные убеждения. Его директива «живо представить себе... получение отказа по разным причинам» может считаться примером подвижности в терапии (повышение эффективности за счет использования разнообразных техник), когда он пытается убедить клиентку использовать воображение в качестве средства проникновения в суть ее иррациональных убеждений. Невербальное когнитивное содержание мысленных образов заметно отличается от вербальных интервенций, которые обычно предпочитает Эллис, расширяя спектр модальностей сессии.

После директивы об использовании воображения Эллис прибегает к серии «незаконченных предложений» (типа «И это будет означать?..») с целью подтолкнуть клиентку к свойственным ей иррациональным выводам относительно собственной ценности при получении отказа. Эта техника является излюбленным приемом Эллиса, он широко применяет ее на своих сессиях.)

Э. Хорошо, а теперь давайте на минутку обратимся к новым для вас переживаниям. Представьте себе, что вас *приняли* на работу.

К. В этом случае я, скорее всего, скажу себе, что это нестоящая работа или что-то вроде того.

Э. Что еще вы себе скажете? Представьте себе, что после нескольких интервью,

скажем, четырех или пяти, вам скажут: «Вы нам подходите, мы ищем женщину примерно ваших лет, потому что хотим, чтобы она работала у нас подольше. По-видимому, вы вполне справитесь с этой работой». Итак, вас берут. Вам предстоит выйти на работу с понедельника...

К. Да, я бы не стала возражать, потому что основные трудности уже позади. Конечно, я буду волноваться, но...

Э. Потому что?.. Подождите минутку, не торопитесь. Видите ли, вы слишком спешите. «Конечно, я буду волноваться по поводу понедельника, поскольку...»

К. Поскольку стану думать: «Я обязательно наделаю ошибок», что-то вроде этого.

Э. И это будет означать?..

К. И это будет означать, что я опять права, я растяпа!

Э. Теперь вы убедились, что попросту сами загнали себя в угол!

К. Даже если я получу работу, пусть даже не очень стоящую, вряд ли им нужна растяпа.

Э. Или: «Это хорошая работа, но я с ней не справлюсь, и я дерьмо».

К. Да...

Э. Итак, вы закрыли перед собой все лазейки. Если вы пройдете собеседование и получите отказ, значит, вы растяпа, что полностью согласуется с вашим представлением о себе начиная с девятнадцати лет: поэтому лучше ничего не пытаться делать, поскольку вы не справитесь. Если же вы получите работу, значит, это тоже докажет, что работа...

К. Они быстро убедятся в том, что со мной им не повезло.

Э. Верно. Они обнаружат, что вы некомпетентны, и это будет ужасно. А теперь, если вы еще и еще повторите эти две идеи...

К. Вторая — это то, что со мной им не повезло. А какая первая?

Э. Первая касается получения отказа, ваша непригодность обнаружится еще во время интервью.

К. Или же это выяснится уже в процессе работы.

Э. Правильно. Какой же выход при таких взглядах вы видите?

К. Никакого!

(В этом фрагменте сессии Эллис показывает клиентке, как ее низкая самооценка мешает ей как при отказе, так и при получении работы. Это может служить примером его понимания универсальности в психотерапии, где Эллис помогает клиентке увидеть множество проявлений одного вида свойственного ей иррационального мышления.)

Э. От тревоги никак не избавиться — вот в чем дело. А теперь давайте обратимся к иному варианту развития событий. Предположим, вы получили работу и хорошо с ней справляетесь.

К. Да, как ни странно, я всегда хорошо справляюсь со своей работой.

Э. Как же вы находите работу?

К. Мне кто-нибудь ее предлагает. Сама я ничего себе не нашла.

Э. Хорошо, представьте себе, что у вас есть работа и вы хорошо с ней справляетесь. Это не самая лучшая работа в мире, но и не хуже других, и вы с ней справляетесь. Будет ли у вас возникать спустя некоторое время нежелание вставать утром, чтобы идти на работу, или нечто подобное?

К. Ну так было со мной два года назад! Я работала в течение полутора лет.

Э. Чем вы занимались?

К. Была продавцом в небольшом магазине. Затем стала менеджером и неплохо справлялась со своими обязанностями.

Э. Почему же вы ушли с работы?

К. Мне надоело. Учиться вести дела было интересно, но со временем это стало... это наскучило, я достигла всего, чего на данном месте можно было достичь.

Э. Это была действительно неинтересная работа....

К. Все было хорошо, пока я училась, но спустя полтора года мне уже не к чему было стремиться.

Э. Видите, в тот момент у вас были две возможности: во-первых, подыскать новую работу, поскольку лучшее время для этого, когда уже имеешь работу, и второй вариант — открыть свой магазин, начать собственное дело.

К. Моя подруга пыталась уговорить меня это сделать, но я испугалась.

Э. Потому что?..

К. «О, я не смогу этого сделать, не смогу, и все тут; моя затея обязательно провалится...» Меня охватила паника.

Э. Понятно, но откуда взялась *эта* странная идея о неизбежности неудачи, когда вы хорошо знали, как управлять магазином. Почему это не удалось бы?

К. На самом деле я не имела ни малейшего представления о деловой стороне вопроса. Я руководила работой продавцов и отвечала за ассортимент товаров. В мои обязанности не входило общение с поставщиками.

Э. Подождали бы минутку — вот вам и выход. Понимаете, что я имею в виду?

К. Ну... мне надо было найти работу, где я бы освоила деловые вопросы.

Э. Правильно, почему же вы не сделали то, что напрашивалось само собой?

К. Потому что оказалась трусливой недотепой!

Э. Это, как вы понимаете, слишком неопределенное выражение. Говорите точнее.

К. Потому что я не была уверена, что справлюсь.

Э. Итак, вы начали работать продавцом, вскоре вас сделали менеджером, но для вас это оказалось скучным, поскольку было слишком легко. Что заставляет вас полагать, будто вы не сможете научиться оплачивать счета, закупать товар и тому подобное? Есть ли доказательства в пользу этого?

К. Нет.

Э. Тем не менее вы пришли к такому выводу.

К. Да, я так решила.

Э. И каждая ваша работа, с которой вы справлялись, рано или поздно...

К. Но я всегда полагала, как я уже говорила, что работаю тут по недоразумению и в конце концов это обнаружится.

Э. Но возьмем, к примеру, работу в магазине — в чем заключается недоразумение? Вы управляли магазином, это было несложно и быстро наскучило. Итак, где же тут недоразумение?

К. Вероятно, я не могу научиться вести финансовые дела, ведь я ничего не знаю об этом.

Э. (*С удивлением.*) ... мы с вами опять возвращаемся к тревоге! Видите ли, ваше поведение не выглядит пассивным в том смысле, что вы не желаете работать, хотя и это в определенной степени также присутствует.

К. Но не в очень большой, ведь я, знаете ли, люблю *заниматься делом*.

Э. Вы любите быть деятельной. Но как бы с *крайней* тревожностью...

К. Мне кажется, я просто разрываюсь на части! Понимаете, хочу работать и боюсь этого.

Э. В основе вашего страха лежат примерно такие рассуждения: «Мне обязательно откажут, если я попытаюсь устроиться на работу», «Даже если я ее получу, я вряд ли справлюсь», а также «Даже если я справлюсь, это никудышная работа, или у нее есть такие особенности, которые мне не по плечу».

К. Я *определенно* загнала себя в угол!

Э. Во всяком случае, вы отказались от проверки гипотезы о том, что *способны* достичь в жизни большего, чем позволяете себе, и что даже отдельные ваши неудачи вовсе не означают, что вы дерьмо.

(Здесь Эллис вновь обращается к универсальности с помощью выявления вероятности того, что трудности клиентки, связанные с работой, обусловлены ее низкой способностью переносить разочарования. Вместе с тем затрагивается тема Эго-тревожности и самооценки клиентки. В связи с этим Эллис использует повторение с целью усилить сообщение о том, что неудача не свидетельствует о никчемности человека.)

К. И как же мне этому противодействовать?

Э. Задайте себе вопрос: «Каковы признаки того, что я дерьмо?» Существует четыре вопроса для оспаривания иррациональных убеждений, которые мы предлагаем каждому...

К. Понимаю. «Что я могу сказать в подтверждение правильности этого убеждения?»

Э. Верно. «Что говорит о возможности неудачи и каковы худшие ее последствия?».

Например, вы отправились искать работу и потерпели провал, или же получили работу и не справились с ней. Что может быть худшим из возможных последствий? Но вы не идете по этому пути, не задаете себе таких вопросов и не пытаетесь отыскать правильный ответ. Вы оправдываете себя в течение всей своей жизни, отстаивая иррациональную идею о собственной никчемности.

К. А вы бы хотели, чтобы я... терпела неудачу за неудачей, получала отказы и не чувствовала себя никчемной!

Э. Вот именно! В какой бы сфере вы ни потерпели неудачу, на работе, в социальном общении или где-то еще, вы не имеете права обесценивать себя только потому, что у вас что-то не получилось, даже если это неоднократные неудачи.

К. Даже если я *в действительности не* терпела неудач в том или ином вопросе, вы хотите, чтобы я над ним работала?

Э. Понимаете, отсутствие неудач объясняется главным образом тем, что вы не ставили перед собой сложных задач. Какую самую сложную работу вам довелось выполнить за всю свою жизнь?

К. О, я работала во многих местах...

Э. Какая работа была наиболее *сложной*, где вы действительно несли ответственность и занимались разнообразной деятельностью?

К. У меня не было такой работы.

Э. Вот видите...

К. Ну я управляла баром в Чикаго.

Э. Кто владел баром?

К. Мы с мужем, но я часто вела дела, когда он бывал в отъезде.

Э. Таким образом, вы выполняли практически всю работу — закупали товар, стояли за стойкой, управляли персоналом и тому подобное. Скажите, пожалуйста, вы делали все это только потому, что были замужем?

К. Вероятно.

Э. Представим себе, что владельцем бара был бы не ваш муж...

К. У меня никогда не хватило бы смелости отправиться в Чикаго и открыть там бар! *(Смеется.)* И вы это отлично знаете! Мне необходимо, чтобы кто-то был рядом, заботился обо мне.

Э. Имел ли ваш муж опыт работы в подобных заведениях?

К. Весьма скромный. Но он принадлежал к типу людей, которые отлично справляются с такими делами.

Э. Значит, это была достаточно сложная для вас работа. Вы выполняли ее на пару с мужем, но почему-то делаете из этого ошибочные выводы: «Если рядом не будет мужчины, который ведет меня за руку, я не справлюсь».

К. Я знаю это наверняка.

Э. Это ошибочный вывод, потому что вы могли бы вернуться в Чикаго, если бы имели достаточно денег, и делать то же самое, но уже без него. Зачем он вам, если вы знаете дело?

К. Ну я не понимаю, над чем мне надо работать, над идеей о том, что я *не* потерплю неудачи?

Э. Не совсем...

К. Мне предстоит работать над идеей о том, что я могу потерпеть неудачу, получить отказ, но не стану из-за этого никчемной.

Э. Теперь правильно! Но пока вы работаете над этим, вы также можете прийти к выводу, что человек с вашим интеллектом и жизненным опытом практически никогда не проигрывает окончательно. Как я уже говорил, если вы пройдете достаточно много собеседований, вы найдете работу. Если вы смените достаточно занятий, вы непременно добьетесь успеха в некоторых из них. Но если вы и потерпите неудачу, вы все равно не станете никчемным человеком, не обесценитесь как личность. Вот над чем вам лучше поработать, и я действительно намерен над этим работать. Согласны?

К. Спасибо, и до встречи в понедельник.»

Заключение и оценка

Заключение. Рационально-эмотивная терапия исходит из того, что, несмотря на наличие мощных биологических и социальных предпосылок иррациональных проявлений, люди обладают способностью мыслить и вести себя рационально. Эмоциональное нарушение и невроз *являются* в действительности проявлениями иррационального мышления и могут быть излечены путем изменения мышления и, как следствие, эмоций и поведения человека, чтобы они стали более логичными и рациональными. Процесс психотерапии состоит в обучении клиента мыслить рационально. Если другие распространенные техники терапии, такие как рефлексия чувств, абреакция и переубеждение, могут использоваться на начальных стадиях, рационально-эмотивный психотерапевт быстро переходит к активно-директивному, дидактическому, обучающему процессу, выявляя иррациональные идеи и убеждения клиента, их взаимосвязь с эмоциональным нарушением или несчастьями клиента; побуждает клиента изменить мышление, сделать его более логичным и разумным, высказывает предложения, приводит доводы, убеждает, предписывает те или иные виды деятельности.

Задачи терапии, по мнению Эллиса, сходны с другими видами психотерапевтических вмешательств. Эллис говорит не только об устранении или минимизации тревоги, враждебности, депрессии, чувства неполноценности и неадекватности и других подобных симптомов, но также о развитии или пробуждении счастья, эффективного существования, рационального поведения, независимости, ответственности и даже самоактуализации. Основная задача терапии РЭТ — модификация мышления клиентов, превращение его из иррационального в рациональное.

Другие психотерапевты, как считает Эллис, часто переносят значительную часть или всю полноту ответственности за коррекцию иррациональных и алогичных идей и убеждений на самого клиента. Эллис этого не делает. Он признает наличие у клиентов потенциала к росту и здоровью, однако полагает, что этот потенциал настолько погребен под длительно существующими иррациональными установками, убеждениями и эмоциями, что лишь активное, прямое нападение со стороны психотерапевта способно его вскрыть. «Если не подвергать настойчивой и активной осаде остатки старых когнитивных ошибок, сильно уменьшаются шансы достичь существенных изменений» (Ellis, 1973, p. 35).

Оценка. Насколько эффективен данный подход для обучения клиентов самостоятельному мышлению? Предпринимая активные, директивные, дидактические действия по ходу лечения, рационально-эмотивный психотерапевт в действительности может лишить клиентов возможности думать и действовать самостоятельно. Таким образом, подход РЭТ может привести к возникновению зависимости от психотерапевта и помешать проявлениям самостоятельной инициативы и автономии клиентов. Во всяком случае, эти соображения следует иметь в виду. Менее активные, директивные и ориентированные на обучение психотерапевты могут возразить, что клиентам требуется время на мобилизацию потенциала роста, причем им лучше это делать самостоятельно, целесообразно принимать собственные решения, а не следовать указаниям психотерапевта по решению их проблем. Кроме того, можно отметить, что чрезмерная озабоченность многих психотерапевтов эффективностью, акцент на ускорении терапевтического процесса, желание быстро достичь результатов имеют ряд существенных недостатков и могут привести к нежелательным последствиям для клиентов (например, лишению возможности получить удовлетворение от самостоятельно принятого решения).

Можно задать Эллису и его сторонникам следующий вопрос: сколько пациентов разделяют убеждения в крайней форме, в которой он их формулирует? Могут ли иррациональные убеждения, которые выявил Эллис (Ellis, 1962, 1979b), быть экстремистскими или абсолютистскими формами действительных убеждений пациентов? Все эти вопросы вполне обоснованны и требуют внимания. Может статься, что Эллис проецирует или приписывает крайние формы убеждений своим клиентам, чтобы их оспаривать. Вольпе (Wolpe, 1978) описывает это так: «На практике... он часто, по-видимому, проецирует на пациента иррациональные убеждения, которые, как он считает, пациент должен иметь» (p. 441; ср. Wolpe, 1990). Даже если сам Эллис не согласился бы с этим утверждением, высказывание Вольпе заслуживает внимания. Возможно, сам по себе рационально-эмотивный подход

представляет собой экстремистский взгляд на людей, их проблемы и способы решения этих проблем?

Эллис соглашается с тем, что в основе эффективной психотерапии лежит изменение установок. Однако есть и другое мнение, что роль скоро установки перегружены эмоциями, прямое обращение к ним неэффективно. Голдфрид и Дэвисон (Goldfried & Davison, 1976) так прокомментировали склонность Эллиса полагаться на спор и убеждение.

«Вместо того чтобы спорить с клиентом, пытаюсь убедить его в том, что он глуп, если разделяет эти убеждения, гораздо эффективнее было бы предоставить клиенту возможность самому подыскать доказательства для опровержения этих убеждений. В социально-психологической литературе высказывается мнение, что этот метод более эффективен для изменения установок» (р. 176).

Янг в комментариях к своему диалогу с Эллисом и Локвудом (Young, 1987, р. 247) отмечает:

«Мне представляется, что чем больше вы спорите в агрессивной манере, тем большее число клиентов занимает оборонительную позицию. Они ощущают угрозу, а в результате соглашаются чаще, чем им хотелось бы. Они кивают головой и говорят: «Да, я согласен с вашей точкой зрения», однако в действительности они боятся вам возразить и объяснить причины своего несогласия. Как следствие, я ожидаю, что процент досрочного прекращения клиентами терапии будет выше при РЭТ.»

Эллис, по-видимому, несколько не обеспокоен перспективой того, что прямые нападки на клиента могут создать у него ощущение угрозы, усилить сопротивление и затруднить достижение изменений или даже сделать их невозможными. Вместе с тем есть основания полагать, что ощущение угрозы ухудшает мышление и научение. Имея это в виду, мы считаем, что лучше проявлять осторожность при использовании прямых, активных методов вмешательства, которые могут восприниматься некоторыми клиентами, если не большинством, как угроза.

Эти соображения делают актуальным привнесение в психотерапию жизненных ценностей. Несомненно, жизненные ценности проявляют себя в процессе терапии; речь идет о ценностях психотерапевта; все психотерапевты с момента определения терапевтических задач в той или иной степени директивны. Вместе с тем существуют разные степени навязывания клиенту психотерапевтом своих жизненных ценностей или философии. Что касается рационально-эмотивной психотерапии, то она довольно жестко навязывает клиентам свою философию. Эллис (Ellis, 1962) отмечал опасность, связанную с тем, что психотерапевт «может силой своего авторитета побудить пациента принять его, психотерапевта, систему убеждений» (р. 367), вместе с тем он не признает того, что именно это он и делает, хотя для профилактики наряду со своей властью использует доводы разума и логику.

Другие соображения, которые возникают при обсуждении РЭТ, касаются чрезмерного акцента на когнитивных процессах и недооценки прошлого клиентов, механизмов Эго-защиты и бессознательного. В конце концов вполне объясним тот факт, что при подходе РЭТ уделяется много внимания когнитивным процессам, поскольку сам по себе подход является когнитивным. Действительно ли при РЭТ переоцениваются когнитивные процессы и недооцениваются эмоции клиентов? Сам Эллис наверняка ответит отрицательно, хотя и над этим вопросом стоит задуматься. Представляется возможным, что терапия РЭТ, с ее преимущественным фокусированием на идеях, мыслях и убеждениях может иногда, если не всегда, недооценивать и даже игнорировать аффективные переживания клиентов. Это невнимание или игнорирование столь значимой части жизни клиентов может привести к проблемам (например, клиенты ощущают, что их не слушают и не слышат), о которых психотерапевты должны быть осведомлены.

Терапия РЭТ практически не уделяет внимания прошлому, Эго-защитам и бессознательному. Это, несомненно, можно считать ограниченностью данного подхода. Как утверждает Кори (Corey, 1992): «Мне с трудом верится, что клиенты способны достичь значимых изменений без осознания и принятия своей личной истории, без разрешения прошлых конфликтов, чтобы связанные с ними чувства не нарушали текущее функционирование» (р. 360). Таким образом, для тех, кто разделяет мнение Кори, терапия РЭТ упускает значимый компонент переживаний и существования клиентов, причем это

упущение может иметь серьезные негативные последствия для клиентов.

Вот некоторые (но далеко не все) из тех вопросов, которые возникают при обращении к РЭТ-подходу. Без всякого сомнения, терапия РЭТ имеет свои преимущества. Более того, мы сознаем, что психотерапевтам вовсе не обязательно строго следовать рекомендациям Эллиса по проведению РЭТ. Вместе с тем каждому, кто планирует заниматься РЭТ, в той или иной форме подражать Эллису, целесообразно уделить внимание перечисленным выше аспектам.

Давайте обратимся к экспериментальной оценке эффективности терапии РЭТ. Эллис утверждал, что

«рационально-эмотивный подход в психотерапии отличается не только необычайно высокой клинической эффективностью, но в настоящее время достаточно подкреплён экспериментальными фактами, доказывающими теснейшую связь между человеческими эмоциями и когнитивными процессами... Имеется достаточно клинических, экспериментальных и других свидетельств действенности рационально-эмотивной терапии» (Ellis, 1973, p. 27; ср. Ellis, 1977a).

С тех пор как Эллис написал эти слова, не было недостатка в исследованиях, посвященных РЭТ (например, см. обзоры DiGiuseppe, Miller & Trexler, 1977; Haaga & Davison, 1989a; Hollon & Beck, 1986, 1994; Lyons & Woods, 1991; McGovern & Silverman, 1986; Zettle & Hayes, 1980). Если обратиться к выводам, которые были сделаны в большинстве обзоров недавних исследований, мнение об эффективности терапии РЭТ высказывается неоднозначное. Так, Мак-Говерн и Силвермен (McGovern & Silverman, 1986) в своем обзоре 47 результатов исследований делают вывод об эффективности РЭТ; такое же мнение высказывает и группа авторов (Silverman, McCarthy & McGovern, 1992) в более позднем обзоре 89 таких исследований. В другом обзоре 70 результатов исследований Лайонс и Вудс (Lyons & Woods, 1991) приходят к таким же выводам; они утверждают, что «терапия РЭТ является эффективной формой лечения. По сравнению с исходными данными и данными контрольных групп индивиды, получавшие РЭТ, продемонстрировали значительное улучшение» (p. 368). Кроме того, Лайонс и Вудс (Lyons & Woods, 1991) добавляют следующее.

«Вероятно, пришло время прекратить ненужное и неэффективное обсуждение этой терапии. Лучше сфокусироваться на исследованиях и обзорах для выявления факторов или их комбинаций, которые вносят максимальный вклад в эффективность терапии РЭТ» (p. 368).

Другие исследователи, однако, не столь оптимистичны в отношении эффективности РЭТ. Например, Хаага и Девисон (Haaga & Davison, 1989b) в комментарии к своему обзору (Haaga & Davison, 1989a), посвященному рационально-эмотивной терапии, отмечают, что

«РЭТ или а) опирается на предварительные, неповторяющиеся исследования... б) не привносит ничего нового в более простые виды лечения, не претендующие на глубокие философские изменения... или в) действует так же, как и другие внушающие доверия виды лечения, но с меньшей информацией о механизмах действия или прогнозах характерных реакций» (p. 494).

Сравнительно недавно те же авторы (Haaga & Davison, 1991, 1993) переработали свой обзор, дополнив его современными данными, сделав при этом акцент на приведенных выше выводах.

Все эти процитированные обзоры представляют собой хорошо выполненные, недавние (или сравнительно свежие) исследования публикаций на тему РЭТ, но какой же вывод можно сделать на их основании? Вероятно, наиболее правильным будет сказать, что терапия РЭТ представляется перспективным видом лечения, которое превосходит по эффективности невмешательство или плацебо-контроль (например, Engels, Garnefski & Diekstra, 1993), во всяком случае, эта точка зрения постепенно получает все новые и новые эмпирические подтверждения, однако по-прежнему нуждается в адекватной экспериментальной проверке (ср. Haaga & Davison, 1991; Hollon & Beck, 1986, 1994). Даже наиболее оптимистично настроенные в отношении терапии РЭТ авторы признают, что посвященные этой терапии исследования страдают разнообразными методологическими погрешностями (например, отсутствием последовательного наблюдения, небольшими размерами выборки, неадекватной статистической поддержкой), которые несколько подрывают доверие к сделанным выводам. Вполне возможно, как утверждают Лайонс и Вудс (Lyons & Woods, 1991), что исследования

целесообразно сосредоточить на факторах, повышающих эффективность РЭТ. Или же, как отмечают Хаага и Дэвисон (Haaga & Davison, 1993),

«пришло время рассмотреть вопрос о том, что действенность подхода РЭТ не подлежит традиционной научной оценке... Вероятно, вместо исследований, посвященных РЭТ, будет проводиться изучение специфической тактики терапевта в конкретных обстоятельствах... Подобные исследования могут вплотную приблизиться к интересному как с клинической, так и с теоретической точек зрения вопросу о том, кому и когда показан подход РЭТ» (p. 218).

В любом случае, в настоящее время имеются противоречивые выводы об эффективности РЭТ. Для начала целесообразно уделить внимание некоторым методологическим проблемам исследований, о которых уже говорилось (Haaga & Davison, 1989a, 1989b, 1991, 1993).

Каково же будущее терапии РЭТ? На этот вопрос неоднократно давал ответы сам Эллис. Он, в частности, обозначил некоторые направления будущих исследований: дальнейшее совершенствование теории и практики РЭТ, работа по интеграции рационально-эмотивной теории с когнитивной психологией, проведение массовой терапии РЭТ (с использованием средств массовой информации; Ellis, 1987b, 1993; Ellis & Grieger, 1977b). Другие моменты, например преобразование рационально-эмотивной теории (Rorer, 1989a, 1989b), перестройка модели А-В-С (Murphy, 1991), обоснованные критические замечания по оптимизации исследований, посвященных РЭТ (Haaga & Davison, 1989b, 1993), также могут оказать влияние на будущее РЭТ (см. некоторые из этих предложений в работе Ellis, 1992).

Однако все это в перспективе. Что касается дня сегодняшнего, можно с уверенностью констатировать энергию, активность и оптимизм в лагере сторонников РЭТ. Институт рационально-эмотивной терапии продолжает оставаться основным учреждением, в котором проводится обучение РЭТ, соответствующие семинары, распространяется методическая литература. На территории США действуют дочерние учебные центры; имеется и несколько международных, в частности в Австралии, Германии, Италии и Нидерландах. Выходит журнал «*Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*», на страницах которого ведется обсуждение теоретических аспектов РЭТ, исследовательских проектов и практически применения. Кроме того, активную пропагандистскую работу проводят многочисленные сторонники рационально-эмотивного подхода (Wesslers, DiGiuseppe, Dryden). Не исключено, что самой сильной его стороной является энергия, активность и настойчивость в достижении целей и удовлетворении перечисленных выше потребностей.

Глава 8. Когнитивная терапия: Бек

Аарон Т. Бек (род. в 1921 г.) получил степень доктора медицины в Школе медицины Йельского университета в 1946 г. С 1946 по 1948 г. он проходил интернатуру и ординатуру по патологии в больнице Род-Айленда; затем он прошел ординатуру по неврологии и психиатрии в больнице Администрации ветеранов (*Cushing Veterans Administration Hospital*) во Фремингеме, штат Массачусетс. С 1954 г. Бек работает на факультете медицинской школы Университета Пенсильвании и в настоящее время занимает должность профессора психиатрии и директора Центра когнитивной терапии. Кроме того, он работал психиатром в центре Остен Ригс в Стокбридже, штат Массачусетс; консультантом Филадельфийской больницы Администрации ветеранов; членом совета директоров ассоциации психического здоровья Западной Филадельфии (*West Philadelphia Mental Health Consortium*); попечителем Американской академии психоанализа; президентом общества психотерапевтических исследований.

Бек получил диплом по психиатрии в Американском департаменте психиатрии и неврологии (*American Board of Psychiatry and Neurology*) в 1953 г., в 1958 г. закончил Филадельфийский психоаналитический институт. Бек является обладателем награды за исследования в области психиатрии от Американской психиатрической ассоциации, а также награды имени Кеттелла от Американской психологической ассоциации. В 1989 г. он удостоился награды за выдающийся научный вклад в психологию от Американской психологической ассоциации (см. *American Psychologist*, 1989, 44, pp. 458-460).

Бек является членом редакционного совета журналов *Cognitive Therapy and Research*, *Journal of Cognitive Psychotherapy*. Бек является автором многочисленных журнальных публикаций и соавтором книг *Depression: Causes and Treatment* (1972); *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders* (1976); *Cognitive Therapy of Depression* (1979; в соавторстве с Рашем, Шоу и Эмери); *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective* (1985; в соавторстве с Эмери и Гринбергом); *Love Is Never Enough* (1988); *Cognitive Therapy of Personality Disorders* (1990; в соавторстве с Фрименом и другими). Он был одним из трех психотерапевтов в серии фильмов под общим названием «Три подхода к психотерапии». Недавно в серии «Ключевые фигуры в консультировании и психотерапии» (*Key Figures in Counselling and Psychotherapy*) вышла книга, посвященная жизни Бека, его вкладу и общему влиянию на развитие психотерапии (Weishaar, 1992).

Становление и развитие

Бек, как и Эллис, прошел обучение и начал практиковать в области традиционного психоанализа. Однако вскоре он разочаровался в нем из-за сложности и абстрактности; кроме того, его собственные исследования по проверке обоснованности психоаналитических концепций не подтвердили истинности теории. Бек побуждал своих пациентов фокусировать внимание на так называемых «автоматических мыслях» (значение термина будет разъяснено позднее), что привело его к пересмотру представлений о депрессии, тревожности, фобиях и обсессивно-компульсивных неврозах как о когнитивных искажениях. Он также разработал ряд приемов, направленных на коррекцию ошибочного мышления своих пациентов с целью устранения невроза.

Вместе с тем Бека привлекло новое, бурно развивающееся направление поведенческой терапии, которую он подробно изучал и использовал. Он на собственном опыте убедился в эффективности поведенческих техник, но совсем не по тем причинам, о которых говорили сторонники поведенческой психотерапии. Эффективность этих техник, по мнению Бека, объяснялась теми изменениями установок или когниций, которые возникали у пациентов. Таким образом, Бек считал поведенческую терапию ограниченной; ее сторонники были склонны игнорировать представления пациентов о себе, о психотерапевте и самой терапии. Вместе с тем свойственный поведенческой терапии акцент на получении объективной информации о пациентах, на систематическом планировании процесса лечения, а также на количественной оценке поведенческих изменений оказал сильное влияние на Бека при разработке собственного подхода к лечению.

Помимо всего этого, были и другие предпосылки создания когнитивной терапии. Бек высоко ценил работы неопрейдистов, таких как Карен Хорни, Альфред Адлер и Гарри Стек Салливан, которые сыграли заметную роль на начальном этапе создания теории и поддерживали его в противостоянии с классическим психоанализом. По мере развития когнитивной терапии свое влияние оказали работы таких исследователей, как Джордж Келли, Ричард Лазарус, Альберт Бандура и Уолтер Мишел. В последние годы заметно возросла популярность когнитивной психологии, социальной психологии и эволюционной биологии, что сыграло определенную роль в модификации взглядов Бека на когнитивную теорию и терапию (см. Beck, 1985, 1991b).

Философия и концепции

Подход, основанный на здравом смысле

Когнитивная терапия не разделяет взглядов трех основных психотерапевтических школ: психоанализа, который считает источником расстройств бессознательное; поведенческой терапии, которая придает значение лишь очевидному поведению; традиционной нейропсихиатрии, в соответствии с которой причинами эмоциональных расстройств служат физиологические или химические нарушения. Когнитивная терапия основана на достаточно

очевидной идее о том, что представления и слова людей о себе, своих установках, убеждениях и идеалах информативны и значимы.

По мере развития люди накапливают обширный багаж информации, концепций и шаблонов для совладания с психологическими проблемами существования. Эти знания находят применение в процессе наблюдения, выдвижения и проверки гипотез, вынесения суждений — своего рода практической научной работы. Исходя из своего культурного наследия, образования и опыта, люди учатся использовать инструментарий здравого смысла: формировать и проверять истинность предчувствий, выявлять различия, рассуждать, чтобы разрешать конфликты и судить о том, насколько реалистичной является их реакция на различные ситуации.

Здравый смысл, однако, не может дать объяснений эмоциональным расстройствам. Так, мысли и поступки страдающих депрессией пациентов противоречат основному принципу человеческой природы — инстинкту выживания. Мышление таких пациентов находится под контролем ошибочных представлений о себе и окружающем мире. Бек (Beck, 1976) указывает, что предложенная им «формулировка психологических проблем в терминах неверных посылок и склонности к искаженным воображаемым переживаниям сильно отличается от общепринятых формулировок психологических расстройств» (р. 19). Когнитивная терапия не нуждается в концепции бессознательного. Психологические проблемы

«могут стать результатом обычных процессов, таких как неправильное научение, вынесение неверных суждений на основе неполной или ошибочной информации, неумение провести четкую границу между вымыслом и реальностью. Кроме того, мышление может быть нереалистичным, поскольку оно основано на ошибочных посылках; поведение может быть направлено во вред себе, поскольку основывается на неразумных установках» (Beck, 1976, pp. 19-20).

Принципы

Когнитивная модель основана на восьми принципах. Эти принципы перечисляются ниже (Beck, 1987b, pp. 150-151) с подробными комментариями.

1. Способ структурирования индивидами ситуаций определяет их поведение и чувства. Наша интерпретация событий является своеобразным ключом, чрезвычайно значимым в когнитивной терапии. Основываясь на своих интерпретациях, мы чувствуем и действуем; люди реагируют на события посредством приписываемых им смыслов (Beck, 1991a). Разные интерпретации события могут привести к различным эмоциональным реакциям на одни и те же ситуации как различных людей, так и одного и того же человека в разное время. «Идея заключается в том, что конкретный смысл события определяет эмоциональный отклик на него, что и составляет ядро когнитивной модели эмоций и эмоциональных расстройств» (Beck, 1976, p. 52).

Эмоциональные и поведенческие реакции, таким образом, не являются прямыми или автоматическими ответами на внешние стимулы. Напротив, стимулы обрабатываются и интерпретируются внутренней когнитивной системой. Значительные расхождения между внутренней системой и внешними стимулами могут привести к психологическим расстройствам. В промежутке между внешним событием и определенной реакцией на него возникают соответствующие мысли. Возникающие у пациентов мысли часто отражают негативные мысли или негативное отношение к прошлому, настоящему и будущему (Beck, 1983). Хотя пациенты обычно не сознают или игнорируют эти мысли и, как следствие, не сообщают о них, можно научить их выявлять эти мысли еще до возникновения эмоций.

Эти мысли получили название «автоматических». Автоматические мысли специфичны и дискретны, возникают в укороченном виде, не являются следствием размышлений или рассуждений, относительно автономны и произвольны, при этом пациент считает их вполне обоснованными, даже если они представляются окружающим нелепыми или противоречат очевидным фактам (Beck & Weishaar, 1989).

«Внутренние сигналы в словесной или визуальной форме (например, автоматические мысли) играют значительную роль в поведении. То, как человек инструктирует себя, хвалит и критикует, интерпретирует события и строит предположения, не только характеризует

нормальное поведение, но и проливает свет на внутренние проявления эмоциональных расстройств» (Beck, 1976, p. 37).

2. Интерпретация представляет собой активно протекающий, непрерывный процесс, который включает оценку внешней ситуации, возможностей справиться с ней, возможных выгод, рисков и затрат, связанных с различными стратегиями. Интерпретация является сложным, длительным процессом. При этом учитывается целый ряд разнообразных факторов. Мы принимаем в расчет требования внешней ситуации, какие у нас возможности справиться с ней, а также какие стратегии мы можем использовать в данном случае.

Критическая переменная в этом процессе интерпретации — это наши «частные владения» (*personal domain*), в центре которых располагается «Я» или Я-концепция. «Природа эмоциональной реакции человека, или эмоционального нарушения, зависит от того, воспринимает ли он события как обогащающие, истощающие, угрожающие или посягающие на его владения» (Beck, 1976, p. 56). **Печаль** возникает в результате ощущения утраты чего-либо ценного, то есть лишения частного владения. Ощущение или ожидание приобретения ведет к **эйфории**, или **возбуждению**. Угроза физическому или психологическому благополучию или утраты чего-либо значимого вызывают **тревогу**. **Гнев** является следствием ощущения прямого нападения, намеренного или непреднамеренного, или нарушения законов, моральных норм или стандартов данного индивида. Человек относится к нападению со всей серьезностью и фокусирует внимание скорее на незаслуженной обиде, чем на понесенном ущербе. Если представления, ведущие к появлению печали, эйфории, тревоги или гнева, сопряжены с искажением реальности, они способны привести к депрессии, мании, тревожным реакциям или параноидным состояниям.

3. Каждый индивид обладает специфической восприимчивостью и уязвимостью, что ведет к психологическому дистрессу. Все мы разные; то, что серьезно расстраивает одного, может показаться безразличным другому. Каждый из нас имеет собственные уязвимые места. Уязвимость, которая имеет тенденцию инициироваться определенными стрессорами, может привести к дистрессу.

4. Некоторые различия в индивидуальной восприимчивости, или уязвимости объясняются базовыми различиями в личностной организации. Концепции автономной личности и социотропной личности объясняют эти различия (см. Beck, 1983; Beck, Epstein & Harrison, 1983). Эти две концепции отражают новое дополнение (Haaga, Dyck & Ernst, 1991) к представлениям Бека о страдающих депрессией пациентах. Как отмечал сам Бек (Beck, 1991a, p. 370),

«пациенты, придающие большое значение автономии (собственным успехам, мобильности, личным удовольствиям), склонны к депрессии под действием «автономного стрессора», например неудачи, скованности или вынужденной подчиненности. Пациенты, более всего ценящие близость, зависимость и взаимность (социотропы), обладают повышенной чувствительностью и склонны к депрессии после «социотропных травм», например социальной депривации или отвержения» (Beck, 1983).

Таким образом, основная идея состоит в том, что личность может быть уязвима и более всего реагирует на определенные стрессоры — автономная личность откликается на *автономные* стрессоры, а социотропная — на социотропные.

5. Нормальная деятельность когнитивной организации тормозится под влиянием стресса. «Примитивная эгоцентрическая когнитивная система активизируется, когда индивид *определяет*, что под угрозой находятся его жизненные интересы» (Beck, 1987b, p. 150). Когда это *происходит*, возникают различные негативные последствия — формулируются крайние, экстремистские суждения, *возникает* проблемное мышление, нарушается способность к рассуждению и концентрации внимания.

6. Психологические синдромы, такие как депрессия и тревожные расстройства, состоят из гиперактивных схем с уникальным содержанием, характеризующих тот или иной синдром. Гиперактивные схемы представляют собой гиперактивные убеждения, негативные по тону и содержанию. Каждый психологический синдром, будь то депрессивное или личностное нарушение, имеет собственный уникальный набор характеризующих его

убеждений; каждый синдром имеет собственный когнитивный профиль (Beck, 1976; Beck et al, 1979; Beck et al, 1990). Например, мысли страдающего депрессией индивида, помимо всего прочего, вращаются вокруг утраты, мысли пациента с тревожным расстройством фокусируются на угрозе и опасности, а мысли при личностном расстройстве концентрируются на отвержении, собственных потребностях или ответственности (в зависимости от типа личностного расстройства).

7. Напряженное взаимодействие с другими людьми порождает замкнутый круг неадаптивных когниций. Поскольку стресс негативно влияет на нормальную деятельность когнитивной системы индивида и может нарушить его способность рассуждать (см. принцип 5), неудивительно, что стрессовые взаимодействия формируют порочный круг. Следующий пример (Beck, 1991a, p. 372) иллюстрирует данный принцип.

«Очевидно, психологические системы страдающего депрессией индивида продолжают взаимодействовать с таковыми других людей даже после возникновения депрессии. Так, страдающая депрессией жена может интерпретировать фрустрацию мужа от невозможности ей помочь как признак отвержения (когниции мужа: «Я ничем не могу ей помочь»; когниции жены: «Он не обращает на меня внимания, поскольку ему все равно»). Жена реагирует усилением отстраненности, что в свою очередь ведет к прекращению поддержки со стороны мужа» (Beck, 1988).

Таким образом, страдающая депрессией жена, неверно трактуя фрустрацию мужа, приписывает ей негативный смысл, продолжает негативно думать о себе и о своих отношениях с мужем, отстраняется, и, как следствие, ее неадаптивные когниции еще более усиливаются.

8. Индивид будет демонстрировать сходную соматическую реакцию на угрозу, независимо от того, физическая это угроза или символическая. Угроза может быть физической (например, физическое нападение) или символической (например, вербальное нападение). Индивид реагирует на угрозу, независимо от ее характера, определенными соматическими проявлениями. Например, наиболее вероятными реакциями на физическую и вербальную угрозу являются тревога, страх, гнев или их сочетание.

Выводы. Наряду с этими восемью принципами еще несколько факторов помогают объяснить дисфункцию с когнитивной точки зрения. К этим факторам относятся (но не обязательно ограничиваются) искаженные, нереалистичные убеждения, индивидуальная восприимчивость, тип личности данного индивида, а также наличие соответствующего стрессора (того, который способен взаимодействовать с личностью индивида и активизировать проблемные схемы). Таким образом, необходимо учитывать различные факторы, когда задаешь вопрос: «Что, с точки зрения когнитивиста, лежит в основе психологического нарушения?»

Бек (Beck, 1991a) отметил, что многие ошибочно приписывают его теории утверждение, что в основе психологических нарушений лежат когниции. Вместе с тем, говоря о депрессии, Бек (Beck, 1987a) делает следующее заявление: «Совершенно необоснованно утверждать, что "когниции вызывают депрессию". Такое утверждение сродни тому, что "галлюцинации вызывают психоз"» (p. 10). Таким образом, «девиантные когнитивные процессы внутренне присущи депрессивному расстройству, однако не являются его причиной или следствием» (p. 10). И далее: «Я полагаю, что не имеет смысла говорить о **причине** аффективных расстройств» (Beck, 1983, p. 267). Существует множество предрасполагающих и проистекающих факторов, которые вносят свой вклад в аффективное расстройство, эти факторы могут выступать в различных сочетаниях, провоцируя расстройство, причем вклад каждого из них в развитие расстройства сильно варьирует. Некоторые из этих предрасполагающих факторов включают травмы развития, соматические заболевания, неадекватные личные переживания и непродуктивные когнитивные стереотипы. А предрасполагающие факторы могут включать тяжелые внешние стрессы, хронические внешние стрессы и специфические внешние стрессы.

Ключевые концепции

Причина нарушения в соответствии с когнитивной моделью и роль когниций являются

ключевыми концепциями когнитивной терапии.

Схема. Схема может быть определена как «когнитивные образования, организующие опыт и поведение...» (Beck et al., 1990, p. 4). Они участвуют в классификации, интерпретации и навешивании ярлыков (Beck et al., 1985; Kovacs & Beck, 1978). Они позволяют нам осмыслить окружающий мир.

Такие термины, как **убеждения**, **схемы** и **правила**, используются иногда как взаимозаменяемые понятия (Beck et al., 1990). Представляется, что схема относится к «системе убеждений». Эта система строится из убеждений о людях, событиях, ситуациях или стимулах. Эти схематические убеждения существуют в условной форме, например: «Если я не одержу победу, значит, я неудачник». Так, депрессивная схема будет состоять из убеждений депрессивного типа. Чтобы облегчить себе задачу ориентирования в окружающей действительности, мы используем среди прочих когнитивные, аффективные и мотивационные схемы (Beck et al., 1990).

Закон правил. Реакции людей на многие ситуации достаточно устойчивы, что предполагает наличие некоего «свода правил». Эти правила служат человеку основой для интерпретаций, ожиданий и распоряжений в свой адрес и тем самым служат общей схемой для понимания жизненных ситуаций. Эти установки включают шаблоны и предпосылки, в соответствии с которыми люди действуют и осмысливают окружающий мир; эти установки также содержат определенные стандарты, которыми руководствуется человек при оценке собственных действий и поведения других людей. Правила являются частью социального наследия и усваиваются в процессе приобретения личного опыта и наблюдений за другими людьми. Эту концепцию иллюстрирует следующий пример (Beck, 1976).

«Как-то раз преподаватель сказал двум своим студенткам (мисс А и мисс Б), разговаривающим на посторонние темы во время семинара: «Если у вас есть что сказать, поделитесь со всеми или сидите тихо». Мисс А гневно ответила, что пыталась выяснить непонятный из объяснения преподавателя вопрос. Во время последовавшего открытого обсуждения она неоднократно выражала недовольство по поводу качества изложения учебного материала и резко критиковала точку зрения преподавателя. Мисс Б, которая обычно была активной участницей всех дискуссий на семинарах, выглядела печальной и отстраненной после замечания преподавателя и хранила молчание до конца занятия.

Столь различные реакции двух девушек можно объяснить с позиции использования ими разных правил при интерпретации ситуации и выборе стратегии поведения. Мисс А интерпретировала замечание преподавателя следующим образом: «Он пытается меня контролировать. Он обращается со мной, как с ребенком». Ее эмоциональной реакцией был гнев. Общее правило, лежащее в основе такой интерпретации: «Замечание со стороны авторитетных лиц = доминирование и унижение». Ее распоряжением в свой адрес было: «Дай ему сдачи». Правило, на котором основана эта команда, таково: «Я обязана расквитаться с людьми, которые плохо со мной обращаются».

Интерпретация мисс Б: «Он застал меня за нехорошим занятием. Теперь он не будет меня любить». Эмоции: стыд и печаль. Правило: «Замечание со стороны авторитетных лиц = слабость, вина, неполноценность. Получить замечание = вызвать неодобрение». Распоряжение в свой адрес: «Мне следует помалкивать». Правило: «Если я буду вести себя тихо, я буду менее отвратительна». И еще: «Мое молчание покажет, что я сожалею о своем отвратительном поведении»» (pp. 43-44).

Как явствует из данного примера, «правила» влияют на интерпретации, которые мы делаем, а также содержат рекомендации, как следует и не следует себя вести. Зная правила, в соответствии с которыми действует пациент, психотерапевт может лучше понять его алогичное поведение и разобраться в причинах его неадекватных эмоциональных реакций. Правила, которых придерживается пациент, могут сильно расходиться с реальностью, содержать искажения или применяться произвольно; в любом из этих случаев могут возникнуть проблемы.

Когнитивные ошибки. Расстройства мышления характерны для всех без исключения психиатрических расстройств. Всем пациентам в той или иной степени присущи искажения реальности. Ниже приведены несколько различных типов когнитивных ошибок (или искажений), которые часто допускают пациенты (Beck, 1976; Beck & Weishaar, 1989).

1. **Избирательное внимание.** Фокусирование внимание индивида на каких-либо деталях ситуации с игнорированием всех остальных ее особенностей и с соответствующими выводами. Страдающий депрессией пациент, например, может фокусироваться на негативных аспектах ситуации, отмечая ее позитивные аспекты, что ведет к негативно окрашенным выводам.

2. **Произвольные умозаключения.** Необоснованный или противоречащий фактам вывод. Например, это наблюдается, когда пациенты «предполагают худшее», не имея на то достаточных оснований (то есть в отсутствие веских доказательств вероятности наиболее неблагоприятного варианта развития событий).

3. **Сверхгенерализация.** Умозаключения, основанные на единичном эпизоде, с последующей их генерализацией. Так, страдающий депрессией пациент не справляется с конкретным заданием и делает вывод о том, что он вообще не способен справиться ни с одним заданием.

4. **Преувеличение и преуменьшение.** Противоположные оценки самого себя, ситуаций и событий. Эта ошибка проявляется, когда пациенты преувеличивают сложность ситуации, одновременно преуменьшая свои возможности с ней справиться.

5. **Персонализация.** Отношение индивида к внешним событиям или явлениям как к имеющим к нему отношение, когда этого на самом деле нет. Наиболее очевидно это проявляется у параноидных пациентов, которые часто полагают, что окружающие обсуждают их, хотя это не соответствует действительности.

6. **Дихотомическое мышление.** Речь идет о склонности пациентов думать по типу да/нет, черное/белое, при отсутствии промежуточных, серых, значений. Склонные к депрессии пациенты, например, часто считают окружающих «хорошими», а себя «дурными». Кроме того, эти когнитивные ошибки (или ложные способы переработки информации) могут привести к эмоциональным нарушениям, способствовать их поддержанию. Независимо от типа расстройства, когнитивный психотерапевт должен быть готов к проявлениям у пациента одной или нескольких из этих ошибок.

7. **Когнитивный сдвиг.** Речь идет о базовом изменении, которое происходит в мышлении пациентов. По мере формирования эмоционального расстройства у пациентов нарушается восприятие определенной информации. Например, негативный когнитивный сдвиг, происходящий при депрессии, выражается в следующем: «Происходит изменение в когнитивной организации, так что большая часть позитивной информации, касающейся индивида, отмечается (когнитивная блокада), в то время как негативная информация о себе с готовностью воспринимается» (Beck, 1991a, p. 369). Когнитивный сдвиг часто имеет место и при других расстройствах (Beck et al., 1985). Например, в случае тревожного расстройства, в фокусе оказывается «опасность», поэтому пациент приобретает повышенную восприимчивость к опасным стимулам.

8. **Когнитивный профиль.** «Каждое расстройство имеет собственную специфическую когнитивную концептуализацию и соответствующие стратегии, которые подпадают под общие принципы когнитивной терапии» (Beck, 1991a, p. 368). Иными словами, пациенты в зависимости от типа своего расстройства, депрессивного, тревожного или личностного, имеют определенные убеждения, представления о себе, окружающих, стратегии действий, характеризующие данное расстройство. Эта идея прекрасно выражена в книге Бека с соавторами (Beck et al., 1990), посвященной когнитивной терапии, в которой приведены когнитивные профили девяти различных личностных расстройств (см. Beck et al., 1990, pp. 54-55). Поскольку каждое расстройство имеет собственный характерный набор убеждений, представлений о себе, других, стратегии действий, это непременно следует учитывать при лечении. Когнитивный профиль становится основной мишенью психотерапии: «Понимание типичных убеждений и стратегий каждого... расстройства дает в руки психотерапевтов карту терапевтического маршрута» (Beck et al., 1990, p. 57). Однако наряду с этим замечанием (Beck et al., 1990), необходимо иметь в виду следующее соображение: «Большинство индивидов со специфическим... расстройством будут проявлять установки и виды поведения, пересекающиеся с другими расстройствами. Соответственно, психотерапевтам необходимо выявить эти особенности, чтобы дать полную оценку состояния пациента» (p. 57).

Выводы. Что вызывает нарушение в соответствии с когнитивной моделью? Какую роль

в действительности играют когниции? Хаага с соавторами (Haaga et al., 1991) ответили на эти вопросы применительно к депрессии: «Дисфункциональные убеждения, таким образом, считаются предрасположенностью к депрессии (см. Riskind & Rholes, 1984). До активизации их специфическими переживаниями (в частности, стрессорами, к которым у индивида имеется повышенная восприимчивость) они находятся в латентном состоянии, не оказывают прямого влияния на настроение или когнитивные процессы, при этом они могут не осознаваться» (р. 216). Таким образом, ключевые концепции включают существование проблемной схемы (построенной из дисфункциональных убеждений), находящейся в латентном состоянии, наличие личностного стиля (социотропного/автономного), уязвимость к определенным стрессорам (с переживанием одного или нескольких из них). Стрессоры эти взаимодействуют с личностным стилем индивида, проблемная схема активизируется с последующим развитием расстройства, возникает негативный когнитивный сдвиг, поддерживающий расстройство. В частности, эта последовательность относится к депрессии, однако, можно представить себе сходную последовательность для другого расстройства (например, тревожного).

Эмоциональные расстройства

«Природа эмоциональной реакции человека, или эмоционального нарушения, зависит от того, воспринимает ли он события как обогащающие, умаляющие, угрожающие или посягающие на его владения» (Beck, 1976, р. 56). Таким образом, анализируя конкретное эмоциональное расстройство, необходимо задаваться вопросом: «Какое воздействие оказано на частные владения пациента?»

Депрессия. Развитие депрессии начинается с переживания пациентом утраты. Эта утрата может быть реальной или гипотетической; в любом случае, переживание это сильно преувеличено, утрата воспринимается как необратимая и стойкая, отражающаяся на индивиде, его качествах или компетентности. Все это порождает негативную Я-концепцию, отношение к себе как к «неудачнику», никчемному человеку. Пациенты приходят к мысли, что некий дефект собственного «Я» служит причиной их неудач и, как следствие, воспринимают каждый последующий опыт с позиции своей неполноценности. Сравнения с другими людьми еще больше снижают самооценку, в результате возникает полное неприятие себя.

Негативное представление о себе ведет к негативной оценке перспектив. Взгляд пациента на жизнь окрашивается пессимизмом. Бездна приводит к утрате мотивации. Поскольку все видится в черном цвете, каждый шаг обречен на неудачу, нет смысла прилагать какие-либо усилия. Подобный пессимизм может привести к мыслям и попыткам самоубийства. Еще одной причиной озабоченности пациентов суицидальными мыслями служит их убежденность, что окружающие только выиграют, если они (пациенты) умрут. Негативные представления о себе, негативная интерпретация событий и переживаний, негативные представления о будущем составляют **когнитивную триаду депрессии** (Beck et al., 1979). Проявления депрессии, такие как инертность, усталость и возбуждение, являются следствиями негативных когниций. Другие проявления, например, расстройства сна и питания, отражают психологические симптомы, сопровождающие депрессию.

Мания. Мышление маниакальных пациентов представляет собой полную противоположность мышлению страдающих депрессией. Они склонны к восприятию «прибыли», а не «утраты» в своих частных владениях. Такие пациенты рассматривают большинство, если не все явления, события как привносящие нечто в их мир. Подобное раздувание личного домена сопровождается преувеличенно высоким мнением о себе, позитивными интерпретациями своих переживаний и радужными перспективами. В каком-то смысле мы имеем когнитивную триаду депрессии наоборот, которая сопровождается различными эмоциональными (эйфория, эмоциональная лабильность), поведенческими (повышенная двигательная активность) и физиологическими (сон, питание) нарушениями.

Тревожный невроз. Тревога не является нормальным состоянием и ведет к неврозу, когда выраженность тревоги превышает оправданную при данной угрозе или когда тревога возникает в отсутствие угрозы. Тревога — это эмоция, возникающая при активизации страха.

«Обычным для пациентов с тревожным неврозом является страх утраты контроля, что ведет к появлению чувств униженности, смущения, печали. Часто встречаются страхи: утраты

контроля над собственным организмом, как при страхе заболеть; утраты способности функционировать; невозможности достичь важных целей; причинить вред окружающим» (Beck, 1976, pp. 141-142).

Эти страхи представляются вполне обоснованными самому пациенту, мысли которого вращаются вокруг темы опасности и который не способен здраво (объективно) оценить пугающие мысли. Генерализация вызывающих тревогу стимулов приводит к тому, что практически любой стимул или ситуация могут восприниматься как угрожающие. Внимание пациента приковано к концепции опасности и сопровождающим ее стимулам (Beck, 1987b; Beck et al., 1985). Опасность сильно преувеличивается, наблюдается тенденция воспринимать события как катастрофические, воображаемые опасности приравниваются к реальным.

Фобии. Фобия представляет собой «страх ситуации, которая, по общему мнению и по оценке самого человека, когда он пребывает вне ситуации, непропорционален вероятности и выраженности того ущерба, который с этой ситуацией связан» (Beck, 1976, p. 159). Люди с фобиями боятся не ситуации как таковой, а **последствий** пребывания в этой ситуации, которую стремятся избежать для предотвращения чрезмерной тревоги. Каждая фобия характеризуется конкретным центральным страхом, который часто представляет собой набор страхов, варьирующих у разных индивидов (см. Beck et al., 1985). Агорафобические страхи вызывают беспокойство, когда индивид находится вне дома. Аэрофобические страхи включают боязнь упасть с высоты и умереть или получить травму. Человек, испытывающий страх перед эскалаторами, в действительности боится застрять и понести какой-либо ущерб. Человек, испытывающий страх перед туннелями, боится задохнуться. Человек с социальной фобией боится реакций на себя других людей. Страх последствий является когнитивным элементом, который лежит в основе фобий и объясняет их.

Параноидное состояние. Параноидное состояние характеризуется чрезмерной подозрительностью, недоверием, склонностью ставить под сомнение мотивы других людей; такие пациенты всегда настороже, они полагают, что в намерения окружающих входит причинить им какой-либо ущерб; они везде видят врагов. Такие пациенты озабочены несправедливостью, полагают, что с ними поступают не так, как следует, что их частные владения подверглись (или подвергнутся) нападению. Основной темой в их мышлении является следующая: «Я прав, он ошибается». Они склонны считать себя жертвой в чьих-то руках, причем жертвой невинной, полагают, что всегда правы.

Навязчивые мысли и действия. Навязчивыми называются повторяющиеся мысли о действиях, которые *следует*, по мнению пациентов, предпринять или которых, напротив, надо избегать. Навязчивое сомнение ведет к навязчивым действиям по ослаблению сомнений. Слово «следует» имеет чрезвычайно большое значение, указывая на проявление категоричного (абсолютистского) мышления, от которого пациент не может избавиться самостоятельно и которое, по-видимому, питает и поддерживает это нарушение.

Психозы. Под психотическими реакциями мы обычно понимаем галлюцинации, иллюзии, несообразное, странное поведение, утрату контакта с реальностью. Примерами могут служить такие заболевания, как кататоническая шизофрения или недифференцированная шизофрения. Мыслительные процессы психотических пациентов характеризуются следующими особенностями: «идеация... странная, гротескная, экстремальная..., значительное когнитивное нарушение..., персеверации... более интенсивные и менее подверженные модификации..., способность к... объективному видению ошибочных идей существенно ограничена..., степень алогичности и нереалистичности мышления... отчетливо выражена» (Beck, 1976, p. 89). Даже при такой мрачной картине можно использовать когнитивную терапию для лечения шизофрении (Ferris, 1988).

Истерические реакции. Истерия представляет собой физические дисфункции в отсутствие явного органического заболевания или физической неполноценности.

«В результате своей травмы или отождествления с комплексом симптомов другого человека истерическая личность уверена в том, что страдает физическим расстройством. Размышляя о наличии у себя этого расстройства, индивид испытывает физические ощущения — соматическое отображение (*somatic imaging*). Включается круговой механизм. Человек «расценивает» свои физические ощущения как доказательства наличия расстройства. Его убеждение в этом крепнет, а физические проявления соответственно усиливаются» (Beck,

1976, p. 211).

Психосоматические расстройства. Психосоматические расстройства включают:

«1) физиологические нарушения или структурные отклонения, при которых наблюдается сочетанное действие физиологических и конституциональных факторов для возникновения болезни... 2) первичные физические расстройства, которые усугубились за счет психологических процессов... 3) искажение ощущений или движений в отсутствие явной органической патологии или физиологических нарушений. Эта категория включает широкий спектр состояний от «соматического отображения» с истериями до соматических галлюцинаций» (Beck, 1976, pp. 189-190).

Как именно развивается психосоматическое расстройство, вместо или в дополнение к тревожному, зависит от генетических факторов.

Под действием стресса все люди склонны к гиперреакции, и эта гиперреакция чаще всего проявляется в какой-то конкретной, наиболее уязвимой физиологической системе. Таким образом, пациенты, гиперреакция у которых достигает выраженности длительного или тяжелого психосоматического расстройства, имеют много общих характеристик с пациентами, склонными к проявлениям гнева или тревоги: они воспринимают безобидные жизненные переживания как угрожающие, преувеличивая значение незначительных угроз. Сами по себе ситуации острого стресса менее важны, чем восприятие их пациентом.

Большинство пациентов с психосоматическими расстройствами вообще не подвергались каким-либо особым внешним стрессам. Однако существуют и внутренние стрессы; основным таким стрессом являются требования, которые предъявляют к себе эти пациенты. Требовательные к себе индивиды разделяют ложные когнитивные представления относительно важности и сложности стоящих перед ними задач, недооценивают свою способность с ними справиться, преувеличивают вероятность неудачи и значение ее последствий.

Выводы. При каждом расстройстве можно видеть, что частные владения пациента подвергаются тому или иному воздействию; в частности, они могут быть увеличены, убавлены или поставлены под угрозу. Как только это произошло и возникло расстройство, необходимо проводить лечение. Подход к терапии нарушений с использованием когнитивной модели является предметом обсуждения в следующем разделе.

Принципы когнитивной терапии

Когнитивная терапия наиболее подходит тем, кто обладает способностью к интроспекции и рефлексии, а также может здраво рассуждать о своей жизни за пределами проблемной сферы. Терапия фокусируется на том, чтобы помочь пациенту преодолеть слепые пятна, нечеткое восприятие, самообман и ошибочные суждения. Поскольку эмоциональные реакции, в результате которых пациент пришел к терапии, являются результатом ошибочного мышления, они ослабляются после коррекции мышления. Когнитивная терапия помогает пациентам воспользоваться методами решения проблем, которые хорошо известны им по нормальным периодам жизни. «Формула лечения довольно проста: психотерапевт помогает пациенту выявить ошибки мышления и освоить более реалистичные способы формулирования своих переживаний» (Beck, 1976, p. 20). Этот подход понятен пациентам, уже имевшим опыт исправления ошибок и коррекции заблуждений.

Некоторые объекты когнитивной терапии

Автоматические мысли. Поскольку автоматические мысли оказывают влияние на наши чувства и действия, а также в связи с тем, что они могут оказаться источником проблем, психотерапевтам необходимо научить своих клиентов выявлению автоматических мыслей. Прежде всего надо рассказать пациентам о том, что между событием и их реакцией на него возникает мысль. Как только пациенты усвоят эту концепцию, можно научить их выявлять эти вклинивающиеся мысли, например: «Что произошло после того как вы потеряли ключи от

машины, и до возникновения у вас чувства гнева? Какие мысли возникли у вас в промежутке между этими двумя событиями?» Таким образом, научившись идентифицировать свои проблемные автоматические мысли, пациенты подходят к выявлению алогичного мышления (например, восприятие катастроф; утверждения типа «следует») и искажений реальности.

Когнитивные ошибки. Поскольку пациенты склонны перерабатывать информацию ошибочно, есть смысл им это продемонстрировать. Кроме того, когда ошибочная переработка информации происходит достаточно часто и при разных обстоятельствах, тем более важно об этом знать. Таким образом, научившись выявлять когнитивные ошибки, избирательное внимание, произвольные суждения, сверхгенерализацию, преувеличение и преуменьшение, персонализацию и дихотомическое мышление, пациенты убеждаются в том, что сами ввергают себя в беду.

Правила. Как уже говорилось, правила представляют собой формулы и послышки, на основе которых мы судим о поведении других людей и окружающем мире, например: «Замечания авторитетных лиц = доминирование и унижение», а также выстраиваем стратегию собственных действий, например даем отпор воображаемым попыткам доминирования и унижения. Как показывают эти примеры, сами по себе правила могут стать источником проблем; вместе с тем они продолжают направлять наше поведение. В ходе терапии когнитивный психотерапевт стремится помочь пациентам в выявлении и изменении их неадаптивных правил.

Терапевтическое сотрудничество

Пациент и психотерапевт должны прийти к соглашению о том, над какой проблемой им предстоит работать, о целях терапии, методах достижения этих целей и продолжительности вмешательства. Акцент делается на решении проблем, а не на изменении личностных характеристик или недостатков пациента. Психотерапевт должен чутко отнестись к потребностям или желанию пациента обсудить определенные темы на каждой сессии; психотерапевт должен проявить теплоту, эмпатию и принятие.

Когнитивный психотерапевт может быть охарактеризован как «гид», «катализатор», как активный, гибкий и способный оказать поддержку (Beck, 1987b; Beck & Weishaar, 1989). Психотерапевтам рекомендуется избегать авторитарных методов, с помощью которых можно заставить пациентов, с одной стороны, слепо принять интерпретации и предложения, а с другой — оказать сопротивление. Предлагается использовать осторожный подход, метод проб и ошибок, пытаясь вовлечь пациентов в терапевтический процесс.

Терапевтические отношения наилучшим образом можно охарактеризовать как практическое сотрудничество, совместный эксперимент. Это означает, что психотерапевт и пациент сотрудничают при **проверке** ошибочного мышления и умозаключений, которые негативно влияют на текущее функционирование пациента. Эти умозаключения становятся гипотезами, которые подвергаются проверке, исследованию, тестированию реальности. Например, представим себе такую мысль пациента: «Когда я иду по улице, все на меня оборачиваются». Это несложно проверить, предложив пациенту понаблюдать, сколько в действительности людей оборачиваются ему вслед, когда он идет по улице. Таким образом, ошибочное утверждение сначала выявляется, на его основе формируется гипотеза, которая затем проверяется.

К другим важным концепциям, определяющим терапевтические отношения, относятся сократический диалог и направленное познание. **Сократический диалог** представляет собой тщательно спланированную серию вопросов с целью: «1) прояснить или определить проблемы, 2) помочь в идентификации мыслей, образов и допущений, 3) исследовать смысл событий для пациента, а также 4) оценить последствия сохранения неадаптивных мыслей и видов поведения» (Beck & Weishaar, 1989, p. 302). Такой диалог служит еще одним способом помочь пациентам проверить истинность своего мышления (то есть насколько их мышление соответствует логике). **Направленное познание** предполагает, что психотерапевт выступает в роли «гида», поощряя пациентов обращаться к фактам, оценивать вероятности, собирать информацию, подвергать все это проверке; эта техника также предполагает разработку терапевтом экспериментов, благодаря которым пациент приобретает новые умения и

взгляды, ставит под сомнение свое дисфункциональное поведение и образ мыслей. Чем бы психотерапевт ни занимался в процессе когнитивной терапии, основное место в его работе занимают правильно сформулированные вопросы (Beck & Young, 1985).

«Большинство вербальных утверждений психотерапевт формулирует в вопросительной форме. Это отражает практическую ориентацию когнитивной терапии и подчинено непосредственной задаче преобразования закрытой системы убеждений пациента в более открытую. Расспрос дает пациенту модель интроспекции, которая может быть использована также в отсутствие психотерапевта и после формального завершения лечения. С помощью задаваемых вопросов психотерапевт помогает пациенту вскрыть и модифицировать когнитивные искажения и дисфункциональные допущения» (Beck, 1987b, p. 157).

Таким образом, практическое сотрудничество, сократический диалог или направленное познание предполагают активное использование вопросов, во всяком случае психотерапевт опирается именно на эту форму высказываний.

Техники когнитивной терапии

Психотерапевт пытается прояснить искажения реальности, свойственные пациенту, его предписания себе и самообвинения, лежащие в основе дистресса, а также те правила, которые обуславливают все эти ложные сигналы в свой адрес. Психотерапевт опирается на методы решения проблем, которые ранее успешно применялись пациентами. Пациентов поощряют использовать имеющиеся у них способности к решению проблем с целью изменить подход к интерпретации переживаний и контролю действий. Когда пациенты осознают неадаптивность адресованных себе сигналов, они могут приступить к работе по их коррекции.

Распознавание неадаптивного мышления. «Термин "неадаптивные мысли" применяется к мышлению, которое нарушает способность справляться с жизненными переживаниями, что нарушает внутреннюю гармонию и вызывает неадекватные или чрезмерные болезненные эмоциональные реакции» (Beck, 1976, p. 235). Пациенты иногда не осознают полностью эти мысли, однако при поддержке и обучении вполне могут сфокусировать на них свое внимание.

Заполнение пробелов. Когда пациенты сообщают о событиях и своих эмоциональных реакциях на них, между стимулом и реакцией обычно существует пробел. Задача терапии — заполнить этот пробел. И вновь это достигается с помощью рекомендации пациенту сосредоточиться на мыслях, возникающих на фоне действия стимула и проявления реакции на него.

Дистанцирование и децентрализация. Дистанцирование предполагает процесс объективного анализа собственных мыслей. При этом неизбежно признание того, что автоматические мысли могут не отражать реальность, могут быть не вполне достоверными и могут быть неадаптивными.

Проверка правильности умозаключений. Хотя пациенты иногда способны отличить внутренние психические процессы от внешних стимулов, им все же необходимо освоить процедуры получения точных сведений. Прежде всего следует признать тот факт, что гипотеза не есть факт, а суждение не есть реальность. Опираясь на эти очевидные правила, психотерапевт помогает пациентам исследовать сделанные ими выводы, проверить их соответствие реальности.

Изменение правил. Терапия пытается заменить нереалистичные и неадаптивные правила более реалистичными и адаптивными. Правила обычно фокусируются на **опасности/безопасности** и **боли/удовольствии**. Пациенты склонны переоценивать опасности и риск, связанные с обычными ситуациями. Психосоциальные опасности служат источником большинства проблем. Страх унижения, критики, отвержения ставится под сомнение, и серьезные последствия этих потенциальных событий оспариваются. Завышенная оценка вероятности физического ущерба или смерти проверяется, что ведет к ее снижению.

Убеждения и установки могут играть роль правил. Вот некоторые правила, предрасполагающие людей к чрезмерной печали или депрессии.

1. «Чтобы быть счастливым, я должен быть успешным, популярным, богатым,

известным...»

2. «Если я допускаю ошибку, то я некомпетентен».
3. «Я не способен жить без любви».
4. «Когда люди не соглашаются со мной, это значит, что они меня не любят».

Эти правила содержат крайнее мнение и не могут быть выполнены. В когнитивной терапии психотерапевт стремится точно определить правила, которыми руководствуется пациент, выяснить, как они могут привести к проблемам, а также предложить альтернативные правила, которые пациент может пожелать принять.

Таким образом, правила часто обозначаются как «долженствования» в том или ином виде. Вот несколько наиболее распространенных.

1. «Я должен быть щедрым, великодушным, смелым...»
2. «Я должен уметь переносить трудности».
3. «Я должен уметь разрешать любые проблемы».
4. «Я должен все знать и все понимать».
5. «Я никогда не должен уставать или болеть».
6. «Я всегда должен быть максимально эффективным».

Другие когнитивные техники. Помимо уже известных когнитивных техник, описанных Беком (Beck, 1976) лет 20 назад, были разработаны новые. Вот некоторые из них:

а) шкалирование — предложение пациентам перевести свои крайние мысли в шкальные значения, что направлено против дихотомического мышления по типу или/или;

б) реатрибуция — определение ответственности за события или происшествия на основании анализа имеющихся фактов;

в) нарочитое преувеличение — необходимо взять конкретную идею или вывод и произвольно преувеличить, чтобы пациент более реалистично взглянул на происходящее и заметил проявления дисфункционального мышления;

г) декатастрофизация — помощь пациентам в противодействии мышлению в «наихудшем» направлении» (Beck et al., 1990).

Поведенческие техники. Когнитивный психотерапевт использует целый ряд поведенческих техник, в том числе домашнее задание, которое пациент выполняет вне терапевтических сессий; обучение методам релаксации; репетиции поведения и ролевые игры — предоставление пациентам возможности практиковать новые виды поведения и умений; тренинг ассертивности — обучение пациентов более уверенному поведению; контроль и планирование деятельности с использованием ежедневника чтобы определить, чем и когда занимается пациент, и соответственно с этим планировать стратегию лечения; градуированные по сложности задания — работа над выполнением заданий возрастающей сложности (от простых к более трудным), благодаря чему шансы на успех возрастают; воздействие в естественных условиях — обращение вместе с пациентом к проблемным ситуациям, наблюдение за мыслями, действиями и реакциями пациента в них, стремление помочь ему лучше справляться с реальными жизненными трудностями (Beck, 1987b; Beck et al., 1990).

Когнитивная терапия депрессии

В связи с пристальным вниманием Бека к депрессии (Beck, 1972, 1976, 1987a), а также значительными усилиями по разработке когнитивной модели депрессии (Beck et al., 1979; Naaga et al., 1991), целесообразно подробнее рассмотреть это расстройство и подходы когнитивных психотерапевтов к его лечению (см. также Hollon & Garber, 1990).

Обоснование когнитивного подхода

Депрессия включает:

а) наблюдаемое аномальное поведение или симптом, например быструю утомляемость, приступы плача, попытки самоубийства; б) лежащие в основе симптоматики мотивационные нарушения (если таковые имеются), например желание избегать

деятельности или уклоняться от жизни; в) в основе мотивации лежит система убеждений, например в тщетности стремлений, отсутствии радостей впереди, в собственной ущербности, неполноценности и обреченности» (Beck, 1976, p. 265).

Лечение может быть направлено на любую из этих трех сфер, каждая из которых представляет собой замкнутый круг. Когнитивная терапия фокусируется на установках человека, хотя при тяжелой депрессии первоочередной целью лечения обычно становится поведение (Beck et al., 1979).

Симптомы, техника и неадаптивные установки. Несмотря на то что терапевтический подход может начаться на поведенческом уровне, лежащие в основе поведения установки непременно должны быть изменены. Главной задачей, таким образом, является **КОГНИТИВНАЯ МОДИФИКАЦИЯ**. Само по себе вовлечение в виды деятельности, дающие конкретные успехи (поведенческий метод), часто помогает противодействовать дисфункциональным установкам. Вместе с тем обязательно следует использовать комплексный подход, направленный одновременно на несколько объектов.

Механика когнитивной реорганизации. Психотерапевт помогает пациенту идентифицировать иррациональные убеждения, лежащие в основе депрессии. Эти убеждения подвергаются обсуждению и пересмотру в процессе расспроса и дискуссии. С целью проверки их истинности могут быть разработаны специальные эксперименты.

Для вмешательства в проблемные сферы или «объекты» используются специальные техники. Вот некоторые из них (они были уже описаны выше).

«1. **Планирование деятельности.** Составление расписания дня с пациентами активно структурирует время, позволяя им удостовериться в своей возможности эффективно справиться с делами.

2. **Градуированные по степени сложности задания.** Успешное выполнение градуированных заданий помогает изменить представления пациентов о себе.

3. **Терапия мастерства и удовольствия.** Пациенты записывают все свои дела и помечают успешно выполненные буквой *M*, а приносящие удовольствие — буквой *У*, тем самым лучше осознавая позитивные переживания.

4. **Когнитивный пересмотр своих взглядов.** Когнитивный пересмотр своих взглядов включает выявление неадаптивных когниций и установок.

5. **Терапия поиска альтернатив.** Подыскивая альтернативные объяснения негативных переживаний, пациенты научаются видеть иррациональность своих убеждений. Рассматривая альтернативные способы разрешения психологических и ситуационных проблем, пациенты находят выходы из положений, казавшихся ранее безвыходными.

6. **Когнитивная репетиция.** Представляя себе тот или иной вид деятельности, пациенты сообщают о препятствиях и конфликтах, которые затем подвергаются обсуждению.

7. **Домашние задания.** На каждой сессии даются задания с целью противодействовать симптомам депрессии. Пациенты записывают негативные когниции в одной колонке, а рациональные реакции — в другой.»

Объекты когнитивной модификации

Бездействие, избегание и усталость. В когнитивной терапии пациенту может быть предписан тот или иной специально подобранный для него вид деятельности. Терапевт поощряет пациента высказать имеющиеся у него возражения, внимательно все выслушивает, а затем предлагает самостоятельно оценить обоснованность этих возражений. Психотерапевт обращает внимание на причины, по которым эти возражения направлены во вред пациенту, и поощряет интерес к предлагаемому виду деятельности. Смысл в том, чтобы путем эксперимента проверить обоснованность свойственных пациенту иррациональных идей; успешное выполнение задания позволит опровергнуть мнение пациента о невозможности с ним справиться.

Безнадежность и суицидальные мысли. Искусный расспрос позволяет выявить убеждения, лежащие в основе безнадежности и суицидальных тенденций. Терапия альтернатив дает пациенту понять, что существуют другие интерпретации его настоящего и

будущего, а также иные варианты поведения, отличные от текущего.

Самокритика и самообвинение. Страдающие депрессией пациенты склонны обвинять во всех своих трудностях себя. Когнитивная терапия нацелена на то, чтобы дать пациентам понять чрезмерность своей самокритики, объективно оценить ее дисфункциональность и разрушительность. С помощью расспроса и ролевой игры психотерапевт показывает пациенту искаженность и ложность его убеждений. Хороший эффект дает также обучение распознаванию и проверке обоснованности автоматических мыслей, связанных с самообвинением.

Болезненный аффект. Поощрение эмоциональной разрядки помогает снизить интенсивность неприятных эмоций. Пациенты могут ощутить симпатию к себе или направить свой гнев на других. Вызывая у пациента удивление с помощью иронии или поощряя к интересной деятельности, психотерапевт может повысить порог для печали. Кроме того, обучая пациента игнорировать неприятные чувства, также можно повысить порог для психической боли.

Терапия мастерства и удовольствия помогает пациентам осознать, что позитивных и приятных переживаний в их жизни гораздо больше, чем они думали. Рекомендую пациентам записывать события и предлагая значимым другим напоминать им о приятных событиях, психотерапевт поощряет у пациентов чувство удовлетворенности и компетентности. Это в свою очередь ведет к новым попыткам со стороны пациентов заняться решением своих проблем, а также к улучшению их представлений о себе. Особенно полезной в этом случае может оказаться программа градуированных по степени сложности заданий. Техники создания мысленных образов также помогают вспоминать и воссоздавать ранние приятные события и переживания успеха.

Преувеличение внешних требований. Страдающие депрессией пациенты часто чувствуют себя настолько обремененными повседневными проблемами, что подумывают о самоубийстве.

«В то же время при обсуждении этих проблем становится ясно, что их выраженность и значимость сильно преувеличены пациентом. С помощью рационального исследования пациент может по-новому, более объективно взглянуть на свои затруднения, наметить пути выхода из создавшегося положения. Как правило, психотерапевт помогает пациенту очертить круг своих обязанностей, наметить приоритеты и разработать адекватные стратегии поведения» (Beck, 1976, p. 300).

Вместе с тем реализация этих новых стратегий может быть затруднена или даже заблокирована вследствие мыслей, направленных во вред себе. Когнитивная репетиция помогает предотвратить возникновение подобных блоков.

Продолжительность и область применения

Продолжительность. Когнитивная терапия ограничена во времени (за исключением лечения личностных расстройств) и, как результат, связанные с завершением терапии проблемы возникают редко (например, при чрезмерной привязанности пациентов к психотерапевту, возникающей к окончанию лечения). Вместе с тем Бек и Вейшаар (Beck & Weishaar, 1989) указывают:

«Продолжительность лечения преимущественно зависит от выраженности проблем у клиента. Обычная продолжительность терапии при униполярной депрессии составляет от 15 до 25 сессий 1 раз в неделю (Beck, Rush et al., 1979). При умеренно выраженной или тяжелой депрессии с пациентами обычно проводятся две еженедельные сессии на протяжении первых 4-5 недель, а затем сессии 1 раз в неделю в течение 10-15 недель. Большинство случаев тревоги требует примерно такого же времени» (p. 304).

Область применения. Когнитивная терапия подходит далеко не каждому (Beck, 1987a). Кому же можно, а кому не следует рекомендовать этот метод лечения?

«Когнитивная терапия не рекомендуется в качестве единственного метода лечения в случаях биполярного аффективного расстройства или психотической депрессии. Кроме того, она как самостоятельный подход не используется для лечения других психозов, таких как

шизофрения... Когнитивная терапия дает наилучшие результаты с пациентами, которые способны к адекватному тестированию реальности (то есть не имеют галлюцинаций), имеют хорошую концентрацию внимания и достаточно хорошую память. Она идеально подходит тем пациентам, которые способны сфокусироваться на своих автоматических мыслях, принять роли психотерапевта и пациента, готовы переносить тревогу, неизбежную при проведении экспериментов, могут менять свои убеждения, брать на себя ответственность за свои проблемы, готовы отложить удовлетворение своих потребностей до завершения терапии... Когнитивная терапия лучше подходит психологически искушенным пациентам. Представители низших социальных слоев и психологически наивные пациенты способны достичь успехов лишь при условии предварительной подготовки к терапии» (Beck & Weishaar, 1989, pp. 306-307).

Пример из практики

Данный пример иллюстрирует некоторые особенности процесса когнитивной терапии у пациента с паническим расстройством. Описание взято из работы Бека и Гринберга (Beck & Greenberg, 1988, pp. 578-581).

«Исходное состояние

Школьная учительница начальных классов в возрасте 31 года обратилась за лечением по поводу панических приступов, которые происходили 2-3 раза в день. Она часто испытывала тревогу и приступы сердцебиения, которые считала признаками опасных для жизни состояний. Во время этих приступов наблюдалась и другая симптоматика — нарушение зрения, дрожь, тошнота, потливость, парестезии. Из-за продолжающихся приступов женщина перестала работать, водить машину, не оставалась одна дома. Она все больше зависела от своего мужа, часто проверяла собственный пульс и была озабочена своим физическим состоянием. Панические симптомы возникали «среди ясного неба» и проходили в течение 30 минут.

В прошлый раз, когда панические приступы участились, Энн (вымышленное имя) консультировалась у нескольких кардиологов, ей были назначены сердечные препараты, не давшие заметного эффекта. На самом деле Энн даже приписывала некоторые из наиболее тревожных своих симптомов побочному действию лекарственных препаратов. У нее был пролапс митрального клапана и частые мигреноподобные головные боли.

Семейные обстоятельства и провоцирующие стрессы

Обстоятельства, связанные с родительской семьей пациентки, явно провоцировали ее соматические проблемы. Послушная старшая дочь религиозных до фанатизма родителей, Энн выполняла большую часть обязанностей по ведению хозяйства и присмотру за шестью братьями и сестрами, причем один из братьев отличался делинквентным поведением. Пока мать работала в ночную смену, Энн часто подвергалась побоям со стороны властного отца.

С течением времени отношения между Энн и ее братом стали напряженными, брат не имел работы и злоупотреблял наркотиками. Несмотря на проблемное поведение брата, пациентке казалось, что мать относится к нему более тепло и сердечно, чем к самой Энн. В конце концов брат был арестован за ночную кражу со взломом. В эмоциональной сцене, последовавшей за этим инцидентом, Энн выразила свой гнев по поводу поведения брата, а мать стала его защищать и подвергла пациентку нападкам. Практически тут же у Энн возникли панические симптомы, начало развиваться состояние генерализованной тревоги.

Сессии 1-7

Во время первых сессий Энн предъявляла жалобы на целый ряд беспокоивших ее симптомов и сообщала об автоматических мыслях типа «Что, если сердцебиение начнется, когда я буду вести машину?» Выехав в город неделю назад, она испытала сильнейшую тревогу, которой сопутствовала мысль: «Что, если мне надо будет срочно вернуться домой, а я не смогу быстро выехать со стоянки?» В обоих случаях ей рисовались картины неотложного медицинского состояния.

Кроме того, пациентка сообщила о страхах неадекватного поведения на работе. Она сумела быстро распознать паттерн ожидания худшего варианта своего поведения и реакции окружающих, признала, что эти ожидания не подтвердились последующими событиями. Энн также сознавала, что постоянно испытывает потребность спешить.

На третьей сессии Энн согласилась глубоко подышать в течение двух минут. Ее физическая и эмоциональная реакция на эту процедуру оказалась чрезвычайно сильной — эксперимент был прерван потоком слез. Она описала свои переживания следующим образом: «Сердце замирает. Кружится голова, меня тошнит, возникает ощущение нереальности происходящего. Я не испытываю особой тревоги. Мне немного страшно. Совсем чуть-чуть. Ладони вспотели. Во рту пересохло. Я ощущаю несильную дрожь. Мне кажется, что я не могу задержать дыхание... Про сердце я даже не думаю. Надеюсь, оно бьется не слишком сильно. Здесь я ощущаю себя в безопасности».

Таким образом, эта процедура вызвала у Энн страх потенциально опасного заболевания сердца; автоматические мысли также свидетельствуют о том, насколько опасными представляются симптомы, учитывая данные обстоятельства. Энн пришла к выводу, что углубленное дыхание могло быть одной из причин ее симптоматики и что регуляция дыхания может оказаться полезной.

На следующей сессии Энн заметила, что при возникновении тревоги она задерживает дыхание. Ей помогло медленное, равномерное дыхание. Далее она реализовала идею ходьбы взад-вперед во время различных видов деятельности и с удовлетворением обнаружила, что эта тактика прекрасно себя оправдала. Вместе с тем Энн приходилось каждую неделю встречаться с завучем, который каждую неделю увеличивал ей рабочую нагрузку без материальной компенсации.

Вот какие базовые допущения при этом обнаружились: «Я не считаю себя импульсивным человеком оттого, что не хочу делать того, чего от меня ждут. Предполагается, что вы должны все делать, не имея возможности отказаться». В качестве домашнего задания Энн составила список своих дел за неделю, чтобы судить о **возможности** без проблем расширить круг своих обязанностей. К началу следующей сессии «факты» убедили Энн в том, что у нее не остается времени на дополнительную работу; таким образом, отказ завучу объясняется вовсе не ее «импульсивностью», а оценкой приоритетов.

На четвертой сессии было использовано направленное создание мысленных образов с целью уменьшить страх пребывания в общественных местах, откуда трудно выбраться. Энн представила себя в крупном универмаге, в то время как ее машина заблокирована на стоянке. В своем первоначальном мысленном образе она увидела себя, судорожно пытающуюся сделать вдох, лишенную возможности добраться до машины и наконец падающую в обморок в отсутствие медицинской помощи. Когда ей было предложено представить себе иную картину, Энн вообразила, что самостоятельно справляется со своими симптомами, пока они не проходят окончательно, и сознавала, что спасатели наверняка были бы вызваны, если бы ситуация того действительно требовала.

Одновременно Энн обучали проверке автоматических мыслей, связанных с опасностью для ее здоровья («Что если у меня высокое давление?» «Если эта тревога сохранится, мое сердце не выдержит») и ее способностью справиться с работой («Мне это не по силам!», «Что если что-то пойдет не так?»). К шестой сессии она уже была способна самостоятельно реагировать на подобные мысли. Днем Энн чувствовала себя лучше, а ночью «выбивалась из колеи».

В течение следующей недели Энн стала бояться симптомов, которые возникли при употреблении вина. Эта симптоматика коренилась, вероятно, в церковном запрещении спиртного. У Энн появились видоизмененные признаки тревоги в связи с нарушением этого запрета, проявляющиеся как опасная реакция на сам алкоголь. Вместе с тем ей удалось справиться с учащенным сердцебиением, от которого она проснулась ночью, благодаря медленному дыханию и напоминанию себе о том, что эти симптомы всегда проходят. Энн с удовлетворением обнаружила, что отчасти контролирует свои симптомы и страхи.

Сессии 8-12

Семейные проблемы Энн вышли на передний план во время седьмой сессии.

Пациентка выразила опасение по поводу того, что будет вынуждена нести ответственность за своего беспомощного, беспокойного брата, когда родители состарятся, если им не удастся заставить его исправиться. По-видимому, имело место допущение «Если другие не справляются, ответственность ложится на меня». В ретроспективе так было в школьные годы. Это допущение отчасти объясняет ее гнев на мать: «Мне приходится брать на себя эту нагрузку, потому что ты отказываешься от нее». Энн припомнила, что давно уже злилась на мать, пренебрегающую своими обязанностями: «Почему ты не защитила меня от отца?»

Вскоре удалось сформулировать два взаимосвязанных допущения: «Если я не позабочусь о делах и не сделаю их как следует, произойдет катастрофа», а также: «Дел, которые надо делать, гораздо больше, чем я могу переделать». Навещая своих родных, что она избегала делать с начала болезни, Энн ловила себя на автоматических мыслях типа: «Неприменно произойдет какая-нибудь неприятность. Мне надо будет все исправить». Эти убеждения можно было проследить с детства, поскольку уже тогда предполагалось, что она должна справляться с потенциально опасными ситуациями, выходящими за пределы ее компетенции. В памяти сохранился случай, когда она предотвратила попытку самоубийства своей сестры, в то время как мать была занята шитьем.

За время терапии Энн помогли заново оценить вероятность того, что сама она или ее родители **могли бы** исправить брата. Она пришла к пониманию своей возможности преуспеть в любом **разумном** деле, касающемся лично ее, но от затеи попытаться изменить брата целесообразно отказаться: «Я понимаю, что некоторые вещи не в моей власти».

Во время терапии обсуждению были также подвергнуты страхи и гнев на мать: «Вероятно, я сама заслужила такое обращение». Для объяснения поведения матери была предложена альтернативная гипотеза. Мать вовсе не думала обижать Энн, она, вероятно, чувствовала, что должна извиниться перед успешной дочерью за ее брата-неудачника.

Энн было предложено «собрать данные» для проверки выдвинутой гипотезы, для чего следовало спокойно и уверенно поговорить с матерью, предварительно отрепетировав свою роль на сессиях («когнитивные репетиции»). В результате Энн обнаружила, что мать относится к ней гораздо лучше, чем она себе представляла. Позднее Энн сообщила, что научилась «быть смелее» и пыталась своевременно выражать чувства и разрешать проблемы.

На последующих сессиях ранние уроки были закреплены. Короткий эпизод «необычных ощущений» напомнил Энн о периоде расцвета симптоматики и вызвал страх возврата к старому. Кроме того, ее выбивала из колеи мысль, что гнев на родителей означал нежелание их «читать». В обоих случаях, как выяснила Энн, причиной этого было «мышление все-или-ничего»: некоторое беспокойство вовсе не является предвестником выраженной тревоги, а проявления гнева не были признаком полного неуважения.»

Заключение и оценка

Заключение. Когнитивная терапия основана на очевидной идее о том, что слова и мысли людей имеют большое значение. Вместе с тем параллельно сознательным возникают также мысли, которые не осознаются. Так называемые автоматические мысли состоят из идей, которые представляются другим людям иррациональными, однако, самому человеку кажутся вполне обоснованными, а также правил и законов, в соответствии с которыми человек судит о своих поступках и планирует стратегии поведения. Эти правила могут привести к неадаптивным действиям.

Люди реагируют на события исходя из того смысла, который они им приписывают; события интерпретируются в зависимости от их влияния на «Я» индивида, или его «частные владения». Результатом тех или иных интерпретаций становятся различные эмоции. Интерпретации, содержащие искажение реальности, ведут к эмоциональным расстройствам, в действительности являющимся расстройствами мышления; расстроенное мышление включает персонализацию событий, поляризацию мыслей, применение правил в безусловной, абсолютистской манере. Когнитивная терапия пытается ослабить эмоциональные расстройства за счет коррекции ложных интерпретаций реальности и ошибочных суждений.

Психотерапевт и пациент устанавливают отношения сотрудничества с преимущественным вниманием к разрешению проблем, а не исправлению личностных недостатков.

С течением времени когнитивная терапия и ее применение к различным психопатологическим состояниям заметно конкретизировались. Бек с коллегами разработали подходы к терапии не только депрессии, но и других расстройств, продемонстрировав эффективность когнитивной терапии, в частности при тревожных и фобических расстройствах, а также при личностных расстройствах (Beck et al., 1985; 1990). Благодаря когнитивной модели мы познакомились с такими концепциями, как «негативная триада», «когнитивный сдвиг», «автоматические мысли» и «практическое сотрудничество». Эти концепции отражают истинно когнитивную направленность предложенной Бекем терапии с ее сосредоточением на проверке гипотез, постановке экспериментов и разработке тестов, благодаря которым можно оценить дисфункциональное мышление пациентов.

Оценка. Когнитивная модель имеет целый ряд преимуществ, которые, на наш взгляд, заслуживают упоминания. Очевидна ценность помощи пациентам в проверке мышления, «исследовании самих себя» и постепенном изменении. Несомненную ценность представляет концепция когнитивного профиля (который различается в зависимости от расстройства) и практического сотрудничества. Кроме того, мы полагаем, что достойны одобрения усилия когнитивных психотерапевтов по проверке истинности своей теории и терапии (с помощью научных экспериментов); только за прошлое десятилетие было проведено множество исследований, посвященных когнитивной модели (например, Naaga et al., 1991; Hollon & Beck, 1994).

Несомненно, когнитивная модель обладает многими сильными сторонами. Однако наряду с этим некоторые моменты являются спорными. Далее речь пойдет о некоторых из них: недостаточное внимание к эмоциям, личной истории, к другим, кроме расспроса, методам, а также ограничениям рассуждений в изменении поведения. Затем мы рассмотрим направления исследования и перспективы когнитивной терапии.

Какова роль аффекта в когнитивной терапии? В работах Бека неоднократно упоминаются когнитивные и поведенческие техники, но практически ничего не говорится об аффективных техниках. Представляется, что Бек отошел от чисто когнитивного подхода и стал использовать ряд других, в том числе поведенческих техник, однако, вероятно, не включил в свой подход методы работы с аффективными проявлениями. Из этого следует, что роль психотерапевта заключается в изменении аффекта за счет когнитивных и поведенческих техник, а не использовании собственно аффекта для индукции изменений. Вместе с тем, аффективные проявления пациента представляют собой первичную сферу опыта и могли бы значительно облегчить и обогатить процесс лечения (см. Greenberg & Safran, 1987). Аффективные проявления пациентов, пусть даже дисфункциональные, помогают составить более полное представление о психопатологии и о том, какую стратегию лечения целесообразно предпочесть. Таким образом, одной из слабых сторон когнитивной терапии может считаться игнорирование аффекта.

Как и аффекту, личной истории пациента также уделяется явно недостаточное внимание в когнитивной терапии. Действительно ли прошлое пациента не имеет значения? Действительно ли оно не имеет отголосков в настоящем? По нашему мнению, когнитивный психотерапевт ответил бы на эти вопросы так: «Да, прошлое проявляет себя в настоящем, однако нет необходимости интенсивно исследовать прошлое, чтобы вызвать терапевтические изменения сейчас». Возможно, так оно и есть, однако для некоторых пациентов важно, чтобы их прошлому уделили некоторое внимание (например, если пациент сообщает о сильных привязанностях и их влиянии). Исследование прошлых взаимоотношений, обид, ран, а не замалчивание их дает пациентам возможность разрешить неразрешенные вопросы, преодолеть их и двигаться дальше. За некоторым исключением (в частности, супружеские проблемы, злоупотребления и личностные расстройства; Beck et al., 1990; «Controversies in Cognitive Therapy», 1993), по всей видимости, когнитивная терапия такой возможности не предоставляет.

А как быть с увлечением вопросами при проведении когнитивной терапии? В работе Хилла (Hill, 1986) показано, что существует множество вариантов реакции (например, рефлексия, интерпретация, новая формулировка), к которым могут прибегнуть

психотерапевты. Однако когнитивный психотерапевт, видимо, склонен полагаться преимущественно на один из них: расспрос. Такое чрезмерное увлечение вопросами неизбежно обедняет терапевтическое взаимодействие. Конечно, с помощью вопросов психотерапевт может оценить мышление пациента, однако неясно, какой еще цели вопросы могут служить. Этот момент следует иметь в виду. Остается надежда на то, что сами пациенты усвоят этот процесс, имеющий место при когнитивной терапии. Но всегда ли это происходит? Действительно ли пациенты включают обмен вопросами и ответами в разрешение будущих проблем? В какой мере злоупотребление вопросами ограничивает масштабы терапии и тем самым замедляет ее продвижение? Насколько обучение пациентов умению задавать себе вопросы мешает им справляться с проблемами, не укладывающимися в рамки стратегии вопрос—ответ? Все эти соображения, на наш взгляд, заслуживают внимания, когда речь идет о когнитивной модели и ее терапевтическом использовании. Без вопросов в терапии не обойтись (например, при сборе информации), однако это отнюдь не самая совершенная из всех техник.

Сосредоточение на когнициях и рассуждениях в ущерб эмоциям и аффекту представляет собой серьезный недостаток. Сомнительно, чтобы рассуждения сами по себе могли быть причиной имеющихся у пациентов расстройств. Действительно, другие элементы также присутствуют в терапии Бека. Конечно же, Бек устанавливает со своими пациентами отношения, которые выходят за рамки рассуждения, убеждения и обучения. Он, несомненно, проявляет заботу и внимание. При оценке когнитивной терапии необходимо принимать в расчет влияние взаимоотношений между психотерапевтом и пациентом. Кроме того, эмоциональные расстройства не поддаются объяснению с точки зрения здравого смысла. В частности, мысли и поступки страдающих депрессией пациентов противоречат базовым принципам человеческой природы, а именно инстинкту самосохранения.

Давайте обратимся к результатам исследований. Какие факты говорят за и против когнитивной терапии? Несомненно, сам Бек и его последователи были и являются активными исследователями своего подхода (Alford & Norcross, 1991). Результаты исследований, посвященных когнитивной теории и терапии, обобщены и подвергнуты критике в многочисленных публикациях (например, Beck, 1976, 1983, 1991; Beck et al., 1985, 1990; Dobson, 1989; Naaga et al., 1991; Hollon & Beck, 1986, 1994; Hollon & Najavits, 1988).

Терапевтический подход Бека, по-видимому, наилучшим образом проявляет себя при депрессии. Целый ряд исследований показали эффективность когнитивной терапии при этом расстройстве (Dobson, 1989). В своем обзоре Холлон и Наджавиц (Hollon & Najavits, 1988) сделали следующий вывод.

«Когнитивная терапия Бека при депрессии является столь же эффективной, как и другие подходы, при лечении острых случаев и более эффективной в плане профилактики рецидивов. Вместе с тем не многое известно о находящихся в стационарах пациентах, страдающих психозами или биполярной депрессией. Пока имеется мало свидетельств в пользу их различной реакции. Проводится работа по определению активных компонентов, ведущих к изменению, а также механизмов, опосредующих это изменение, однако, на сегодняшний день эта работа еще не завершена» (р. 658).

Эта оценка, данная несколько лет назад, во многом верна и сейчас (Hollon & Beck, 1994; Hollon, Shelton & Davis, 1993).

Исследования когнитивной модели или теории депрессии дают противоречивые результаты. Например, группа авторов (Naaga et al, 1991) в своем всеобъемлющем обзоре нашла подтверждение следующих гипотез теории Бека: негативности, депрессивной триады, универсальности и специфичности, не считая других. Вместе с тем они не обнаружили доказательств в пользу таких гипотез, как автоматизм, исключительность и необходимость; более того, практически не удалось найти «подтверждение (каузальным) гипотезам когнитивной теории...» (р. 231; в частности, причинной последовательности возникновения депрессии, предложенной Беком). Неясно, какое значение могут иметь эти выводы для когнитивной терапии депрессии. Однако со всей определенностью можно утверждать, что когнитивная модель депрессии, по-видимому, влияющая на проведение когнитивного лечения, имеет достаточную эмпирическую поддержку в некоторых своих аспектах, вообще не имеет поддержки в других аспектах и, во всяком случае, явно выиграла бы от теоретического

пересмотра.

Если не считать депрессию, насколько эффективной оказывается когнитивная терапия при других расстройствах? Был выполнен ряд исследований, посвященных когнитивной терапии других расстройств, и в некоторых случаях получены обнадеживающие результаты. Это, в частности, касается некоторых тревожных расстройств (Chambless & Gillis, 1993), а также нарушений пищевого поведения (Wilson & Fairburn, 1993). Вместе с тем, отмечают Робинс и Хейес (Robins & Hayes, 1993), «предстоит еще большая работа по реализации последних достижений КТ (когнитивной терапии) на практике» (р. 212).

Чрезвычайно важным представляется выявление механизмов изменения при когнитивной терапии. Могут ли эффекты когнитивного лечения в действительности обуславливаться так называемыми неспецифическими факторами (например, вниманием, интересом и заботливым отношением к пациенту со стороны психотерапевта)? Или же изменения происходят вследствие задавания вопросов и проверки гипотез как основных компонентов когнитивной терапии? Эти аспекты требуют дальнейшего изучения. Заслуживают внимания также и другие вопросы, поднятые Добсоном (Dobson, 1989; например, в какой мере удастся когнитивным терапевтам достичь изменений в когнитивных искажениях или вызывающих депрессию убеждениях?) и другими исследователями (Chambless & Gillis, 1993; Hollon et al., 1993); Wilson & Fairburn, 1993). Если мы хотим составить более полное представление о когнитивной терапии, необходимо дать ответы на поднятые исследователями вопросы (ср. Whisman, 1993).

В заключение: каким видится будущее когнитивной терапии? В своих недавно опубликованных работах Бек (Beck, 1991a, 1991b, 1993; Beck & Naaga, 1992) упомянул следующее: 1) когнитивная модель будет еще более тесно связана с новыми концепциями, возникающими в социальной и когнитивной психологии; 2) в когнитивную терапию будут включены элементы других подходов (например, эмоциональное реструктурирование) и теорий (например, межличностной); 3) когнитивная терапия будет полнее учитывать достижения базовой психологии и смежных наук; 4) будут продолжены исследования, посвященные проверке эффективности когнитивной терапии при различных расстройствах. Если все это действительно произойдет, когнитивная терапия станет более жизнеспособной; в частности, удастся включить в сферу ее внимания аффект, создать более основательную теоретическую базу для когнитивного лечения, а также более солидную исследовательскую базу, на которой будет основана практическая работа терапевтов. Давайте заглянем в будущее. Как заявил Бек (Beck, 1991a), «когнитивная терапия... продемонстрировала свою возможность идти своим путем. Как далеко она пойдет, покажет будущее» (р. 374).

Глава 9. Когнитивная модификация поведения: Мейхенбаум

Дональд Герберт Мейхенбаум (род. в 1940 г.) родился и получил образование в Нью-Йорке. Он получил степень бакалавра в Сити-колледже в 1962 г. Затем в 1963 г. он поступил в Университет Иллинойса в городе Урбана-Чемпейн, где получил степень магистра в 1965 г. и степень доктора философии по клинической психологии в 1966 г. В период 1965-1966 гг. он работал в государственной службе здравоохранения. В 1966 г. был назначен доцентом психологии в канадском университете Ватерлоо в Онтарио, а с 1970 г. и по настоящий день работает там же профессором.

Мейхенбаум является членом Американской психологической ассоциации, Канадской психологической ассоциации, а также Общества исследований в сфере развития ребенка (*Society for Research in Child Development*). Он является автором книг «Правила стимулирующего лечения: практическое руководство» (*Facilitating Treatment Adherence: A Practitioner's Guide*, 1987; совместно с D. Turk), «Снижение и предотвращение стресса» (*Stress Reduction and Prevention*, 1983; совместно с M. Jaremko), «Боль и поведенческая медицина» (*Pain and Behavioral Medicine*, 1983; совместно с D. Turk & M. Genest), «Когнитивная модификация поведения» (*Cognitive-Behavior Modification*, 1974), «Прививка против стресса» (*Stress Inoculation Education*, 1985), а также «Когнитивная модификация поведения: интегративный подход» (*Cognitive-Behavior Modification: An Integrative Approach*, 1977), из

которых заимствована информация для данной главы. Он был соредактором книги «Пересмотр бессознательного» (*The Unconscious Reconsidered*, 1984; совместно с К. Bowers). Кроме того, Мейхенбаум входит в редакционные советы журнала *Cognitive Therapy and Research* и журнала *Journal of Cognitive Psychotherapy*. Он был одним из трех психотерапевтов в серии фильмов под общим названием «Три подхода к психотерапии», и является обладателем награды имени Исаака Киллама от Канадского совета.

Становление и развитие

Мейхенбаум основывается на опыте, полученном во время докторантуры в Университете Иллинойса, когда был проведен ряд исследований, положивших начало когнитивно-поведенческому подходу к модификации поведения и психотерапии (или когнитивной модификации поведения). Его работа включала обучение госпитализированных пациентов с шизофренией ведению «здоровой беседы» (*healthy talk*) с помощью процедур оперантного обусловливания. Он обнаружил, что некоторые пациенты, с которыми проводились проспективные беседы с целью оценки эффективности лечения, вслух повторяли себе инструкцию, полученную во время эксперимента: «Говори нормально; веди себя адекватно, выражайся четко и ясно», давая себе таким образом спонтанные наставления.

Следует отметить, что использование экспериментальных инструкций является отходом от строгой процедуры оперантного обусловливания, благодаря чему в процесс лечения вводится когнитивный элемент. Примерно в то же время, когда Мейхенбаум занимался своими исследованиями, произошел случай, о котором сообщил Уильям Гильберт, директор Консультативного центра при университете Иллинойса. Студент-психолог, работавший в психиатрической клинике, решил заняться устранением неприятной манеры поведения у одного из пациентов (он показывал язык врачам и медсестрам) с помощью метода авersiveного обусловливания. После нескольких бесед пациент сообразил, чего ждет от него студент, и заявил: «Послушайте, доктор, если вы не хотите, чтобы я показывал язык, попросите меня об этом, и я с радостью исполню вашу просьбу» (Gilbert, 1968). Действовал ли Мейхенбаум под впечатлением от этого случая, остается неизвестным, однако сам по себе этот случай показывает влияние когнитивных факторов на изменение поведения.

Мейхенбаум, исходя из собственного клинического опыта, решил проверить, нельзя ли пациентам, страдающим шизофренией и другими расстройствами, научить вести внутренние беседы так, чтобы эти беседы вели к изменениям в их поведении. Он занялся исследованиями роли когнитивных факторов в модификации поведения. Он сосредоточил усилия на внутренней речи, или внутреннем диалоге, пытаясь его изменить, а также на мысленных образах, в надежде выяснить, действительно ли эти изменения ведут к изменениям в мышлении, чувствах и поведении. Кроме того, Мейхенбаум приступил к теоретическому обоснованию действия этих факторов на изменение поведения. Полученные им результаты представлены в виде промежуточного отчета, а не в виде законченной теории и практики.

Основываясь на данных о том, что собственная речь, внутренняя и внешняя, влияет на поведение детей, Мейхенбаум исследовал использование обучения самоинструкциям для гиперактивных, импульсивных детей. В лабораторных экспериментах было установлено, что импульсивные дети хуже контролируют невербальное поведение с помощью слов по сравнению с рефлексивными детьми; кроме того, импульсивные дети иначе используют собственную речь в естественных игровых ситуациях, им недостает слов для общения и саморегуляции. Импульсивные дети «не анализируют привычно и спонтанно свой опыт в когнитивно опосредованных терминах (как вербально, так и мысленно), а также... не формулируют и не интернализуют правила, которыми могли бы руководствоваться в новых ситуациях, связанных с научением» (Meichenbaum, 1974, p. 30). Поэтому Мейхенбаум разработал программу обучения гиперактивных, импульсивных детей иначе вести внутренний диалог, чтобы лучше справляться со сложными заданиями, спонтанно вырабатывать вербальные стратегии и медиаторы, а также использовать эти медиаторы для наблюдения,

руководства и контроля за своим поведением.

Мейхенбаум с сотрудниками добился определенных успехов в изменении поведения импульсивных, гиперактивных и агрессивных детей с помощью учебной программы, в соответствии с которой экспериментатор моделирует виды поведения и самоинструкции, а ребенок повторяет их. Оказалось, что добавление самообучения к оперантным процедурам улучшило результаты, получаемые от одних только оперантных процедур. Вместе с тем внешнее подкрепление было неэффективно у тех детей, которые объясняли достигнутые результаты везением или случаем, а не собственными усилиями. Обучение самоинструкциям оказалось эффективным средством помочь детям увидеть причину происходящего не в удаче или отсутствии способностей, а в прилагаемых усилиях. Мейхенбаум пришел к выводу о том, что обучение самоинструкциям способствует изменению когнитивного и атрибутивного стилей у детей, предупредив, однако, что эффективность данного подхода пока не проявилась полностью.

Кроме того, Мейхенбаум разработал программу обучения самоинструкциям пациентов с диагнозом «шизофрения». Он начал обучение со структурированных сенсомоторных заданий, а не социальных взаимодействий, поскольку имеются данные о том, что требования, предъявляемые межличностными отношениями, провоцируют такую симптоматику, как странные вербализации. Начальные задания включали символично-цифровой тест и невербальный тест интеллекта «Лабиринты Портеуса». Пациентов обучили формулировать и использовать саморегулирующие высказывания. По мере закрепления этих навыков добавлялись другие задания, в частности тест пословиц и интервью. Когда пациент пытался контролировать ситуацию с помощью симптоматики, ему указывали на это, предлагая считать такие проявления сигналом для использования самоинструкций, освоенных в ходе выполнения более простых заданий.

«Каждого субъекта индивидуально обучали сначала наблюдать и оценивать собственное поведение с помощью адресованных себе вопросов. Затем, если пациент оценивал свою деятельность как неудовлетворительную, он учился инструктировать себя в соответствии с ситуацией для получения желаемой реакции» (Meichenbaum, 1974, p. 71).

Экспериментатор моделировал вербализации для выполнения задания, а пациенты сначала вслух, а затем про себя использовали те же вербализации при самостоятельном выполнении задания. Вербализация включала повторение требований задания, инструкции выполнять задание медленно и вдумчиво, когнитивную стратегию использования мысленных образов для поиска решения, адресованные себе похвальные высказывания, пример плохой или ошибочной реакции, за которой следовало признание ее таковой, а также высказывание, описывающее способы преодоления неудачи и выработки адекватной реакции. Начальные обучающие сессии были довольно простыми, впоследствии в них привносились все новые дополнительные элементы. На заключительных сессиях пациенту предлагалось наблюдать и сообщать о реакциях, вербальных и невербальных, персонала и других пациентов на неадекватное поведение. В процессе обсуждения вырабатывались высказывания, которые пациент мог адресовать себе в подобных ситуациях, в частности: «Веди себя адекватно, последовательно, чтобы окружающие тебя понимали». Другие высказывания типа «Я недостаточно ясно выразился, попробую еще» использовались для поддержания значимости задания. По сравнению с контрольной группой, которая обучалась с помощью оперантного социального подкрепления, участники эксперимента продемонстрировали гораздо более выраженное улучшение по всем ключевым тестам за исключением одного (воспроизведение цифр в отсутствие помех).

Обучение самоинструкциям является эффективным лишь при наличии необходимых представлений и умений. Например, самообучение не повысит успехов в математике при отсутствии базовых навыков. «Обучение детей реагировать на такие свои вербальные команды, как "остановись и подумай", не приведет к улучшению функционирования при выполнении конкретных заданий, если в их репертуаре отсутствуют требуемые для этого навыки» (Meichenbaum, 1974, p. 80). Вместе с тем за вербализацией не обязательно последуют действия, если нет желания их выполнять. Подкрепление вербальной и невербальной поведенческой последовательности повышает частоту действий вслед за вербализацией. Сами по себе слова не обязательно меняют поведение; необходима также

работа мысли. Мышление может происходить и без слов, однако слова заметно активизируют мышление, приводя к изменению поведения. «Это и является предпосылкой когнитивного подхода к изменению поведения с помощью самоинструкций» (Meichenbaum, 1974, p. 82).

Исходные положения и концепции

Обучение самоинструкциям основано на следующем допущении: «То, что люди себе говорят, определяет все, что они делают» (Farber, 1963). Поведение подвержено влиянию разнообразных аспектов человеческой деятельности, которая определяется различными конструктами: физиологическими реакциями, аффективными реакциями, когнициями, а также межличностным взаимодействием. Внутренняя речь, или внутренний диалог, является одним из этих видов деятельности или конструктов.

«Целью когнитивно-функционального оценивания является описание в вероятностных терминах функционального значения Я-высказываний определенного рода, за которыми следуют конкретные виды поведения или эмоционального состояния человека (например, настроения), или его физиологические реакции, или процессы распределения внимания и т. д. Какое влияние оказывает и в свою очередь испытывает внутренний диалог со стороны других событий или поведенческих процессов?» (Meichenbaum, 1977, p. 202).

Известно сравнительно мало исследований, посвященных сознательному мышлению, внутреннему диалогу как переменной, влияющей на другие виды поведения. Вместе с тем исследования в трех сферах — межличностных инструкций, когнитивных факторов при стрессе, а также влияния инструкций на физиологические реакции — имеют непосредственное отношение к последствиям Я-утверждений и служат источником знаний о функциональной значимости внутренней речи.

Функции внутреннего диалога

Межличностные инструкции. Описание функций межличностных инструкций (Gagne, 1964) сходно с описанием самоинструкций (McKinney, 1973). Они обеспечивают процедуры и правило, или принцип, опосредующий поведение. Таким образом, можно предположить, что самоинструкции по действию напоминают межличностные. Самоинструкции заимствуются из взрослых наставлений, которые интернализуются, или усваиваются, детьми и используются ими для контроля своего поведения, как предполагали русские психологи Выготский (Vygotsky, 1962) и Лурия (Luria, 1961).

Когнитивные факторы при стрессе. Хотя психосоциальная литература по совладанию со стрессом не содержит описания Я-высказываний, в ней отмечается, что «реакция человека на стресс в значительной мере определяется его оценкой данного стрессора или причинами, которыми индивид склонен объяснять свое возбуждение, или его оценкой своей способности совладать со стрессом» (Meichenbaum, 1977, p. 202). Я-высказывания человека относительно стрессовой ситуации и способности с ней справиться влияют на его поведение в данной ситуации. Уровень тревоги теснейшим образом связан с самооценкой применительно к конкретной ситуации. Высокая тревога означает, что человек фокусируется на самом себе и собственной неадекватности, а также мыслях, умаляющих собственное достоинство. Низкая тревога, напротив, связана с фокусированием на внешней ситуации, что выражается в повышении способностей к совладанию. «Одной из функций внутреннего диалога по изменению аффекта, образа мыслей и поведения является *воздействие на процессы оценивания и распределения внимания у клиента*» (Meichenbaum, 1977, pp. 206-207).

Наборы инструкций и физиологические эффекты. Существуют многочисленные подтверждения того, что когниции оказывают влияние на физиологию и эмоции. Исследования позволили выявить взаимосвязь между настроением индивида и тем, что он себе говорит. Мысли и когнитивные наборы клиентов тесно связаны с психосоматическими расстройствами; субъекты, которым в состоянии гипноза были внушены установки пациентов с психосоматическими расстройствами, начинали испытывать сходную симптоматику.

Когнитивная деятельность имеет опосредующее значение в оперантном обусловливании работы вегетативного отдела нервной системы. Мейхенбаум установил, что после завершения лечения путем когнитивной модификации поведения, пациенты характеризовали свои физиологические реакции скорее как стимулирующие, а не тормозящие.

«Потные ладони, учащенное сердцебиение и дыхание, мышечное напряжение отныне стали «помощниками», сигнализирующими о необходимости прибегнуть к техникам снижения стресса, которым они были обучены... Этот когнитивный сдвиг сам по себе может опосредовать изменение функционирования вегетативного отдела нервной системы. Настоящая теория утверждает, что страдания причиняет не физиологическое возбуждение *как таковое*, а то, что клиент говорит себе об этом возбуждении, именно это и определяет в конечном счете его реакцию» (Meichenbaum, 1977, pp. 207-208).

Таким образом, имеются вполне обоснованные данные о том, что образ мыслей влияет на поведение. Вместе с тем следует признать, что многие виды нашего поведения являются автоматическими или результатами привычки. Мы не всегда думаем, прежде чем что-либо сделать (привычки весьма полезны для быстрых, результативных действий), однако **«если мы собираемся изменить поведение, необходимо предварительно обдумывать свои действия»**. Такое обдумывание (иначе говоря, использование внутренней речи) лишает неадаптивный поведенческий акт автоматизма и создает основу для формирования нового адаптивного поведения» (Meichenbaum, 1977, pp. 210-211).

Структура внутреннего диалога. Второй важной функцией внутренней речи является влияние на когнитивные структуры и их изменение. Такой конструкт, как когнитивная структура, имеет непосредственное отношение к природе Я-высказываний. Когнитивная структура формирует систему смыслов или концепций, которая лежит в основе конкретного набора Я-высказываний.

«Говоря о **когнитивной структуре**, я имею в виду тот организующий аспект мышления, который, по-видимому, определяет стратегию, ход и выбор мыслей. Я говорю о своеобразном «исполнительном процессоре», который «содержит проекты мышления» и который определяет, когда прервать, изменить или продолжить мысль» (Meichenbaum, 1977, pp. 212-213).

Научение или изменение происходят без изменений в когнитивной структуре, однако освоение новых умений предполагает изменение в когнитивной структуре. Структурные изменения происходят в результате **абсорбции**, когда старые структуры поглощаются новыми; и **смещения**, при котором старые структуры продолжают свое существование в более общих новых структурах (из Neisser, 1962, в развитие концепций ассимиляции и аккомодации Пиаже (Piaget, 1954)). Когнитивные структуры определяют природу внутренней речи, однако внутренний диалог изменяет когнитивные структуры, что Мейхенбаум называет «порочным кругом».

Процесс изменения/терапии

Определенные механизмы изменения присущи всем процедурам (системам терапии) и контекстам (в терапии и при непрофессиональных контактах), при которых происходят изменения. Эти механизмы включают в себя когнитивные процессы человека. Во-первых, клиент должен сознавать неадекватность своего поведения. Во-вторых, это осознание служит пусковым моментом для направленного внутреннего диалога. Природа этого диалога определяется теоретической ориентацией психотерапевта, к которому обратился клиент. В-третьих, происходит изменение природы внутреннего диалога, который был присущ клиенту до терапии. Происходит процесс «трансляции» под воздействием рефлексии психотерапевта, его объяснений, интерпретаций, сообщаемых сведений и когнитивного моделирования. Кроме того, вне терапевтических сессий клиент отрабатывает совладающее поведение, которое обсуждается и репетируется во время терапии, что вызывает внутренний диалог, влияющий как на когнитивные структуры, так и на поведение клиента. «Некоторые клиенты нуждаются в подробном обучении таким совладающим реакциям, именно в этих случаях технология поведенческой терапии представляет особую ценность» (Meichenbaum, 1977, pp. 218-219).

Выделяются следующие три этапа этого процесса.

Самонаблюдение. До начала терапии внутренний диалог клиента состоит из негативных Я-высказываний и мысленных образов. В ходе терапии клиенты через повышенное осознание и внимание фокусируются на своих мыслях, чувствах, физиологических реакциях и межличностном поведении. Процесс трансляции ведет к появлению новых когнитивных структур, позволяющих клиентам иначе взглянуть на свои симптомы или проблемы, а также прийти к более адаптивным мыслям и поведению. Такой процесс переосмысления ведет к новому определению проблем, что в свою очередь дает клиентам понимание и чувство контроля и надежды, необходимые для изменений. Переосмысление придает новое значение чувствам, поступкам и мыслям. Эти значения варьируют в разных школах терапии, при этом различные виды переосмысления могут эффективно способствовать изменению. Вместе с тем «одним из наиболее существенных параметров, определяющих результат терапии, является степень, в которой данное переосмысление ведет к специфическим поведенческим изменениям, которые могут быть перенесены на реальные жизненные ситуации» (Meichenbaum, 1977, p. 222).

Психотерапевты варьируют по директивности и тем усилиям, которые прилагаются с целью изменить концептуальные представления своих клиентов. Психотерапевт должен уделять внимание Я-высказываниям клиентов, описаниям, определениям и атрибуции их проблем, представлениям о терапевтическом процессе и зависимости от психотерапевта, однако психотерапевту не следует некритично принимать точку зрения клиента. Переосмысление представляет собой объединенный процесс, причем принятие его клиентами является результатом взаимодействия с психотерапевтом.

Несовместимость мыслей и поведения. На втором этапе самонаблюдение клиента инициирует внутренний диалог. «Если поведение клиента подлежит изменению, его адресованные себе слова и/или мысленные образы должны инициировать новую поведенческую последовательность, которая несовместима с прежним неадаптивным поведением» (Meichenbaum, 1977, p. 224). Этому новому внутреннему диалогу присущи все функциональные качества внутренней речи, о которых шла речь выше (влияние на системы оценивания и распределения внимания, физиологические реакции и формирование новых видов поведения). Эта внутренняя речь, направляемая трансляцией в процессе терапии, влияет на когнитивные структуры клиента, позволяя ему организовать свои переживания вокруг новой концептуализации для обеспечения наиболее действенного совладания со стрессовой ситуацией.

Когниции, связанные с изменением. На третьем этапе клиент использует совладающее поведение в повседневной жизни и обсуждает сам с собой результаты этих «экспериментов». Фокусирования клиента исключительно на освоении навыков недостаточно.

«То, что клиент говорит себе о **недавно** освоенном поведении и его последствиях, повлияет на поддержание и генерализацию процесса поведенческих изменений... Успех терапии определяется тем, в какой мере клиент меняет как свое поведение, так и внутренние диалоги. Иными словами, человек характеризуется тем, как он себя ведет, а также тем, что он говорит себе (включая приписывание тому или иному явлению значения причины), что дает гораздо более полную картину, чем одно только поведение» (Meichenbaum, 1977, p. 225).

Таким образом, эффективный процесс изменения включает приобретение новых поведенческих навыков, новые внутренние диалоги и новые когнитивные структуры. Различные виды психотерапии делают акцент на том или ином из этих аспектов. Когнитивно-поведенческий подход учитывает все три. Теперь остается вопрос, с чего начать, который требует дальнейшего изучения. Различным типам клиентов требуется преимущественное внимание к тому или иному из этих трех базовых процессов, однако другие два также непременно принимаются в расчет.

Применение: методы и техники

Когнитивно-поведенческая оценка

В связи с тем что психически больные страдают расстройствами аффекта, когний и воли, оценивать следует все эти сферы функционирования. Традиционные стратегии оценки при изучении психологических дефицитов здесь себя не оправдывают. С этой целью применяются два исследовательских подхода. Первый из них — **сравнительно-групповой подход**. Клиническим группам предлагается набор тестов, после чего результаты сопоставляются со специально подобранными контрольными группами, состоящими из нормальных индивидов. Эти результаты практически не дают информации о природе дефицита, его причинах и стратегиях устранения. Нарушенное функционирование может быть обусловлено рядом причин.

Второй подход, **специфически-дефицитарный** (*specific-deficits*), при котором используются тесты для определения дефицитарных проявлений клиента, высказываются предположения об их природе. Используется нормативная контрольная группа, однако преимущественное внимание уделяется специфическим тестам, а не общему сравнению. Этот подход может привести к появлению нового обозначения того или иного дефицита, однако не позволяет объяснить или определить проблему. Конечно, можно высказывать различные гипотетические предположения, заимствованные из тех или других подходов, однако нет никаких оснований для предпочтения какого-либо определенного объяснения или концептуализации. Когнитивный-функциональный подход к анализу имеющихся нарушений представляется более перспективным.

Когнитивно-функциональный подход. Функциональный анализ поведения включает детальное исследование предпосылок и последствий в отношении репертуара реакций. Он требует точного определения класса реакции, знания частоты реакций в различных ситуациях, а также манипуляции внешними событиями с целью демонстрации причинной взаимосвязи. **Функционально-когнитивный анализ** фокусируется на роли когний в поведенческом репертуаре

«с целью определить, какие когнии (или невозможность выяснить ключевые когнии), при каких обстоятельствах способствуют адекватному функционированию или нарушают его... Когнитивно-функциональный подход анализирует **последовательные психологические процессы**... необходимые для адекватного функционирования... Неудача внутреннего диалога клиента, то, что он может или не может сказать себе перед, во время и после выполнения задания, становится предметом рассмотрения» (Meichenbaum, 1977, pp. 236-237).

Клиницист может сам выполнить задание с целью обсудить факторы, обусловившие нарушенное функционирование клиента.

Анализ выполнения задания предполагает разделение задания на элементы или выделение когнитивных стратегий, необходимых для его выполнения, начиная с понимания сути задания или инструкции по его выполнению. Далее выполняются различные процедуры, отмечаются соответствующие изменения. Существует три типа процедур. Первый тип — это **модификация задания** различными путями, что позволяет оценить способности и дефициты клиента в различных условиях. Второй тип процедур — это **изменение переменных окружающей среды, непосредственно не связанных с заданием**, в частности наличия или отсутствия помех, а также межличностных факторов. Такие процедуры позволяют наблюдать аспекты ситуации, способствующие или мешающие успешному функционированию. Эта информация может быть получена и от самого клиента.

«Выяснение у клиента его понимания задания, описания его стратегии, оценки функционирования и представлений о ситуации являются ключевыми элементами когнитивно-функционального анализа... Наши клиенты могут рассказать нам о многом, если мы будем их расспрашивать и внимательно слушать» (Meichenbaum, 1977, p. 242).

Третий тип процедур заключается в **предоставлении клиенту поддержки** в форме различных рекомендаций и предложений с последующим наблюдением за изменениями в его функционировании. Таким образом, когнитивно-функциональная оценка предполагает, что клиент является субъектом экспериментального исследования.

Подобный экспериментальный анализ непосредственно приводит к предложениям по проведению лечения. Оценка и лечение сливаются или перекрываются. «Оценка дефицитов и

способностей идет рука об руку с исцелением» (Meichenbaum, 1977, p. 246).

Клиническое применение подхода

В процессе индивидуальной оценки выясняются два вопроса: «Во-первых, что клиенту не удается себе сказать из того, что могло бы привести к адекватному функционированию и адаптивному поведению? Во-вторых, каково содержание когниций, которые мешают адаптивному поведению?» (Meichenbaum, 1977, p. 249). Для получения ответа на эти вопросы используется ряд процедур.

Клиническое интервью. Первичное интервью начинается с исследования выраженности и длительности существования проблемы клиента (в его понимании) и ожиданий клиента в отношении терапии в соответствии со схемой Петерсона (Peterson, 1968), которая включает ситуационный анализ поведения клиента. Помимо этого когнитивно-поведенческий психотерапевт предлагает клиенту представить себе ситуации, связанные с личными проблемами, и сообщить о своих мыслях, образах и поведении непосредственно перед, во время и после этих случаев. Затем психотерапевт выясняет наличие сходных мыслей и чувств в других ситуациях, а также в ранние периоды жизни клиента и может попросить клиента понаблюдать за их возникновением в течение следующей недели.

Когнитивно-функциональная оценка позволяет клиентам осознать, что их проблемы отчасти обусловлены Я-утверждениями и что можно при желании контролировать и менять свои мысли. Клиенты могут не знать о том, что именно говорят себе, поскольку, в связи с «привычностью ожиданий и убеждений индивида вполне вероятно, что такие мыслительные процессы и образы становятся автоматическими и относительно произвольными, как большинство выученных действий» (Meichenbaum, 1977, p. 252).

Поведенческие тесты. При выполнении поведенческого теста клиент предпринимает действия, связанные со своими проблемами, как в лабораторной обстановке, так и в реальной жизни. После этого проводится исследование мыслей и чувств, возникших во время опыта. В лаборатории можно провести видеосъемку, затем клиент может просмотреть запись и обсудить ее с психотерапевтом, можно также предложить клиенту во время поведенческого теста размышлять вслух. Хотя такая реконструкция и вербализация в процессе выполнения задания подвержены искажениям и неточностям, с их помощью можно оценить тип мышления клиента.

Подход, сходный с ТАТ. Изображения, сходные с картинками теста тематической апперцепции (*Thematic Apperception Test, ТАТ*), но связанные с проблемным поведением клиента, могут использоваться для выявления соответствующих мыслей и чувств.

Другие психометрические тесты. Могут использоваться тесты когнитивных процессов, такие как тесты креативности и решения проблем, после которых клиент сообщает о возникших при выполнении теста мыслях.

Оценка может быть проведена в групповом варианте, особенно при наличии у клиентов сходных проблем. Исследование мыслей и чувств в группе помогает клиентам оценить роль когнитивных факторов в поведении и ведет к самораскрытию и самоисследованию.

Когнитивные факторы в техниках поведенческой терапии

Техники поведенческой терапии переоценивают значимость внешних событий (предпосылок и последствий), одновременно преуменьшая роль когнитивных факторов. «Наше исследование, посвященное когнитивным факторам в техниках поведенческой терапии, показало, что внешние события *сами по себе* хотя и являются важными, не имеют **определяющего** значения; то, что клиент говорит себе об этих событиях, и определяет его поведение» (Meichenbaum, 1977, p. 108). Однако для изменения внутреннего диалога, а также поведения клиента могут использоваться техники модификации поведения. Вместе с тем когда стандартные процедуры поведенческой терапии дополняются техниками самоинструкции, действенность их повышается, генерализация возрастает, а эффекты оказываются более стойкими. В связи с этим возникают вопросы об основе стандартных техник — теории научения. Исследования, посвященные когнитивным факторам в

поведенческой терапии — проверке эффективности изменения когниций с помощью техник поведенческой терапии, — предлагают совершенно новую концептуализацию.

Обусловливание снижения тревоги. Поведенческая процедура, направленная на устранение тревоги, включает прекращение действия аверсивного стимула в сочетании с произнесением слова **«успокойся»**. Тревога может быть снижена самим клиентом, приказывающим себе «успокоиться». Мейхенбаум на основе эксперимента, во время которого участники использовали другие мобилизующие слова (кроме **успокоиться** или **расслабиться**), провел исследование, включавшее эти самоинструкции. Кроме того, он ввел наказание путем слабого электрошока за некоторые темы. Например, участники произносили название пугающего объекта (например, «змея»), далее следовали вызывающие страх мысли (например, «Она отвратительна; я не стану на нее смотреть»), которые наказывались ударом тока. После этого они произносили приспособительные Я-высказывания (например, «расслабься, я могу до нее дотронуться»), после чего действие тока прекращалось, а клиенты расслаблялись. Контрольная группа подвергалась действию **электрошока во время произнесения приспособительных Я-высказываний**, шок прекращался только после **вызывающего страх высказывания**. Расширенное вмешательство по устранению тревоги, как и ожидалось, эффективно способствовало ослаблению страхов, однако, к удивлению исследователей, обратное (инвертированное) вмешательство также оказалось действенным. Оба вида лечения оказались более эффективными по сравнению со стандартной процедурой. Результаты инвертированного вмешательства не согласуются с моделью «теории научения»; в этих условиях участники не должны были избавляться от своих страхов.

Другие исследования подтвердили полученные результаты как в случае аверсивного обусловливания, так и в случае применения других техник поведенческой терапии. Техники наводнения, например, трудно объяснить при помощи теории научения. Сходные исследования с использованием скрытого обусловливания дали аналогичные результаты. Парадигма обусловливания неадекватна для объяснения таких поведенческих изменений, что ставит под сомнение базовые законы научения.

Опрашивая участников этого исследования, Мейхенбаум выяснил, что они использовали приспособительные высказывания в целях подготовки к предстоящему шоку, а вызывающие страх высказывания в качестве сигналов экспериментатору для прекращения шока. «По-видимому, происходило следующее: субъекты освоили ряд навыков совладания, которые могли быть применены **в различных** ситуациях, в частности при встрече с пугающим объектом» (Meichenbaum, 1977, p. 117). Полученные результаты можно также объяснить с помощью психосоциальных теорий, например теории социального научения, теории диссонанса, теории атрибуции и теории самовосприятия. По сути дела, клиент осваивает в процессе поведенческой терапии когнитивные и поведенческие навыки, включая изменения неадаптивных убеждений в результате отсутствия их подтверждения во время терапии; изменения представлений о себе и других в процессе анализа информации; развитие новых навыков решения проблем и межличностного общения (как в работе Murray & Jacobson, 1971).

Систематическая десенсибилизация. Систематическая десенсибилизация, согласно Вольпе (Wolpe, 1990), устраняет страх, поскольку страх несовместим с расслаблением. Такое объяснение с помощью противообусловливания подвергалось критике со стороны многих авторов. Наблюдение за ходом проводившихся Вольпе терапевтических сессий показало наличие когнитивных факторов, о существовании которых свидетельствовали также сообщения его клиентов.

Систематическая десенсибилизация может быть модифицирована с целью прямого использования когниций клиентов. Релаксационный компонент десенсибилизации может быть упрощен и сокращен, если предложить клиентам использовать мысленную релаксацию с помощью самоинструкций. Образный компонент может быть усилен, когда клиентам рекомендуется представить себя успешно справляющимися с тревогой с помощью визуализации обстановки, медленного и глубокого дыхания, расслабления и выполнения самоинструкций. Таким образом, вызывающие тревогу переживания становятся сигналом к включению механизмов совладания и функционирования независимо от тревоги. Следовательно, клиент начинает рассматривать тревогу как стимул, а не помеху, как сигнал для совладающего поведения, как было показано в экспериментах Мейхенбаума и других

исследователей.

«Предполагаемые изменения в процедурах десенсибилизации согласуются: а) с представлениями о том, что десенсибилизация должна рассматриваться как средство активного обучения навыкам совладания и самоконтроля и б) с идеями о терапевтической ценности «работы беспокойства» (профилактическое решение проблем и когнитивная репетиция)» (Meichenbaum, 1977, p. 124).

Моделирование. Бандура (Bandura, 1969) подчеркивал, что в техниках моделирования наблюдатель преобразует информацию, полученную от модели, в скрытые перцептуально-когнитивные образы и скрытые вербальные, опосредующие реакции, которые впоследствии используются в качестве сигналов к явному поведению. Эти реакции, по сути дела, представляют собой самоинструкции. Детальное моделирование этих реакций способствует изменению поведения. Модели могут думать вслух, при этом демонстрируя не только уверенное, но также и совладающее поведение, в частности преодоление сомнений и разочарований, высказывание похвалы в свой адрес после достижения успеха. Исследования, проведенные Мейхенбаумом и его последователями, показали, что этот метод гораздо более эффективен по сравнению с обычными техниками моделирования.

Аверсивное обусловливание. При аверсивном обусловливании нежелательная реакция сочетается с неприятным стимулом, например электрошоком, который кончается с прекращением реакции. При когнитивно-поведенческом подходе понятие нежелательной реакции расширяется, включая в себя когниции в форме Я-высказываний и мысленных образов. При борьбе с курением, например, электрошок прекращается, как только клиент вынимает изо рта сигарету и произносит соответствующее высказывание по поводу курения типа «не хочу умереть от рака». Такой подход оказался более эффективным по сравнению с обычным подходом в исследовании, проведенном Мейхенбаумом. Удовлетворительного объяснения фасилитирующего эффекта мысленной репетиции пока не предложено, полагают, что он связан с «лучшей репрезентацией скрытых стимулов, способствующих неадаптивному поведению», привлечением «большого числа различных ситуационных стимулов в процессе обучения», а также «более интенсивному вовлечению эмоций» (Meichenbaum, 1977, pp. 137-138). Приобретение моторных навыков можно ускорить с помощью мысленной практики, а также создания зрительных образов.

Многие поведенческие психотерапевты признают когнитивные факторы в поведенческой терапии и высказываются о том, что «изменение высказываний клиента в свой адрес может отражать общие поведенческие изменения, вызванные целым рядом техник поведенческой терапии... Если верна гипотеза о том, что самоинструкции клиента опосредуют изменение поведения, то можно ожидать, что направленное обучение самоинструкциям повысит эффективность вмешательства» (Meichenbaum, 1977, p. 141). Данные исследований подтверждают эту гипотезу.

Когнитивная модификация поведения, помимо техник поведенческой терапии, включает два основных метода: прививку против стресса и техники когнитивного реструктурирования.

Прививка против стресса

Техника прививки против стресса соответствует биологической модели иммунизации. Она создает устойчивость к стрессу с помощью программы обучения клиента совладанию со стрессовыми ситуациями возрастающей сложности. При этом учитываются рекомендации по преодолению стресса, сделанные на основании научных исследований. Процедура обучения является многогранной с целью обеспечения гибкости реагирования в связи с многообразием средств совладания, стрессовых ситуаций, индивидуальных различий и культурных факторов. Учебная программа прививки против стресса включает три этапа (см. Meichenbaum, 1985).

Этап обучения. На этапе обучения клиенту дают концептуальную схему для понимания природы своих реакций на стресс. Она формулируется в обычных, понятных клиенту терминах и естественным путем подводит его к практике специфических когнитивных и поведенческих техник. Таким образом, «научная ценность конкретной концептуальной схемы менее значима, чем ее очевидная валидность или доступность для понимания клиентом» (Meichenbaum, 1977, p. 151). Цель концептуальной схемы — помочь клиенту взглянуть на проблему рационально,

принять ее и приступить к ее разрешению в сотрудничестве с психотерапевтом.

В исследованиях, посвященных множественным фобиям, после оценочного интервью тревога клиента представляется состоящей из двух основных элементов: 1) физиологического перевозбуждения (учащение сердечного ритма, дыхания, потливость ладоней, другие симптомы, о которых сообщает клиент) и 2) набора мыслей, вызывающих тревогу и связанных с избеганием, о которых сообщает клиент (раздражение, ощущение беспомощности, панические мысли, желание спастись бегством, смущение и т. п.). Далее клиенту разъясняют, что эти высказывания о себе, сделанные в состоянии возбуждения, ведут к эмоциональному избеганию тревоги и что лечение будет направлено: 1) на помощь клиенту в установлении контроля над физиологическим возбуждением и 2) на изменение высказываний клиента о себе, сделанных под влиянием стресса. Клиенту также разъясняют, что фобические или стрессовые реакции включают четыре стадии: 1) подготовка к стрессору, 2) встреча со стрессором, 3) вероятное поражение стрессором, 4) подкрепление себя в связи с успешным совладанием (ср. Meichenbaum, 1986).

Этап репетиции. На этапе репетиции клиента обучают техникам совладания со стрессом, как прямым действиям, так и когнитивному совладанию, для использования на всех четырех стадиях фобической реакции. Прямые действия включают получение информации о фобических объектах, организацию путей отступления, освоение упражнений на физическую релаксацию. Когнитивное совладание заключается в том, чтобы помочь клиенту осознать негативные, саморазрушающие высказывания и использовать их в качестве сигналов для противоположных, мобилизующих высказываний. Вот примеры для каждой из стадий фобической реакции.

1. «Ты можешь разработать план действий».
2. «Расслабься, все в порядке. Сделай медленный глубокий вдох».
3. «Когда придет страх, сделай паузу».
4. «Сработало; тебе это удалось».

Прикладное обучение. Когда клиент в достаточной степени освоит техники совладания со стрессом, он подвергается воздействию лабораторных стрессоров возрастающей интенсивности, угрожающих «Я» клиента или причиняющих боль, включая неожиданные удары током. Психотерапевт показывает пример использования навыков совладания.

Обучение построено так многосторонне, поскольку включает разнообразные терапевтические техники, в том числе дидактическое обучение, обсуждение, моделирование, репетиции самоинструкций и поведения, подкрепление. Требуются исследования, чтобы определить, какие условия являются необходимыми и достаточным для достижения изменения. Вся процедура в целом более действенна по сравнению с одной только систематической десенсибилизацией, более эффективна, чем использование техник первого и второго этапов без третьего, а также результативна (по сравнению с отсутствием лечения, что доказано на примере контрольных групп). Репетиция самоинструкций, таким образом, является необходимым, но недостаточным условием устранения страхов; требуется также практическое, или прикладное, обучение. Как вся процедура в целом, так и лечение, затрагивающее только первые два этапа, более эффективны в плане генерализации результатов, чем десенсибилизация. Прививка против стресса позволяет перевести когнитивное «Я» клиента из состояния «выученной беспомощности» к состоянию «выученной компетентности».

«Вполне обычным явлением для клиентов, получивших прививку против стресса, являются спонтанные сообщения об успешном использовании своих новых навыков совладания в других стрессовых ситуациях, включая выпускные экзамены и визиты к стоматологу... Изменение установки, по-видимому, побуждало клиентов к противоборству с реальными жизненными проблемами» (Meichenbaum, 1977, p. 159).

Прививки против стресса успешно применялись для повышения личной компетентности в управлении раздражением и регуляции гнева у людей, имеющих соответствующие проблемы, а также в экспериментах с переносимостью боли. Имеются сообщения об успешном применении этого подхода в других клинических ситуациях. Мейхенбаум вместе с тем осторожно высказывается об эффективности подхода: «Свидетельства эффективности

прививки против стресса впечатляют, но не убеждают окончательно. Данные о целесообразности данной процедуры пока не получены. Процедура прививки против стресса не предлагается в качестве панацеи или заменителя других терапевтических подходов» (Meichenbaum, 1977, p. 181). Она имеет значение как профилактическое мероприятие в группах высокого риска.

«Детальная программа обучения навыкам совладания со стрессом с последующим прикладным обучением использованию этих навыков при различных стрессорах являет собой полную противоположность случайным, непродуманным способам освоения таких навыков, к которым зачастую вынуждены прибегать наши современники. Исследования, посвященные стрессу, позволили выявить необходимые для совладания со стрессом навыки, а метод когнитивной модификации поведения, как нам представляется, является перспективным средством обучения этим навыкам» (Meichenbaum, 1977, p. 182).

Техники когнитивного реструктурирования

Известен целый ряд терапевтических методов, объединенных под одним названием **когнитивно-реструктурирующей, или семантической, терапии**. Все эти методы фокусируются на модификации образа мыслей и рассуждений клиента — предпосылок, убеждений и установок, лежащих в основе его когниций. Психическое заболевание рассматривается как расстройство мышления, которое включает искажение самого процесса мышления, что приводит к искажению представлений о мире, неприятным эмоциям и поведенческим нарушениям. Эти методы составляют то, что часто называют «инсайт-ориентированной терапией». В действительности разнообразие методов столь велико, что они не могут быть объединены в единый терапевтический подход. Несмотря на то что все эти методы имеют дело с когнициями клиентов, разные психотерапевты представляют себе когниции своих клиентов по-разному, что приводит к возникновению разнообразных лечебных техник.

Когниции как пример систем иррациональных убеждений. Рационально-эмотивная терапия Эллиса подпадает под категорию реструктурирующей терапии. Базовое иррациональное убеждение заключается в том, что ценность человека определяется другими людьми. Семантический психотерапевт пытается разъяснить клиентам, что их неадаптивное поведение и эмоциональные нарушения непосредственно связаны или диктуются тем, что клиенты себе говорят, даже не сознавая этого. Как только клиенты принимают эту точку зрения (психотерапевта), они готовы к любому из многочисленных терапевтических подходов когнитивно-реструктурирующей направленности. Эллис активно пытался изменить убеждения клиентов.

Хотя работа со взглядами клиента на свое поведение в соответствии с концепцией Эллиса может привести к изменению, наличие негативных представлений о себе не обязательно является единственным отличием клиентов от неклиентов. Многие, если не большинство нормальных людей, могут разделять сходные убеждения. Скорее различия состоят в том, что люди себе говорят о своих иррациональных убеждениях или какие механизмы они включают для преодоления стресса. Нормальные люди «обладают большей способностью разделять эти события на составляющие, а также использовать разнообразные техники совладания, такие как юмор, рациональность, или то, что я называю "творческим подавлением" (*creative repression*)» (Meichenbaum, 1977, p. 191). Таким образом, другие техники, такие как самоинструкции, тоже могут оказаться полезными.

Когниции в качестве примера ошибочных стилей мышления. Вторым когнитивно-реструктурирующим подходом является терапия Бека (Beck, 1976), который сосредоточивается на имеющихся у клиентов стереотипах искаженного мышления. Искажения включали ложные умозаключения, не подкрепленные фактами; преувеличение значимости события; когнитивную неполноценность, или недоучет важного элемента ситуации; дихотомическое мышление, или видение мира в черно-белом цвете (правильно/неправильно, хорошо/плохо без промежуточных значений); а также сверхгенерализацию на основании единичного случая. Клиентов обучают выявлять эти искажения с помощью семантических и поведенческих техник. Психотерапевт бросает вызов «молчаливым убеждениям», лежащим в

основе установок и концепций клиентов, демонстрируя нереалистичность интерпретации клиентами своих переживаний. Впоследствии клиент в сотрудничестве с психотерапевтом наблюдает и анализирует собственные переживания.

Когниции как проявление способности к решению проблем и навыков совладания. Альтернативный когнитивно-структурирующий подход предложили Дзурилла и Голдфрид (D'Zurilla & Goldfried, 1971), а также другие исследователи (например, Goldfried & Davison, 1976). Основное внимание уделяется выявлению **отсутствия** специфических адаптивных, когнитивных навыков и реакций, а также обучению клиентов навыкам решения проблем: идентификации проблем, выработке возможных решений, обоснованному выбору одного из них с последующей проверкой его эффективности. Другие психотерапевты, в том числе Мейхенбаум, сосредотачиваются преимущественно на навыках совладания. В процессе решения проблем клиентов обучают смело встречать и разрешать будущие проблемные ситуации. Навыки совладания осваиваются в реальных кризисных или проблемных ситуациях.

Эти когнитивно-реструктурирующие методы заметно различаются между собой, в том числе по акценту на формальном логическом анализе, лечебным предписаниям, а также относительно использования дополнительных поведенческих процедур. Когнитивно-поведенческий психотерапевт стоит перед необходимостью выбора из множества поведенческих и когнитивных техник. В результате может возникнуть технический эклектизм или клинический метод проб и ошибок, чрезмерная озабоченность «инженерными» вопросами, в частности какого рода вмешательство, в исполнении какого терапевта эффективно для того или иного клиента, при наличии каких специфических проблем и в каких ситуациях. Гораздо более важны вопросы о том, как и почему наступают изменения. Ответы на эти вопросы предполагают создание теории поведенческих изменений. Подход Мейхенбаума является попыткой дать начало такой теории.

Заключение и оценка

Заключение. Предложенная Мейхенбаумом когнитивная модификация поведения представляет собой не просто поведенческую терапию с добавлением некоторых когнитивных техник, как это делали многочисленные поведенческие психотерапевты, осознавшие полезность когнитивных техник (например, Goldfried & Davison, 1976; O'Leary & Wilson, 1975). Этот подход скорее когнитивный, чем поведенческий. Техники поведенческой терапии включают целый ряд когнитивных элементов. «Теория научения», на которой основана поведенческая терапия, не позволяет объяснить ее когнитивный аспект.

Мейхенбаум попытался создать практически и научно обоснованную когнитивную терапию. Его подход признает важность того, что говорят себе люди в качестве определяющего их поведение фактора. Таким образом, терапия фокусируется на изменении того, что говорят себе клиенты вслух и про себя, поскольку эти высказывания ведут к неэффективному поведению и эмоциональным нарушениям. Терапия превращается в обучение клиентов модифицировать инструкции, адресованные себе, чтобы успешно справляться с проблемными ситуациями. Помимо самостоятельного использования эти методы обучения могут быть включены в стандартные техники поведенческой терапии для повышения действенности этих техник. Методы обучения могут также включаться в когнитивно-реструктурирующие техники.

Оценка. И теория и практика подхода далеки от совершенства, как считает сам Мейхенбаум. Вместе с тем данный подход продолжает развиваться, вбирая в себя новые представления о переработке информации и конструктивизме (Meichenbaum, 1992, 1993). Не исключено, что заявления Мейхенбаума о применимости теории ко всем поведенческим изменениям при любых терапевтических процедурах (Meichenbaum, 1977) недалеко от истины в том смысле, что самоинструкции являются **частью** любой успешной терапии. Другие теории делают акцент на важности самоисследования клиента, что предполагает внутренний диалог. Возникает вопрос о том, как можно облегчить и ускорить этот процесс. Имеет ли смысл использовать прямые методы обучения? Действительно ли учебные инструкции необходимы для обучения клиента или являются наиболее действенным способом для этого?

Объясняется ли неспособность клиента рассуждать логически или рационально недопониманием природы логики, рассуждений или решения проблем? Правда ли, что самым эффективным способом изменить высказывания клиента о себе является обучение?

Обучение не всегда ведет к научению, а научение возможно и без обучения. Научение посредством самоисследования и самораскрытия может оказаться более эффективным и дать более стойкие результаты по сравнению с научением в результате обучения, хотя оно может проходить медленнее. Если же клиенту недостает необходимой информации или навыков, необходимо их приобрести; если недостает только этого, вероятно клиенту терапия и не потребуется, а если недостает еще чего-либо, клиент может получить недостающее не только от психотерапевта. Дело в том, следовательно, является ли терапия обучающей, если она предполагает научение? Даже если считать когнитивную терапию обучающей, является ли обучение исключительно когнитивным процессом?

Мейхенбаум не исследует природу и условия научения. Он признает, что не все клиенты нуждаются в детальном обучении реакциям совладания (Meichenbaum, 1977, p. 219), однако разработанная им теория и практика исходят именно из этого. Аффективным факторам не уделяется достаточно внимания; единственным явным обращением к аффекту служит его замечание о том, что в процессе привыкания к новым самоинструкциям клиент должен осваивать их осмысленно, а не механически; в то же время взаимоотношения между клиентом и психотерапевтом рассматриваются только в их когнитивном, обучающем аспекте. Вместе с тем в сравнительно недавних публикациях Мейхенбаум (Meichenbaum, 1992, 1993) придает больше значения как аффекту, так и терапевтическим отношениям для процесса лечения. Действительно этим элементам в настоящее время уделяется много внимания в когнитивно-поведенческой терапии (например, Safran & Segal, 1990), и взгляды Мейхенбаума, по-видимому, отражают современные представления.

Эллис (Ellis, 1978) в своем обзоре книги Мейхенбаума упрекает его в недостаточном внимании к «взаимодействию и взаимному влиянию когнитивного, эмотивного и поведенческого подходов к психотерапии». Следует отметить, однако, что Мейхенбаум и не ставил перед собой задачи интегрировать эти подходы.

Тем не менее вклад Мейхенбаума значителен. Он теоретически обосновал значимость внутреннего диалога для поведения и поведенческих изменений. Он пошел дальше поведенческой терапии, не только обогатив ее некоторыми когнитивными техниками, но и создав более широкую теорию, которая может включить в себя поведенческую терапию и дать возможность тем терапевтам, которые до сих пор отдавали предпочтение поведенческой терапии из-за ее связи с «теорией научения» и экспериментальной базы, воспользоваться теперь более широкой теорией.

Возникает вопрос, в достаточной ли мере эта теоретическая база подкреплена фактическими данными? В опубликованной Мейхенбаумом в 1977 г. книге содержатся ссылки на исследования, результаты которых подтверждают когнитивную модификацию поведения вплоть до середины 1970-х гг., а как обстоят дела с более поздними экспериментальными работами? По нашим сведениям, исследования, посвященные подходу Мейхенбаума, сосредоточены на двух направлениях: а) тренинг самоинструкции (*self-instructional training, SIT*); б) тренинг прививки против стресса (*stress-inoculation training, STI*). Что касается тренинга *SIT*, Саловей и Сингер (Salovey & Singer, 1991) полагают, что «эффективность данного подхода хорошо документирована, особенно при работе с детьми, имеющими расстройства поведения (Kendall & Wilcox, 1980), расстройства научения (Harris, 1986; Harris & Graham, 1985), умственно отсталыми детьми (Whitman, Burgio, & Johnston, 1984)» (p. 374). Определенное подтверждение этого содержится в других обзорах, однако можно встретить и критические замечания (например, Hollon & Beck, 1986, 1994; Meyers & Craighead, 1984). Например, Холлон и Найаватис (Hollon & Najavits, 1988) указывают, что хотя «предложенный Мейхенбаумом тренинг самообучения и оказывается эффективным средством модификации стереотипов импульсивного поведения у детей,... возможность генерализации и клиническая значимость этих наблюдений остается проблематичной» (p. 658). Сам Мейхенбаум (Meichenbaum, 1986) говорит, что, «несмотря на обнадеживающие результаты когнитивной модификации поведения,... еще предстоит доказать стойкость достигнутого улучшения, а также возможность его генерализации на другие условия (p. 355) (ср. Ollendick, 1986).

Учитывая высказанные критические замечания, следует все-таки отметить, что исследования, посвященные тренингу *SIT*, выглядят еще менее убедительно в случае расстройств у взрослых (Hollon & Najavits, 1988).

В отношении тренинга *SIT* Саловой и Сингер (Salovey & Singer, 1991) отмечают, что его эффективность «была доказана в недавних исследованиях, посвященных, в частности, социальной тревоге (Emmelkamp, Mersch, Vissia & van der Helm, 1985; Jerremalm, Jansson & Ost, 1986), хронической боли (Turk et al., 1983) и писчему спазму» (р. 373). Обзоры результатов исследований доказывают эффективность или перспективность тренинга *STI* для помощи пациентам в совладании с гневом и агрессией, а также в случае некоторых поведенческих медицинских проблем (например, боли) (Hollon & Beck, 1986, 1994; Hollon & Najavits, 1988). Но так же, как и для тренинга *SIT*, «результаты тренинга *STI* гораздо менее убедительны при других расстройствах у взрослых» (Hollon & Najavits, 1988, р. 658). Таким образом, тренингу *STI* еще предстоит зарекомендовать себя в качестве действенного метода лечения при различных расстройствах и в разных популяциях пациентов.

Что можно сказать о будущем предложенного Мейхенбаумом подхода? Мейхенбаум утверждал, что видит необходимость «введения когнитивных принципов в обучение, чтобы дети осваивали саморегуляцию и гуманно относились к самим себе» (Arnkoff & Glass, 1992, р. 670). Вероятно, это одно из перспективных направлений развития когнитивной модификации поведения. Кроме того, как нам представляется, учитывая практический интерес к тренингам *STI* и *SIT*, непременно будут развернуты посвященные им детальные исследования, которые позволят дать ответ на вопрос об эффективности данных вмешательств, а также приложены усилия по применению этих вмешательств к большему числу проблем и к новым популяциям пациентов. Если эти планы реализуются, мы сможем судить о прикладном значении, генерализации и эффективности когнитивного психотерапевтического подхода к модификации поведения.

Часть IV. Перцептуально-феноменологические подходы

Предисловие к части IV

Ряд подходов к психотерапии, хотя и различающихся во многих отношениях, имеют одну общую особенность: они уделяют значительное внимание восприятию или перцептуальному полю клиентов. Эти подходы предполагают, явно или подспудно, следующее: коль скоро поведение определяется перцептуальным полем индивида, обязательным условием изменения поведения является изменение перцептуального поля. Различие между подходами состоит в методах, с помощью которых это изменение достигается.

Разработанная Джорджем Келли (Kelly, 1955; см. также переиздание 1991 г.) психология личных конструктов представляет собой перцептуально-феноменологическую теорию. Личные конструкты — это представления, а изменение личных конструктов, таким образом, предполагает изменение представлений. Предложенные Келли методы являются рациональными, или когнитивными, именно по этой причине он, вероятно, не считал себя феноменологом.

Другой перцептуальный подход в психологии был назван его разработчиками «транзактным» (Cantril, Ames, Hastorf & Ittelson, 1949; Ittelson, 1952; Kilpatrick, 1952, 1961). Сторонники данного подхода рассматривают события как процессы во времени и пространстве. Отрезок времени, относящийся к процессу, именуется «транзакцией» и включает, если речь идет о людях, индивидуума и его окружение. Деятельность людей не может рассматриваться исключительно или даже преимущественно сама по себе, а должна пониматься как процесс взаимодействия организма и его окружения; таким образом, организм и его окружение существуют и могут быть поняты только во взаимосвязи.

Транзакция определяется как «психологическое событие, при котором все части или аспекты конкретного события проистекают из активного участия в данном событии» (English &

English, 1958, p. 561). В этом отношении транзактная теория отличается от концепции взаимодействия, с которой ее иногда путают (см. Kanfer, 1962). Концепция взаимодействия рассматривает два отдельных, независимо существующих объекта, которые взаимодействуют друг с другом, не претерпевая в процессе этого взаимодействия никаких изменений. При транзакции же все участники изменяются.

Очевидно, что подобные взгляды разделяют и используют даже те, кто не употребляет самого термина. Речь идет о Джордже Миде, Курте Гольдштейне, Гордоне и Флойде Оллпортах, Гарднере Мерфи, Прескотте Леки и Карле Роджерсе. Таким образом, есть рациональное зерно в высказывании Левитта о том, что «транзакционализм — это не более чем причудливое название точки зрения, которая далеко не нова» (Levitt, 1962, pp. 255-256). Такого же мнения придерживаются многие исследователи, разрабатывающие тему восприятия, а также занимающиеся феноменологической психологией.

Термин «транзактный» прочно ассоциируется с двумя подходами в психотерапии. Один из них описан в книге «*Psychiatric Social Work: A Transactional Case Book*» (Grinker, MacGregor, Selan, Klein & Korman, 1961). Этот подход содержался в первых двух изданиях, однако не получил широкого признания и впоследствии был исключен из книги.

В том же году вышла в свет первая книга Берна, посвященная транзактному анализу (Berne, 1961). За ней последовали другие публикации, две из которых вышли уже после его смерти в 1970 г., а также сборник его избранных произведений. Берн работал независимо от Гринкера с сотрудниками, оба они практически не имели отношения к развитию транзактной психологии. В предисловии к своей книге на тему группового лечения Берн (Berne, 1964) отмечает разные корни и природу этих двух подходов. Транзактный анализ Берна получил развитие из групповой терапии и преимущественно использовался в ней, по этой причине он не был включен в первые издания данной книги. Вместе с тем этот подход стал применяться для индивидуальной психотерапии и приобрел широкую популярность. В связи с этим он описан в настоящем руководстве с целью дополнения или даже в противовес распространенным версиям.

Еще одной популярной перцептуальной, или феноменологической, разновидностью психотерапии является гештальт-терапия. Ее развитие связано с Фредериком (Фрицем) Перлзом, который опубликовал в 1947 г. свою книгу (переизданную в 1969 г.), после чего последовала публикация в соавторстве с Ральфом Хефферлайном и Полом Гудменом 1951 г. (переизданная в 1965 г.) и другие книги, две из которых вышли после его смерти в 1970 г. Как и в случае с транзактным анализом, после смерти Перлза вышли многочисленные публикации, посвященные гештальт-терапии. Вместе с тем соответствующая глава основана преимущественно на оригинальных работах Перлза.

Клиент-центрированная терапия, вероятно, является первым важным направлением в психотерапии, которое совершенно определенно основано на феноменологической психологии и непосредственно занимается разработкой наиболее эффективных и адекватных методов изменения представлений клиентов. Одним из уязвимых мест клиент-центрированной терапии является непонимание ее сторонниками феноменологических основ данного подхода. Хотя Роджерс (Rogers, 1951) использует феноменологию, он не разрабатывает эту тему. Студент должен иметь представление о феноменологической психологии, чтобы понять суть клиент-центрированной терапии. Систематическое ее описание можно найти в работе Комбса с соавторами (Combs, Richards & Richards, 1975). Хотя многие исследователи впоследствии уделяли внимание клиент-центрированному подходу, его родоначальником и лидером вплоть до своей смерти был Карл Роджерс. Некоторые новаторские идеи включены в главу 13 настоящего издания.

Следует отметить, что разработанный Эллисом рационально-эмотивный подход (глава 7) по сути своей также является феноменологическим. Вместе с тем в нем преобладают рациональные элементы, даже в феноменологическом представлении об иррациональных убеждениях как определяющих поведение факторах.

Наконец, все перцептуальные подходы включают экзистенциальные элементы, что признают и их сторонники. Но эти элементы занимают подчиненное положение и систематически не разработаны, поэтому перцептуальные подходы не могут быть отнесены к экзистенциальной терапии.

Глава 10. Психология и психотерапия личных конструктов: Келли

Один из наиболее систематизированных подходов к психотерапии разработал Джордж А. Келли на основе своей психологии личных конструктов. Келли (1905-1967) получил степень бакалавра в 1926 г. в Парк-колледже, степень магистра в Университете Канзаса в 1928 г., а степень доктора философии в университете штата Айова в 1931 г. Хотя докторская диссертация была посвящена психологии, его ранние работы касались исследования проблем, связанных с обучением, социологией, экономикой, трудовыми отношениями, патологией речи, биометрией и культурной антропологией. В 1931 г. Келли стал преподавать в Форт-Хейском колледже в Канзасе и продолжал работать доцентом, пока в 1943 г. не поступил на двухгодичную службу во флот. Он был доцентом в Университете Мериленда в 1945-1946 гг. В 1946 г. он стал профессором психологии в Государственном университете Огайо и был директором психологической клиники в 1946-1951 гг. и в 1963 г., продолжая оставаться профессором психологии до 1965 г. Затем Келли стал профессором психологии в Университете Брандейс, где и работал до самой смерти в 1967 г.

Келли был представителем по клинической психологии в Американском совете профессиональной психологии. Он также был президентом отделения клинической психологии и отделения консультативной психологии в Американской психологической ассоциации. В 1969 г. были опубликованы избранные труды Келли под названием «Клиническая психология и личность» (*Clinical Psychology and Personality*, Maher, 1969). Одна из работ из этого сборника, «Автобиография теории» (*The Autobiography of a Theory*), представляет собой историю развития теории личных конструктов, начиная с отречения Келли от детерминизма психологии стимулов—реакций, через фрейдистский период к ориентированному на настоящее и будущее представлению о конструктивном альтернативизме. Статья, посвященная памяти Келли, вышла в выпуске *History of Psychology* за 1990 г. (Niemeyer, 1990).

Становление и развитие

«Психология личных конструктов» (Kelly, 1955), по словам Келли, сначала была справочником по клиническим процедурам, которые собирались на протяжении 20 лет до выхода в свет этого двухтомника. Подход типа «как сделать» не удовлетворял Келли, и он занялся исследованиями, чтобы ответить на вопрос «почему». Вскоре Келли обнаружил, что его результаты не согласуются с представлениями традиционной психологии. Многие неявные допущения принимались за истину, поэтому предстояло создать новый подход, стройную систему, что требовало развития точных положений и прояснения мнений, которые до сих пор безусловно воспринимались клиницистами как аксиома. Таким образом, сначала требовалось создать теорию личности, после чего переходить к ее применению в психологической практике.

Созданная Келли система заметно отличается от привычных психологических систем. Популярный в то время термин **научение** не только не занимает в ней центрального места, но практически не фигурирует. Отсутствуют такие концепции, как Эго, эмоция, мотивация, подкрепление, влечение, потребность, бессознательное. Вместо этого вводятся новые концепции, в частности: фокус пригодности (*foci of convenience*), упреждение (*preemption*), предположительность (*propositionality*), терапия фиксированных ролей (*fixed-role therapy*), творческий цикл (*creativity cycle*), переходный диагноз (*transitive diagnosis*), доверительный подход (*credulous approach*). Другие общеупотребительные концепции, такие как тревога, вина, враждебность несут в себе новый смысл. В результате рождается неортодоксальная теория личности и терапии.

Философия и концепции

Философия конструктивного альтернативизма

Точки отсчета. В основе созданной Келли теории личности лежат две идеи. Во-первых, людей проще понять, если рассматривать их через призму столетий; во-вторых, «каждый человек по-своему представляет себе поток событий, быстро пронесшийся мимо него» (Kelly, 1955, vol. 1, p. 3). С учетом этих соображений появляется возможность открыть способы, при помощи которых люди могут перестроить свою жизнь. Перспективный взгляд, таким образом, сосредоточивается на развитии человечества и на **ученых**, пытающихся предсказывать и контролировать ход событий, в которые они вовлечены. В связи с этим человеческая мотивация видится в новом свете, а не с точки зрения appetites, потребностей и импульсов.

Человечество существует в реальной Вселенной, которая постепенно поддается пониманию. Мысли также реально существуют, но нет полного соответствия между представлениями людей о существующих вещах и тем, что реально существует, хотя это соотношение постоянно меняется. Вселенная едина, все ее части жестко связаны друг с другом, однако и она постоянно меняется, поэтому необходимо принимать в расчет временное измерение. Хотя некоторые аспекты Вселенной имеют смысл вне времени, жизнь подлежит осмыслению только в перспективе времени.

Жизнь обладает способностью представлять иные формы реальности или собственного окружения, а также помещать в свое окружение альтернативные конструкции; таким образом, она не ограничивается простой реакцией на окружение. Человек может иметь неверное представление о реальном феномене, однако это ложное представление само по себе будет реальным; «воспринимаемое им может не существовать, однако его восприятие существует» (Kelly, 1955, p. 8). Люди смотрят на мир через стереотипы, которые представляют собой способы конструирования мира, или **конструкты**. Хотя люди пытаются улучшить свои конструкты за счет расширения их набора с целью привести в оптимальное соответствие восприятие и реальное окружение, более обширная система, в которую входят их конструкты, может противодействовать изменениям по причине их личной заинтересованности или зависимости от нее.

Близкие конструктивные системы могут оказывать взаимное влияние, и их связь при этом усиливается. Разрабатываются системы для конкретных областей знаний — например, для психологии и физиологии, — однако эти области могут перекрываться или порождать альтернативные системы или способы представления тех же фактов, как в случае психологии и физиологии. Не существует универсальной системы конструктов. Все наши системы невелики и имеют ограниченный диапазон. Система личных конструктов ограничена человеческой личностью и проблемами межличностных отношений. Системы имеют центры или точки, в которых они работают наилучшим образом. Теория личных конструктов преимущественно фокусируется на области человеческой адаптации к стрессу, поэтому, собственно, и представляет интерес для психотерапевта.

Конструкты используются с целью прогноза событий. Следовательно, они оцениваются с точки зрения их прогностической значимости. Конструкт может получить подтверждение в результате событий, о которых составлено неверное представление, так как их тоже нужно подтверждать. Конструкты в большей степени подвержены пересмотру, когда проверяются путем эксперимента. Последовательный ход событий позволяет судить о прогностической ценности того или иного конструкта, создавая предпосылки для пересмотра конструктов и конструктивных систем. Некоторые люди боятся выражать и проверять свои конструкты; эта проблема проявляется в процессе психотерапии.

Философская позиция. Мир может быть объяснен различными путями. Интерпретации представляют собой серию последовательных приближений к абсолютной конструкции. **Конструктивный альтернативизм** предполагает,

«что все наши настоящие интерпретации Вселенной подлежат пересмотру или замене... Мы придерживаемся мнения, что всегда имеются альтернативные конструкции, при помощи которых можно объяснять мир и взаимодействовать с ним. Никто не должен загонять себя в угол; никто не должен полностью подчиняться обстоятельствам, быть жертвой своей биографии» (Kelly, 1955, p. 15).

Одни альтернативы лучше, другие хуже; некоторые порождают проблемы. Единственным критерием является специфическая прогностическая значимость каждой из них, а также той системы, частью которой она может стать.

Конструкты не обязательно выражаются в словах, иногда их попросту невозможно вербализовать; подобная концепция представляется скорее психологической, чем философской. Конструктивный альтернативизм — это скорее философская точка зрения, а не философская система. Эта точка зрения некоторым образом связана с различными философскими системами и вместе с тем находится в области эпистемологии, называемой **гносеологией** (т. е. природой знаний). Она также опирается на **эмпиризм и прагматическую логику**, однако, являясь в меру **рационалистической**, стоит в стороне от традиционного реализма, который превращает людей в жертвы обстоятельств.

Идея о единой Вселенной содержит в себе детерминизм. Вместе с тем в связи с отсутствием повторяемости и уникальностью каждой цепочки событий «нет ничего страшного в том, чтобы признать это и сказать о предопределенности. Это действительно последовательность — но она бывает лишь однажды!» (там же, р. 21). В данном случае важен такой аспект детерминизма, как контроль высшего конструкта над своими элементами. Элементы не определяют конструкт, который, таким образом, свободен или независим от них.

«Детерминизм и свобода неразделимы, поскольку то, что определяет, соответственно свободно от этого определяемого. Детерминизм и свобода представляют собой стороны одной медали — два аспекта одних и тех же отношений. Таким образом, человек, в той степени, в какой он может управлять своими обстоятельствами, может обрести свободу от их власти... Теории представляют собой плод размышления человека, ищущего свободу посреди водоворота событий. Теории включают основные убеждения, касающиеся конкретных областей этих событий. В той мере, в какой эти события могут быть, независимо от этих прошлых убеждений, интерпретированы, предсказаны, а их ход рассчитан, люди обретают контроль и собственную свободу в этом процессе» (Kelly, 1955, pp. 21-22).

Что касается людей, которых ограничивают их же конструкты, теория личных конструктов помогает им переосмыслить собственную жизнь, чтобы перестать быть заложниками прошлого.

Базовая теория

Основной постулат. Процессы конкретного человека психологически направляются по тем каналам, в русле которых антиципируются события. Будучи постулатом, это утверждение не подлежит обсуждению. Оно принимается без доказательств. Термин **процессы** указывает на то, что человек — существо действующее, поэтому нет необходимости ссылаться на какую-либо психическую энергию. Термин **«канализируются»** говорит о наличии сети путей, гибких, но структурированных, которые одновременно облегчают и ограничивают диапазон действий индивида. **Антиципация** указывает на прогностические и мотивационные составляющие, направленные в будущее. «**Антиципация** — это движущая сила личных конструктов» (там же, р. 49). Психология личных конструктов развивается из этого постулата через следствия, отчасти вытекающие из него, а отчасти развивающие и дополняющие его.

Следствие конструирования. Человек антиципирует события, конструируя их копии. Это означает, что события можно предсказать, основываясь на повторяющихся аспектах событий или структурируя их. Структурирование не идентично словесной формулировке; оно не обязательно должно происходить в символическом виде.

Следствие индивидуальности. Люди отличаются друг от друга тем, как они структурируют события. Это объясняется тем, что нет людей, которые одинаково участвуют даже в одном и том же событии.

Следствие организации. Каждый человек вырабатывает для удобства антиципации событий особую систему конструирования, в которой устанавливаются определенные взаимоотношения в ряду конструктов. Система конструктов минимизирует несовместимость и непоследовательность, создает иерархию конструктов, в которой выделяются главные и подчиненные. Время от времени эта система требует пересмотра, однако индивид может

предпочесть сохранить статус-кво. Хотя это напоминает концепцию потребности в целостности «Я» Лекки (Lecsky, 1945), однако индивид стремится не к целостности как таковой, а к сохранению системы, поскольку система необходима для антиципации (предвосхищения) событий.

Следствие дихотомии. Система конструирования состоит из ограниченного числа дихотомических конструкторов. Сходства и отличия, проявляющиеся в повторах, характеризуют один и тот же аспект; таким образом, если выбрать аспект, в котором А и Б сходны между собой, но отличны от В, этот аспект и составляет основу конструктора. «В своем минимальном контексте конструктор представляет собой взаимоотношения, в которых не менее двух элементов сходны между собой и отличаются от третьего» (Kelly, 1955, p. 61). Концепции не имеют смысла вне сопоставления с контрастирующими, противоположными или дополнительными; например, **хорошее** обретает смысл лишь в сравнении с **плохим**.

Следствие выбора. Человек выбирает альтернативу в дихотомическом конструкторе, с помощью которого он антиципирует более высокую вероятность расширения и определения системы. Выбор заключается в придании относительных ценностей альтернативным значениям дихотомий. Расширение и определение включает как развитие, или дополнение, так и эксплицитность, или ясность. В то время как выбор, если можно так выразиться, представляет собой «поиск самозащиты» или «сохранение собственной целостности,... система конструирования у каждого человека, с нашей точки зрения, предназначена для антиципации событий. Если бы она имела иное назначение, она, вероятно, была бы иначе оформлена» (там же, p. 67). Таким образом, человек не ищет удовольствия, удовлетворения, вознаграждения или снижения напряжения, он стремится прогнозировать события; «это непрерывное движение к прогнозированию событий, а не серия сделок с целью получения временного удовлетворения, и это движение есть суть человеческой жизни (там же, p. 69).

Следствие диапазона. Конструктор пригоден для антиципации лишь ограниченного круга событий. Конструкторы ограничены определенным диапазоном перцептуального поля и применимы только к нему. Некоторые люди используют конструкторы более широко, чем другие.

Следствие опыта. Система конструирования человека меняется по мере того как он успешно интерпретирует повторяющиеся события. События подчиняют систему личных конструкторов процессам проверки на правильность, что ведет к пересмотру системы или перестройке жизни через опыт. Научение — неотъемлемая часть этого следствия и, таким образом, является частью предполагаемой структуры теории; научение не является особым классом психологических процессов, оно сродни любому другому и всем сразу.

Следствие модуляции. Вариации системы конструкторов ограничены их проницаемостью, в диапазоне которой располагаются возможные варианты. **Проницаемость** — это пропускная способность для новых, еще не подвергшихся толкованию элементов. Вариантами служат старые и новые конструкторы. Изменение, таким образом, происходит в рамках системы, в которой вышестоящие конструкторы пропускают в свой контекст новые.

Следствие фрагментации. Человек может последовательно применять разнообразные подсистемы конструкторов, несовместимые друг с другом. Последовательная несовместимость между подсистемами может быть согласована в рамках большей системы. Последовательные формулировки могут не вытекать друг из друга; новые конструкторы не обязательно являются дериватами старых конструкторов, они могут происходить из этой большей системы.

Следствие общности. В той мере, в какой человек использует конструирование переживаний, сходное с тем, что используется другим человеком, их психологические процессы похожи. Дело не столько в переживании одних и тех же событий или стимулов, а в сходном их конструировании (причем сами события могут принципиально различаться), что и является причиной сходства психологических процессов. С феноменологической точки зрения полная идентичность конструкторов или процессов невозможна.

Следствие социальности. В той мере, в какой человек интерпретирует процесс конструирования другого человека, он может принимать участие в социальном процессе, включающем другого. Это нечто большее, чем способность видеть глазами другого человека; это также способность понимать точку зрения другого, в определенной степени принимать его и его взгляд на вещи. Все это служит основой для конструктивных с ним отношений.

Толкование мыслей других людей позволяет нам прогнозировать их поступки. Хотя общность делает более вероятным понимание системы конструкторов другого человека, это не является существенным.

Природа личных конструкторов

Индивидуальное использование конструкторов. «Конструктор представляет собой представление о некоторых вещах в плане их сходства и различия» (там же, р. 105). Различие включается в понятие конструктора, а не образует иную концепцию, как в обычной логике. В этом отношении конструктор отличен от концепции. Он включает не только абстрактный элемент концепции, но также и восприятие. Дихотомия представляет собой универсальный аспект человеческого мышления.

Человек не способен выразить всю систему своих конструкторов целиком и может неверно истолковать перспективы развития ситуации. Индивиду иногда не удается выразить некоторые конструкторы в форме, понятной окружающим, чтобы они могли включить их в собственные системы, правильно прогнозируя его поведение. Он может выразить свои конструкторы недостаточно полно, упуская сопоставление, например, сказав: «Мэри нежна». Слова о нежности Мэри подразумевают, что, как минимум, один человек нежен, а другой нет, или же, с учетом минимального контекста для конструктора (три элемента), двое других нежны. Любое другое утверждение нелогично и антипсихологично. Говорить о том, например, что все нежны, бессмысленно. Поскольку конструкторы в основном индивидуальны, их не так-то просто понять. Таким образом, в целом ряде случаев человек имеет в виду совсем не то, что говорит.

Конструкторы абстрагируют повторяющиеся свойства событий и предполагают, что эти повторяющиеся свойства могут проявиться в другом событии. Прогноз, таким образом, строится на толковании. Предсказывается не конкретное событие, а его свойства, сочетающиеся особым образом. Прогноз подтверждается только в том случае, когда происходит событие, которое может быть предсказано точно так же, как и сочетание его свойств.

Конструкторы позволяют связывать или группировать события, делая их прогнозируемыми и управляемыми. Человек властвует над собственной судьбой в той степени, «в какой он способен создать систему конструирования, с помощью которой он идентифицирует себя и которая настолько всеобъемлюща, что включает окружающую его действительность... Согласно этой точке зрения, человечество медленно обучается контролировать свою судьбу, хотя процесс этот длинный и утомительный» (там же, р. 127).

Индивид обладает выбором между двумя полюсами, или крайними значениями, конструкторов, однако сам подвержен влиянию комплекса взаимосвязей внутри системы конструирования. Вместе с тем для расширения системы могут создаваться новые конструкторы. Конструктор в результате представляет собой конкурирующие гипотезы, причем индивид может действовать в соответствии с любой из них.

«Я» также представляет собой конструктор. Использование «Я» как отправной точки формирования конструкторов приводит к тому, что они жестко контролируют поведение, особенно поведение по сравнению с другими людьми. Эти сравнения, которые делает индивид, контролируют его социальную жизнь. «Когда человек истолковывает поведение других людей, он формирует систему конструкторов, регулирующую его собственное поведение» (там же, р. 133) — таким образом, каждый из нас определяет свою роль. Система конструкторов обнаруживает себя, когда человек говорит о других людях.

Формальные аспекты конструкторов. Символизм позволяет с помощью одного из элементов отобразить весь конструктор. Коммуникация, таким образом, представляет собой воспроизведение символического элемента с целью выявления параллельного конструктора у другого индивида. Слова играют роль символов, но не всегда эффективно. Фигуры, такие как мать или отец, могут символизировать конструкторы. Этот вид символизма характерен для детей. Такие фигуры придают конструктору ясность и стабильность (ригидность).

Для оценки конструкторов других людей используются различные аспекты. Наиболее употребительным является параметр абстрактное/конкретное, однако оно не очень-то

помогает; гораздо более полезен параметр проницаемость/непроницаемость, о котором уже шла речь. **Упреждающий конструкт** приписывает элементы исключительно к одной сфере — мяч может быть только мячом и ничем иным. **Констелляционный конструкт** допускает одновременную принадлежность своих элементов к другим сферам (например, мяч может отскакивать от поверхности, подобно другим предметам). **Предполагающий конструкт** оставляет свои элементы открытыми для толкования, не определяя других сфер, к которым они могут принадлежать (например, «любое округлое тело может оказаться, в том числе и мячом», р. 155). Он в корне отличается от упреждающих и констелляционных конструктов. Имеются и другие аспекты, такие как **тревога**, **враждебность**, **перенос** и **зависимость**, о которых пойдет речь ниже.

Изменение конструктов. Валидизация является результатом предугадывания или прогноза. Валидизация — это не подкрепление; она гораздо шире и может включать, например, перелом ноги после того как это событие было предсказано. Несостоятельная валидизация ведет не только к изменениям прогноза, но также и к обращению к иному конструкту в качестве основы для прогноза или к пересмотру системы конструктов. Формированию новых конструктов благоприятствуют определенные условия, в том числе подход к конструктам в контексте, исключая собственное «я» или членов семьи и, напротив, включающим в качестве контекста свежий набор элементов. Именно это и делает терапия. К другим условиям относятся атмосфера экспериментирования, в которой «испытываются» предположительные конструкты, а также доступность валидирующих данных — знание результатов. Вместе с тем результаты следует анализировать с позиции участника, а не экспериментатора.

Наиболее важным условием, неблагоприятным для формирования новых конструктов, служит **угроза**. «Конструкт служит угрозой, когда он сам является элементом конструкта более высокого порядка, несовместимого в свою очередь с другими конструктами высшего порядка, которые связаны с жизненными интересами индивида» (там же, р. 166); например, «конструкт опасности представляет собой угрозу, когда становится элементом в контексте смерти или травмы» (там же, р. 166). Такие элементы исключаются из системы личных конструктов, поскольку они несовместимы и воспринимаются как угрожающие, когда представляются элементами нового конструкта, и потому не могут быть использованы без затруднений.

«Эффект угрозы приводит к тому, что клиент судорожно цепляется за свой базовый конструкт. Угроза вызывает необходимость мобилизовать все ресурсы. Следует иметь в виду, что мобилизованные ресурсы могут не всегда быть зрелыми и эффективными. Следовательно, под влиянием угрозы человек часто ведет себя по-детски. Другим эффектом от введения угрожающих элементов, часто весьма нежелательным, является склонность клиента опираться на свой травматический опыт как на субъективное оправдание своих неадаптивных представлений» (Kelly, 1955, pp. 167-168).

Вторым неблагоприятным условием для формирования новых конструктов является озабоченность старым материалом, старыми непроницаемыми конструктами, старыми привычками. Третье условие — это отсутствие лаборатории, в которой можно испытывать новые конструкты в относительно контролируемой и безопасной ситуации.

Смысл опыта. Наш опыт есть часть всех происшествий в мире, которая касается нас. Вместе с тем события происходят с нами лично, лишь когда мы ведем себя в соответствии с ними, интерпретируем их, а не только когда реагируем на них. Люди не учатся на опыте; научение и есть опыт. Последующее толкование или реконструкция событий обогащают опыт.

Психология личных конструктов расценивает опыт индивида как феноменологический, однако пытается

«приподнять данность от личного на сравнительно высокий уровень абстракции. Это несколько напоминает высказывание, что мы конкретно работаем с абстракциями человека, а не абстрактно с его конкретикой. Бихевиоризм, например, поступает иначе; он создает общественные абстракции из минутной личной конкретики» (Kelly, 1955, р. 173).

Психотерапевт, работающий в рамках личных конструктов, наблюдает конструкты или абстракции поведения своих клиентов, принимает номинальную ценность всего, что видит и слышит, в том числе всего, что касается конструктов клиента. Это обычно называется **принятием**; это **доверительная установка**. Абстрактные элементы в системе индивида —

это конкретные элементы, ждущие конструирования в системе психотерапевта. «Все это значит, что мы не можем считать психологию личных конструкторов феноменологической теорией, если это означает игнорирование личных конструкторов психолога, осуществляющего наблюдение» (там же, р. 174).

Теория личных конструкторов, подобно перцептуальным теориям, предполагает внеисторический подход, который заключается в том, что действительность человека в каждый конкретный момент определяется его взглядами в этот момент, а прошлое оказывает влияние на поведение лишь через текущее восприятие. Основа восприятия включает как «бессознательные», так и сознательные процессы. Исторический метод исследования может быть использован для выявления последовательной стереотипизации элементов, входящих в личные конструкторы индивида.

В валидации личных конструкторов человека заметную роль играют окружающие. Их мнение учитывается при оценке истинности конструкторов, не связанных с людьми. Если же конструкторы индивида включают людей в качестве элементов, а другой человек ведет себя несообразно ожиданиям, индивид испытывает угрозу. В свою очередь он также испытывает определенное влияние; даже отвергая ожидания других, человек составляет представление о себе в зависимости от этих ожиданий.

Другим аспектом валидации с помощью групповых ожиданий является конструирование роли. Понятие **роль** используется применительно к деятельности человека в свете его представлений о системах личных конструкторов одного или нескольких других людей. Таким образом, играя роль, индивид действует, как ему кажется, в соответствии с представлениями окружающих, поэтому толкование роли следует валидизировать в терминах ожиданий этих окружающих. Эта последняя ситуация иллюстрирует типичный подход для психотерапевта личных конструкторов, который стремится выяснить роль по отношению к другим людям. Теория личных конструкторов является, по существу, «ролевой теорией».

Культура влияет на личные конструкторы индивида, приводя к сходству конструкторов у представителей одной культуры. Психотерапевту следует иметь в виду эти культурные влияния и рассматривать эти групповые конструкторы как элементы, на которых человек строит свои личные конструкторы. Таким образом, сходства и различия между людьми в культуре должны быть максимально учтены.

Диагностические конструкторы. Назначением диагностических конструкторов является обеспечение клиницистов набором профессиональных конструкторов, которые могут охватывать личные конструкторы клиентов; это дает клиницисту возможность играть профессионально значимую роль в отношении своих клиентов. Эти конструкторы не имеют ничего общего с диагностическими категориями, типами людей или чертами характера; скорее они представляют собой набор универсальных систем координат, в соответствии с которыми можно очертить любое поведение клиента и изменения в его психологических процессах. Эти конструкторы используются не для классификации клиентов, а для демонстрации различных направлений движения, открытых перед ними. Детальное письменное структурирование клиницистом опыта клиента называется **структуризацией**. **Структурирование** обозначает план, который согласует поведение клиента с его внутренними личными конструкторами, а затем приводит их в соответствие с собственными системами клинициста или подключается к ним. Феноменологический подход используется, чтобы выйти на личные конструкторы индивида, а затем они с помощью нормативного подхода сопоставляются с тем, что известно о других людях, таким образом переводя системы каждого клиента в область общественного.

Хороший диагностический конструктор должен обладать характеристиками других хороших конструкторов. Это, в частности, предположительность (относительная независимость), дихотомия, проницаемость, определяемость (операционная), временный характер, прогностичность, социальность, а также способность выдвигать гипотезы, особенно касающиеся лечения.

Основные диагностические конструкторы

Довербальные конструкторы. Довербальным называется конструктор, который клиент продолжает использовать, несмотря на отсутствие устойчивого словесного символа. Слова

облегчают использование и модификацию конструктов, в то время как другие символы более громоздки и, как следствие, тормозят коммуникацию и обсуждение. Довербальные конструкты обычно возникают в раннем детстве и часто связаны с зависимостью клиента. Они могут представлять собой своего рода ядро системы конструирования и могут перекрываться вводящими в заблуждение вербализованными конструктами. Признаками довербальных конструктов являются смущение во время разговора, способность с большим успехом проиллюстрировать конструкт, чем вербализовать его, проявление конструкта в сновидениях, которые плохо запоминаются, воспоминания о событиях, в реальности которых клиент не уверен. Довербальные конструкты отчасти включают в себя концепцию бессознательного. (Другие аспекты этой концепции включаются в описанные ниже конструкты.) Неспособность клиента истолковать события так, как это делает клиницист, следует интерпретировать не как неосознанность этой способности, а как действительную неспособность. Возникающая позднее способность клиента к толкованию событий в соответствии с представлениями клинициста отражает сформировавшуюся у него новую систему конструктов, а не проявление бессознательного.

Погружение. Погружение соответствует избеганию или игнорированию одного из полюсов дихотомического конструкта, обычно противоположного полюса. Конструкты с погруженным полюсом не поддаются тестированию.

Зависание. В процессе пересмотра конструктов одни элементы выпадают, другие выходят на первый план. «Когда структура отвергается по той причине, что на данный момент она несовместима с общей системой, которую использует индивид, можно сказать что она подверглась **зависанию**» (р. 472). Это сродни забыванию, диссоциации и подавлению. Неструктурированный материал «забывается» или «подавляется».

Уровень когнитивного осознания. Предыдущие три конструкта предполагают низкие уровни когнитивного осознания. Высокоуровневым считается такой конструкт, который легко выражается в социально эффективных символах, имеет альтернативы, которые также легкодоступны, находится в диапазоне пригодности главных конструктов клиента и при этом не «подвешивается» вышестоящими конструктами.

Расширение и сужение. Речь идет о расширении перцептуального поля с целью увеличения охвата, после серии поочередного использования несовместимых систем. Сужение происходит в том случае, когда индивид сужает перцептуальное поле для минимизации явных противоречий в системе.

Всесторонние конструкты и частные конструкты. Всесторонние конструкты включают широкое разнообразие событий; это не обязательно вышестоящие конструкты. Частные конструкты охватывают небольшой круг событий.

Вышестоящие конструкты и подчиненные конструкты. Вышестоящий конструкт использует в качестве контекстуального элемента другой конструкт, который, в свою очередь называется подчиненным.

Преобладание. Вышестоящий конструкт, приписывающий каждый из своих элементов к категории исходя из принципа все-или-ничего, называется преобладающим (*regnant*) конструктом. Например, если бы мы сказали, что все лопаты являются орудиями труда, в этом случае конструкт **орудия труда** был бы преобладающим и вышестоящим. Этот прием классической логики позволяет упростить систему личных конструктов.

Основные конструкты и периферические конструкты. Основными называются такие конструкты, которые используются индивидом для поддержания идентичности и существования. У здорового человека эти конструкты всесторонни и проницаемы. Периферические конструкты могут подвергнуться изменению без значительной модификации ядерной структуры. Их переформулировка — гораздо менее сложное дело, чем изменение основного конструкта.

Жесткие конструкты и свободные конструкты. Жесткие конструкты ведут к неизменному прогнозу, в то время как свободные конструкты позволяют делать различные прогнозы. Свободные конструкты сродни предварительным наброскам проекта.

Переходные конструкты

Конструкты привносят элемент стабильности в опыт. Когда они изменяются, переходы представляют проблемы. Переходные конструкты затрагивают этот процесс изменения и включают следующие аспекты.

Угроза. «Угроза — это осознание неминуемого коренного изменения в своих основных структурах» (там же, р. 489). Психотерапевт, ждущий от клиента изменений, несет в себе угрозу, особенно когда клиент находится на пороге значительных перемен.

Страх. Страх — это осознание неизбежного изменения в частном основном, а не во всестороннем конструкте.

Тревога. Тревога — это признание индивидом того, что события, с которыми ему довелось столкнуться, выходят за рамки диапазона пригодности его системы конструктов. Поскольку конструкты неприменимы, он не может однозначно интерпретировать события, то есть возникает двусмысленность. Ослабление вышестоящих конструктов может повысить толерантность к двусмысленности и, следовательно, привести к уменьшению тревоги; однако, если ослабление заходит слишком далеко, может развиться шизофрения. Переопределение и усиление проницаемости вышестоящей системы также помогают справиться с тревогой. Еще одной защитой от тревоги является повышение жесткости конструктов.

Вина. В рамках основной структуры индивида формируется основная роль, которая включает часть ролевой структуры, поддерживающую целостность «я». Вина — это переживание, возникающее в результате восприятия очевидной утраты своей основной ролевой структуры. Основная роль — это не поверхностная роль, «это та роль, которую человек играет так, как если бы его жизнь зависела от этого. В действительности его жизнь от этого и зависит» (там же, р. 503). Когда человек обнаруживает, что вел себя несообразно своей роли, он ощущает вину. Наказание — не результат вины, скорее наоборот. Мы наказываем тех, от кого исходит угроза, чтобы защитить себя от угрозы быть похожими на них и заставить их почувствовать себя виноватыми.

Агрессивность. Агрессивность — это активное расширение перцептуального поля. Агрессивный человек имеет более выраженную склонность делать выбор, разрешать ситуации, требующие активных действий. Сферы тревоги одновременно являются и сферами проявления агрессивности. Агрессивный индивид воспринимается окружающими как источник угрозы.

Враждебность. Враждебность представляет собой попытку заставить другого человека признать истинность ложного прогноза. «Другой человек является жертвой, причем не столько деструктивных побуждений враждебно настроенного индивида, сколько его отчаянных и нереалистичных попыток выиграть пари, которое уже проиграно» (там же, р. 511). Повторные доказательства собственной неправоты заставляют враждебно настроенного индивида ощущать вину.

Последовательные изменения конструктов

Существуют типичные последовательности изменений в конструктах, которые используются для функционирования в повседневных ситуациях. Ниже описаны две из них, цикл *С-Р-С* и творческий цикл.

Цикл С-Р-С. Цикл *С-Р-С* представляет собой последовательность конструирования начиная с обдумывания через упреждение к контролю, что ведет к выбору, касающемуся собственного «Я». **Конструкт обдумывания** включает серию предположительных конструктов. Таким образом, это процесс, начинающийся с охвата всех элементов в целом с последующим фокусированием на одном из них, что ведет к выбору, или контролю данного конструкта через вышестоящий. Чтобы понять, как делается выбор, необходимо понять имеющиеся у человека альтернативы и взглянуть на них с его точки зрения. **Импульсивность** представляет собой форму контроля, при которой укорачивается период обдумывания, предшествующий выбору или принятию решения. Это попытка быстро принять решение.

В цикле *С-Р-С* действующее лицо начинает с обдумывания ситуации, охватывает ее в целом, учитывая различные элементы или альтернативы. Далее он устанавливает приоритет конкретного вышестоящего конструкта как средоточие данной ситуации, упреждая роль

всех других аспектов. В этот момент и совершается выбор действия или контроля.

Творческий цикл. Творческий цикл начинается с ослабления конструкторов, включая исследование и эксперимент, затем следует формирование более жестких и валидизированных конструкторов. Диагностические конструкторы выбираются в соответствии с теорией личных конструкторов и по степени пригодности психотерапевту. Они отражают, во-первых, направления, в которых люди могут изменяться, перестраивая собственную жизнь, и, во-вторых, отличия индивидов друг от друга и особенности их собственных состояний в разные моменты времени. Это отнюдь не категории для классификации людей.

Типы психических расстройств

Для иллюстрации использования параметров диагнозов, или диагностических конструкторов, конструкторы включены в обширную систему, содержащую представительные типы психических расстройств. Сами по себе диагностические конструкторы не обязательно указывают на расстройства, однако они разработаны с тем, чтобы отражать различные системы личных конструкторов. Расстройство обычно имеет более одного параметра. Расстройства не являются нозологическими категориями или самостоятельными заболеваниями.

Расстройство — это любой личный конструктор, который используется повторно, несмотря на противоречащие ему факты. Психические расстройства можно объяснить также с другой точки зрения, например отталкиваясь от прошлых событий; вместе с тем прошлое не подлежит изменению, поэтому вмешательство, основанное на таких представлениях, заключается в попытке заменить старые переживания новыми или же повернуть время вспять. Гораздо более перспективной представляется работа с системой личных конструкторов индивида. Покаяние замещается сожалением; компенсация — перестройкой; прошлое — будущим.

Существует две основные группы расстройств: расстройства толкования и расстройства перехода.

Расстройства толкования. Расстройства толкования объединены в три группы. Первая из них — **расстройства расширения** — возникает, когда индивиды не имеют вышестоящих конструкторов для управления расширившимся перцептуальным полем. Индивид мог утратить или отказаться от управляющих конструкторов, а затем перейти к неадекватным довербальным конструктам зависимости, слишком общим и проницаемым. Расширение может произойти в рамках свободных конструкторов, в попытке охватить расширенное поле. Так называемые **маниакальные клиенты**, как правило, страдают расстройством расширения. В **депрессивной фазе** клиент пытается ограничить поле. Расширение также проявляется в случаях паранойи.

Вторая группа расстройств толкования — **расстройства изменения жесткости конструкторов**. Индивид с жесткими конструктами способен на чрезвычайно точные прогнозы, однако его вышестоящей структуре недостает проницаемости. Предчувствия индивида не могут материализоваться, поэтому конструкторы подлежат списанию. Индивид начинает тревожиться и вынужден прибегнуть к сужению или довербальным обобщенным структурам. Результатом может стать самоубийство или развитие психоза. Индивид со свободными конструктами вариабелен, приспосабливается к переживаниям с помощью растяжения конструкторов, редко допускает ошибки в своих прогнозах, потому что все они носят общий характер. Чрезмерное освобождение конструкторов с трудом переносится окружающими, что может привести к избеганию индивида и социальной изоляции. Такие люди зачастую именуется **шизофрениками**. С утратой социальной роли может развиваться чувство вины при условии, что индивид сознает эту утрату и не склонен отрицать ее, сужая поле восприятия.

Третьей группой расстройств толкования являются **расстройства, включающие основные конструкторы**. Физические жалобы часто затрагивают основные конструкторы, одновременно свидетельствуя о наличии зависимости. Возникает потребность в **психосоматических симптомах**, поскольку затронуты жизнеобеспечение и безопасность. При **конверсионных реакциях** клиент мыслит двойственно, переводя психологические проблемы

в физиологические. В этом упреждающем конструкте проблема представляется физической.

Расстройства перехода. Агрессия и враждебность являются расстройствами перехода. Агрессия часто служит выходом для враждебности, агрессивные действия дают выход враждебным чувствам. Враждебность требует переосмысления, она не уходит в процессе катарсиса. Агрессия может привести к игнорированию собственной роли или неспособности выработать эту роль, обращению с окружающими как с объектами манипуляции, а не с людьми, которых надо понять. Обращение с окружающими как с людьми, а не объектами, требует времени, которое нетерпеливый, агрессивный человек часто не желает тратить. Агрессивный индивид по этой причине имеет проблемы «с авторитетными фигурами». Агрессия может привести к появлению чувства вины в той или иной форме, когда индивид ощущает, что его роль находится под угрозой. Враждебность нереалистична, хотя и она может приносить плоды, если вынуждает окружающих вести себя определенным образом, умиротворяя враждебно настроенного индивида, извинять его выходки, и в результате он добывается своего.

Расстройства с проявлениями тревоги, самоограничения и вины. Тревожный индивид обладает системой конструктов, которая себя не оправдывает, но ее нечем заменить. В этом смысле все расстройства толкования включают тревогу. Тревога может быть незаметна, однако о ней можно судить по тем действиям, которые предпринимаются с целью ее избежать или взять под контроль; в частности, это плач, импульсивность, расширение или сужение. Все виды поведения можно рассматривать как направленные на избегание тревоги или принятие тревоги, однако это привело бы к нирване. Как правило, люди стремятся взять тревогу под контроль, а не избежать ее.

Сужение можно считать избеганием тревоги. Это способ уменьшения собственного мирка до размеров, когда он становится управляемым. Сужение и упреждение часто сопутствуют друг другу. Индивид становится ограниченным, накапливаются неразрешенные вопросы, что ведет к непреодолимой тревоге. **Инволюционная меланхолия** представляет яркий тому пример.

Жизнь трудна при наличии сильного чувства вины, которое затрагивает основную роль индивида. Вина может привести к враждебности или физическому заболеванию и даже смерти. **Параноидная гомосексуальность** представляет собой расстройство вины.

Расстройства, связанные с зависимостью. Зависимость не относится к основным осям системы диагностических конструктов, однако она создает почву для расстройств. Каждый человек от кого-нибудь зависит. Нормальный индивид избирательно и широко распределяет эти свои зависимости; страдающий расстройством неразборчив в зависимостях и ищет кого-нибудь, на кого можно сбросить груз забот. Враждебность часто является результатом безуспешного поиска подходящего объекта.

«Психосоматические» и «органические» проблемы. Соматические симптомы у индивида с психологическим конфликтом чрезвычайно устойчивы, поскольку они воспринимаются как физические клиентом, мыслящим двойственно. Многие психологические расстройства включают «психосоматические» симптомы, однако сам термин не имеет точного значения в системе личных конструктов.

Черты органически неполноценного индивида диктуются попытками переосмыслить себя в ограниченном мире. При этом могут быть использованы искаженные или же сравнительно непроницаемые конструкты. «Органическая» симптоматика может также выявляться у лиц с глубоко укоренившимся ощущением собственной неадекватности, которые « витают в облаках ».

Расстройства, связанные с контролем. Расстройства контроля отражают ложную систему вышестоящих конструктов. Вышестоящий конструкт может поглощать или контролировать все новые переживания, практически не меняясь. Расстройства с проявлениями импульсивности отражают проблемы с циклом *C-P-C*, приводя к укорочению этого цикла.

Не все расстройства являются расстройствами **формы** личных конструктов, хотя эти формы являются элементами диагностических измерений. Некоторые трудности вытекают из **содержания** конструктов. Кроме того, терапия отчасти может происходить без учета диагностических конструктов. Не все важные процессы научения проходят на кушетке.

Терапевтический процесс

Психотерапия представляет собой психологический процесс, меняющий взгляды человека на определенные аспекты жизни. Она включает перестройку, как правило, жизненной роли клиента, или той роли, которую избрали себе клиенты. Психологические расстройства могут быть прослежены до характеристик системы конструирования индивида. Они проявляют себя в жалобах — жалобах клиента на себя и жалобах окружающих на клиента. На феноменологическом уровне, следовательно, задачей психотерапии является устранение жалоб.

Представления и ожидания клиента. Психотерапевт должен быть готов принять самые разные представления клиента о психотерапии. Это необходимо для того, чтобы использовать эти представления в дальнейшем, видоизменяя их. В ходе терапии взгляды клиента меняются, становятся более полными, всесторонними. Клиент узнает, что исход психотерапии — это не фиксированное состояние дел, а удобный момент для того, чтобы наметить жизненный план и открытый этап непрерывного процесса.

Вместе с тем клиент составляет представление о психотерапевте и его роли в отношении к его (клиента) представлениям о психотерапии. Восприятие клиентов может быть расширено до принятия психотерапевта как человека, соответствующего их ожиданиям. Клиенты воспринимают психотерапевта по-разному как родителя, защитника, искупителя грехов, авторитетную фигуру, властную фигуру, собственность, идеального человека или компаньона, источник угрозы, актера или партнера по спектаклю, человека, дающего кратковременную передышку от стресса, защищающего от изменений, представителя реального мира. Последнее определение наиболее точно соответствует терапевтическим целям, поскольку на его основе формируются взаимоотношения, в которых клиенты могут проверить свои конструкты в экспериментальных, или лабораторных, ситуациях. Психотерапевту, таким образом, предстоит сыграть множество ролей, он должен хорошо уметь выражать свои мысли, аргументированно подтверждать или опровергать наблюдения клиента. Это по силам практически всем психотерапевтам, за исключением разве что совсем неопытных. Вместе с тем некоторые психотерапевты терпят неудачу прежде всего потому, что настаивают на авторитарном стиле взамен отношений сотрудничества или в связи с тем, что боятся результата таких экспериментальных взаимоотношений.

Представления психотерапевта о собственной роли. Клиницисты оказывают помощь клиентам в изменении или постепенном преобразовании системы конструктов — процессе, которому предстоит идти на протяжении всей жизни клиента. Любое изменение или движение, большое или малое, является результатом изменения конструктов.

Роль клинициста, следовательно, многогранна. Сюда относятся инициация поверхностных изменений за счет создания атмосферы угрозы или тревоги, последовательное обесценивание привычных для клиента средств и приемов, вовлечение клиентов в ситуацию, где им предстоит играть роль, противоположную той, которой от них ждут, побуждение клиентов к действию. Более глубокие подходы включают **направленное совершенствование** (*controlled elaboration*), или помощь клиентам в проработке системы конструктов с целью привести второстепенные конструкты в соответствие со всей системой.

Основная, фундаментальная роль психотерапевта состоит в том, чтобы помочь клиентам пересмотреть свои конструкты. Между тем психотерапевт начинает с того, что принимает систему представлений клиента такой, какая она есть. Такое принятие означает не столько одобрение, сколько готовность использовать систему клиента и попытаться прогнозировать события так, как это делает клиент. Одного лишь принятия недостаточно для терапевтического прогресса, за исключением простых случаев. Психотерапевты, помещая себя на место клиента, сохраняют профессиональный взгляд на существо проблем. Психотерапевт включает систему представлений клиента в более широкие рамки (которые сам же и создает).

Основные подходы к пересмотру конструктов

Психотерапевт помогает клиенту выработать новые конструкты или внести значительные изменения в старые конструкты несколькими способами.

1. **Психотерапевт избирательно вводит новые концептуальные элементы.** Эти связанные с переживаниями элементы не должны точно укладываться в существующую систему взглядов клиента, иначе они не войдут с ней в противоречие и инициируют лишь поверхностное движение. Однако, если новый элемент заставляет клиента сопротивляться пересмотру конструктов, это таит в себе опасность глубокой травматизации клиента. Психотерапевт должен бдительно следить за реакцией клиента на новые элементы. Роль психотерапевта «включает искусное введение новых концептуальных элементов, которые вносят разногласие в систему конструктов клиента, однако отбирать эти элементы следует весьма тщательно, чтобы не спровоцировать катастрофическую революцию» (Kelly, 1955, vol. 2, p. 590).

2. **Психотерапевт ускоряет приобретение клиентом опыта.** Жизненный опыт особенно быстро приобретается в процессе терапии как во время собеседований, так и вне их, причем психотерапевт сталкивает клиента с его проблемами с целью провести клиента через нормальную последовательность жизненных переживаний в ускоренном темпе.

3. **Психотерапевт накладывает свежие структуры на старые элементы.** Несмотря на то что акцент при этом подходе делается на настоящем, представления взрослого человека о прошлом оказывают влияние на его взгляды на настоящее. Таким образом, если прошлое видится глазами ребенка, новые события, напоминающие те, что происходили в прошлом, могут восприниматься по-детски. Психотерапевт помогает клиенту применить взрослые конструкты к детским воспоминаниям. В результате клиент оказывается лучше подготовленным к восприятию настоящих и будущих событий, которые могут быть повторением прошлых.

4. **Психотерапевт помогает клиенту свести некоторые устаревшие конструкты к состоянию непроницаемости.** Когда не удается заставить клиента пересмотреть свое отношение к определенным событиям или фигурам прошлого, психотерапевт «может натолкнуть клиента на мысль об ограниченной применимости данного конструкта, прочно увязать его с прошлыми событиями и фигурами, которые настолько необычны, что слишком мала вероятность столкнуться с ними в будущем, и в заключение прочно связать конструкт словесным символом, с помощью которого можно установить над ним контроль» (Kelly, 1955, p. 592).

5. **Психотерапевт помогает планировать и проводить эксперименты.** Терапия представляет собой лабораторию для проверки идей, а психотерапевт помогает клиенту получить новые данные и сформулировать для проверки гипотезы, не связанные с высоким риском. Кроме того, психотерапевт может принять участие в эксперименте, разыгрывая соответствующие роли.

6. **Психотерапевт аргументированно подтверждает или опровергает наблюдения клиента (выступает в роли валидатора).** Реагируя на конструкты клиента, психотерапевт выступает в роли представителя социального мира и показывает пример естественных человеческих реакций, с которыми клиент встретится за рамками терапии.

Психотерапевт не старается передать клиенту свои личные конструкты, иначе клиент попытается приспособить их к собственной конструктивной системе. В результате клиент, которому было предложено вести себя более уверенно, может начать вести себя, например, заносчиво (с точки зрения психотерапевта). Тем не менее психотерапевты формируют систему конструктов своих клиентов с помощью новых элементов, конструктов, которые они подтверждают или опровергают, гипотез клиента, которые отбираются для экспериментальной проверки. «Выбор психотерапевтом момента, когда прочистить горло, кивнуть головой, одобрительно хмыкнуть, выражает его отношение к тому, что он считает неуместным, временным или понятным» (там же, p. 594).

Психотерапия, согласно психологии личных конструктов, — это экспериментальный процесс, поскольку система строится на научной модели. Конструкты представляют собой гипотезы, задача которых — точно прогнозировать события. Психотерапевт помогает клиенту сформулировать гипотезу, спланировать и поставить эксперимент, используя помещение для

психотерапии в качестве лаборатории. Сам психотерапевт активно участвует в эксперименте, играя роль представителя реального мира. «Психотерапевтическое продвижение может означать: 1) что клиент изменил взгляды на себя и некоторые другие особенности мира в рамках исходной системы конструктов, 2) что он точнее организовал свою старую систему, 3) что он заменил некоторые свои конструкты в старой системе новыми» (там же, р. 941). Последний вариант продвижения наиболее предпочтителен.

Применение: процедуры и техники

Оценка переживаний

Личная история клиента выясняется по определенным схемам. Материал структурируется в свете глубинных личных представлений клиента. Личная история важна, но не в смысле прошлых событий и даже не с точки зрения теперешних мыслей клиента, а скорее как информация к размышлению о взглядах и представлениях клиента. Хроника событий также имеет определенное значение, давая фактический материал, с учетом которого можно понять имеющиеся у клиента конструкты.

Культура и опыт. Клиницист должен быть осведомлен о культурных различиях, поскольку из культуры клиент черпает информацию об «истине», а также большую часть сведений, используемых в системе личных конструктов. Таким образом, культура контролирует и ограничивает сведения, поступающие к клиенту, однако имеется большое разнообразие способов обращения клиентов с этими сведениями при построении систем конструктов.

Культура, к которой принадлежит клиент, должна оцениваться им критически. Принадлежность к той или иной культурной группе проливает свет на конструкты клиентов. Это касается принадлежности к социально-экономическому классу, расовой и национальной принадлежности, истории миграции семьи, планов ухода на пенсию, жалоб, приверженности той или иной конфессии. Хотя клиенты не могут описать собственную культуру как таковую, клиницист способен оценить культурно-социальные детерминанты в процессе направленного расспроса.

Личный опыт. Оценка культурного влияния может осуществляться косвенным путем, через исследование группы населения, к которой принадлежит клиент. Первоначальная информация собирается на общедоступном уровне абстракции, и лишь затем затрагиваются психологический и социологический уровни. Расспрос о членах местного сообщества, соседях касается описания популяции, экономики данного сообщества, затронувших его перемен, действующих на его территории религиозных организаций и бытующих нравов, школ и подходов к обучению, возможностей для отдыха.

Оценка школы поможет в работе с учащимися в ней детьми. Такая оценка включает осмотр здания, игровых площадок, классных помещений, наблюдение за поведением детей на занятиях, а также беседы с учителями и завучем. Во время этих бесед выявляются конструкты преподавателей, указывающие на возможное направление движения детей. Установки учителей в отношении оценок и ведения записей помогают в выявлении этих конструктов.

Взаимоотношения человека с сообществом следует изучать с позиции индивида. В его жизни имеют значение группы, организации и отдельные люди. Анализируются переживания, связанные с обучением. В случае клиента-ребенка обязательно проводится собеседование с учителями с целью узнать их мнение о возможных проблемах, а также представления о сложившейся ситуации. Взаимоотношения в семье отражают социальные ожидания и обязательно подлежат исследованию. Хотя люди не являются рабами своих биографий, семейная история имеет большое значение, и оценивать ее следует с позиции клиента.

Оценка деятельности

Спонтанная активность. Всякая деятельность является спонтанной и одновременно контролируемой, если она законна и предсказуема. В основе деятельности лежат конкретные

интересы индивида. Области спонтанной деятельности соответствуют зонам проницаемых конструктов, то есть зонам с наилучшими условиями для развития. Пассивность, или «леность», является результатом непроницаемого мышления. Анализ спонтанной деятельности клиента, таким образом, представляет собой основную задачу клинициста. Выявление проницаемых конструктов свидетельствует о наличии у клиента способности к психотерапевтическому изменению.

Спонтанную деятельность можно изучать с помощью вербального расспроса или путем наблюдения, отнимающего много времени. Способ интерпретации индивидом своих переживаний также имеет значение. Деятельность включает не только физические движения, но и разговор, чтение. Наблюдение за поведением ребенка в группе — задача трудная, но получаемые сведения весьма информативны. Целесообразно также наблюдать за поведением ребенка в семье.

Профессиональная принадлежность оказывает большое влияние на приобретение человеком жизненного опыта. Как правило, профессиональная сфера соответствует проницаемым конструктам, показывая, таким образом, те виды изменений, к которым готов данный индивид. Профессиональная деятельность или учеба часто отражают поиск компромисса между интересами и безопасностью. Повседневные ожидания человека подвергаются в ходе профессиональной деятельности экспериментальной проверке. Кроме того, это одно из основных средств, благодаря которому жизненная роль индивида обретает ясность и смысл.

Структурная интерпретация опыта. Биография клиента исследуется пятью способами. Клиент должен осмыслить свою биографию. Знание личной истории позволяет выявить особенности прошлой системы представлений человека, вскрываются ресурсы для потенциальных изменений клиента в случае опровержения существующих конструктов. Биографические сведения указывают некие мерилы для проверки конструктивной системы клиента. Они проливают свет на существующую систему конструктов. Наконец, клиенту предстоит осмыслить терапевтическую модификацию роли. В связи с этим проводится оценка обстоятельств рождения, созревания и физического ухода, а также поведенческих проблем, межличностных отношений, обучения и профессиональной деятельности.

Соматическое здоровье клиента также представляет для психотерапевта интерес, поскольку влияет на его психологическое состояние. Физическое благополучие индивида помогает оценить правильность имеющихся конструктов, а также выбрать инструментарий для исследования мира клиента. Заболевание и инвалидность ограничивают активность человека и требуют психологической адаптации. Реактивируются старые, связанные с зависимостью стереотипы; не исключена регрессия к ранее существовавшим представлениям.

Клиницист должен провести структуризацию переживаний клиента. С этой целью он принимает существующую систему представлений клиента и налаживает с ним ролевые взаимоотношения. Таким образом, клиницист получает возможность антиципировать восприятие и действия клиента. Представления клинициста о проблемах клиента формируются путем последовательных приближений. Следовательно, структуризация происходит на этапе предварительных формулировок, в то время как конструирование представляет собой заключительную организацию фактов в хорошо продуманную систему. Первый подход является описательным и ограничен прошлым и настоящим; последний является динамическим и имеет отношение к будущему.

При структуризации случая, использовании фактов из биографии клиента широко употребляются перечисленные ниже термины. Это не конструкты, а **собирательные термины**. Они могут служить заголовками разделов при ведении записей и описании случаев. Поскольку все они указывают на разного рода события, которые клиент должен был предвидеть, их можно считать валидаторами.

1. **Матрица фигур** (*Figure matrix*). Сюда относится информация о тех людях, с которыми клиент был близко знаком. Люди — это **конструкты фигур**, объединенные в матрицу фигур.

2. **Взаимоотношения сотрудничества**. Этот раздел состоит из сведений относительно участия клиента в социально конструктивных процессах.

3. **Характеристики клиента**. Под этим заголовком объединены варианты описания

клиента теми людьми, с которыми он должен сосуществовать.

4. **Внешние групповые идентификации** (*Externally imposed group identifications*). Этот раздел включает сведения о том, каким видится клиент окружающим в плане принадлежности его к группе.

5. **Сферы включения и отчуждения.** **Включение** означает желание видеть других похожими на себя; **отчуждение** — нежелание это делать. В этом разделе перечисляются группы, в которых клиент считается похожим на остальных членов, а также признаки, свидетельствующие об этом сходстве.

6. **Внешние стереотипы конфликта и разрешения.** Здесь указываются социальные проблемы и конфликты в окружении клиента, которые он переживает и осмысливает.

7. **Тематический репертуар.** Темы и стереотипы социального мира вокруг клиента, в которых клиент принимает участие.

8. **Символьная система.** Символьная система включает языковые особенности клиента, связанные с религией, национальностью, использованием пословиц и поговорок и т. п.

9. **Обстановка, в которой формируются жалобы.** Какие жалобы бытуют в социальном окружении клиента?

10. **Подвижность.** Сюда относится диапазон или спектр деятельности клиента, в том числе мыслительной, отражающий готовность экспериментировать.

11. **Биографические поворотные точки.** Имеются ли в фактическом материале из личной истории клиента переломные моменты? Наличие и природа таких перемен говорит о способности клиента к изменению и позволяет прогнозировать способы проявления таких изменений в будущем.

12. **Физические ресурсы.** Сюда относятся не только личные материальные ресурсы клиента, но и ресурсы сообщества, к которому он принадлежит.

13. **Зависимость.** Имеются ли ресурсы, от которых клиент зависит настолько, что их утрата нарушила бы весь его жизненный стереотип?

14. **Поддерживающий статус.** Этот раздел включает сведения о том, в какой мере окружающие нуждаются в клиенте.

Клинические конструкты, используемые для объединения или структуризации опыта клиента, имеют важное, но не решающее значение с точки зрения психологии личных конструктов.

Шаги диагностики

Диагностика происходит на стадии планирования работы с клиентом. Работа с клиентом — гораздо более широкое понятие, чем собственно терапия или лечение: она включает все действия с целью повышения благополучия клиента.

Существует множество способов интерпретации одних и тех же фактов. Поскольку психотерапевт заинтересован в помощи клиентам, в клиническом диагнозе интерпретируются факты, имеющие отношение к решению проблем клиента, или к перестройке клиента. Формулировка **переходный диагноз** используется для обозначения переходов в жизни клиента, или мостов между его настоящим и будущим. «Кроме того, мы собираемся активно помогать клиенту в выборе или построении мостов, а также в благополучном их преодолении... Если психолог собирается помочь клиенту, он должен подняться со своего кресла и выйти в путь вместе с клиентом» (там же, р. 775).

Перечисленные выше диагностические конструкты, или параметры, отражают направления движения с точки зрения психотерапевта, они же служат основой для формулировки переходного диагноза. Психология личных конструктов противодействует тенденции применять упреждающие конструкты к человеческому поведению, тенденции, при которой «диагноз зачастую является лишь попыткой втиснуть живого борющегося человека в нозологическую категорию» (там же, р. 775). Вопрос при постановке переходного диагноза заключается не в том, «к какой категории следует отнести данного клиента?», а «Что должно получиться из этого клиента?». Необходим временный упреждающий конструкт для принятия

решения о сегодняшнем состоянии клиента, в том числе о целесообразности проведения лечения.

При постановке переходного диагноза следует учитывать шесть практических вопросов. В конспективной форме можно представить их следующим образом.

I. Нормативная формулировка проблемы клиента.

- 1) Описание выраженных отклоняющихся поведенческих стереотипов (симптомов).
- 2) Описание коррелятов этих выраженных отклоняющихся поведенческих стереотипов.
- 3) Описание приобретений и утрат клиента в связи с симптомами (описание валидизирующего опыта).

II. Психологическое описание личных конструктов клиента.

- 1) Представления клиента о проблемной сфере.
- 2) Представления клиента о жизненных ролях.

III. Психологическая оценка системы личных конструктов клиента.

1) Локализация сфер тревоги, агрессивности (или спонтанного развития) и суженного восприятия.

- 2) Выборка типов конструктов, которые использует клиент в различных сферах.
- 3) Выборка типов подхода.
- 4) Определение восприимчивости клиента и его уровней коммуникации.

IV. Анализ среды, к которой предстоит приспособиться.

1) Анализ системы ожиданий, в рамках которой клиенту приходится функционировать в жизненной роли.

2) Оценка социально-экономических особенностей случая.

3) Подготовка информации, которая будет использована в качестве контекстуального материала для помощи клиенту в переосмыслении жизни.

V. Определение конкретных пошаговых процедур.

- 1) Физиологическая интерпретация имеющихся сведений.
- 2) Другие профессиональные интерпретации имеющихся сведений.
- 3) Оценка неотложности случая.

VI. Планирование исследований и лечения.

- 1) Выбор центрального психотерапевтического подхода.
- 2) Назначение клинициста, ответственного за ведение данного случая.
- 3) Выбор дополнительных ресурсов, которые целесообразно использовать.
- 4) Назначение консультантов в помощь ответственному клиницисту.
- 5) Оценка текущего статуса клиента.
- 6) Установление дат или условий для оценки прогресса консультантами.

Вопросы, перечисленные вначале, имеют преимущественно описательный характер; содержащиеся в средней части списка требуют опыта проведения научных исследований; те же, что перечислены в конце, предполагают наличие психотерапевтической подготовки. «Эффективный диагноз — это разумный, обоснованный прогноз, касающийся самочувствия и поведения клиента в различных обстоятельствах, с последующим созданием таких обстоятельств, в которых клиент будет вести себя так, как должен, по нашему мнению, себя вести в данных условиях» (там же, р. 829).

Психологическое тестирование в диагностике и психотерапии

Прямым подходом к личным конструктам клиента является использование психологических тестов, что предполагает выполнение формального задания. Так называемые объективные тесты считаются **средствами измерения** личных конструктов, например культурной общности, а не способом выявления самих конструктов. Другие тесты позволяют выявлять собственно конструкты; об этих тестах далее и пойдет речь. В клинических условиях тест выполняет пять функций.

1. Определяет проблему клиента в общеупотребительных терминах.
2. Выявляет пути или каналы, по которым клиент может свободно продвигаться.
3. Помогает выдвигать клинические гипотезы, которые можно проверить и ввести в практику.

4. Выявляет ресурсы клиента, которые в другом случае психотерапевт мог бы пропустить.

5. Обнаруживает проблемы клиента, которые в другом случае психотерапевт мог бы пропустить.

С целью обнаружения личных конструктов был разработан диагностический инструмент, предназначенный для выполнения этих функций и удовлетворяющий перечисленным выше требованиям. Это репертуарный тест ролевых конструктов — Реп-тест (*Role Construct Repertory Test — Rep Test*), в задачи которого входит выявление ролевых конструктов и который поэтому связан с теми, с кем клиенту приходится иметь дело в повседневной жизни. Исследуемому дают перечень ролей (*Role Title List*) и предлагают указать лиц из ближайшего окружения, которые соответствуют этим ролям. Затем отбираются группы по три человека, а исследуемый должен указать самое важное, что делает похожими двоих из них, но отличает их от третьего. Тестирование может проводиться в разных формах, в том числе индивидуальной и групповой.

Данный тест был создан на основе теории личных конструктов. При интерпретации результатов возможны следующие варианты.

1. Выявленные конструкты проницаемы.
2. Тест позволил обнаружить ранее существовавшие конструкты.
3. Фигуры представляют людей, с которыми исследуемый соотносит свою роль.
4. Выявленные конструкты отчасти поглощают системы конструирования фигур-элементов.
5. Выявленные конструкты руководят собственной ролью испытуемого.
6. Выявленные конструкты дают исследователю некоторое понимание того, как клиент организует элементы в тесте.

Тест может подвергаться как формальному, так и клиническому анализу. При клиническом анализе оценивают количество, перекрытие и степень проницаемости выявленных конструктов, сферы проницаемости, противоположные конструкты, уникальные фигуры, взаимосвязь конструктов через противоположности и фигуры, упреждающие конструкты, поверхностные конструкты, конструкты зависимости, и т. д. Результаты тестирования помогают в постановке диагноза в сфере конструирования клиентом жизненной роли.

Во время терапии тесты способствуют пониманию системы личных конструктов клиента, расширяя тем самым возможности психотерапевта. Кроме того, они помогают устранить предвзятое отношение психотерапевта или дают дополнительную информацию, относящуюся к области «слепого пятна» психотерапевта.

Вместе с тем тесты оказывают влияние и на взгляды клиента, подводя его к вопросам, которые могли быть опущены или отвергнуты из-за неверного восприятия данного случая психотерапевтом. Тестовый материал может использоваться как «точка отсчета» для терапевтической сессии, хотя этот материал, возможно, менее полезен, чем специально разработанные психотерапевтом приемы.

Тесты могут создать угрозу терапевтическим взаимоотношениям, причем с большей вероятностью ближе к концу терапии, чем вначале. Угрозу можно устранить, заверив клиента, что тест не является экзаменом, который можно не сдать, его назначение — помочь психотерапевту лучше понять клиента. Проективные тесты, в особенности незаконченные предложения, в этом смысле более безопасны, чем объективные. Наиболее «опасным» представляется тест словесных ассоциаций.

Психотерапевтический подход: основные техники

Установление отношений. Психотерапевт не позволяет себе полностью раскрыться перед клиентом как личность; напротив, психотерапевт поддерживает личную неопределенность, что повышает вероятность вторичного, а не первичного переноса и дает возможность психотерапевту играть разнообразные роли. Эта двойственность позволяет клиенту привлекать психотерапевта к участию в реконструктивных экспериментах. Кроме того, психотерапевт избегает социальных взаимоотношений с клиентом, а также контактов с

членами его семьи. Не следует также проводить лечение нескольких членов одной семьи.

Контрольные интервью. Поскольку клиенты могут иметь разнообразные представления о мире, психотерапевту необходимо поддерживать с ними гибкие взаимоотношения. Тем не менее каждое интервью предполагает определенную работу по планированию, хотя план может быть в случае необходимости скорректирован в определенных рамках. По ходу терапии психотерапевт устанавливает опасные зоны, которых клиент избегает, и развивает способность предсказывать слова клиента. Отдельные виды деятельности клиента могут потребовать специального планирования интервью. Интервью могут проводиться с различными по длительности перерывами, чтобы удовлетворить потребности клиента в контакте. В большинстве случаев достаточно 45-минутного интервью. Непремененно следует вести записи или подводить письменные итоги интервью, чтобы судить о происходящих изменениях. Целесообразно записывать собственные прогнозы поведения клиента перед очередным интервью. Это важный момент: «Если психотерапевт способен угадывать поступки клиента, он может быть уверен в правильности своих представлений о данном случае» (Kelly, 1955, vol. 2, p. 635).

Итак, психотерапевт приступает к интервью, имея в своем распоряжении заранее подготовленный план. Интервью должны завершаться вовремя и не продолжаться уже за дверью, переходя в так называемую «терапию на пороге». Темп интервью контролируется психотерапевтом с целью расширения или сужения поля восприятия клиента, а также с другими целями. Психотерапевту следует избегать связанной с виной зависимости клиента, в частности не выслушивать отчеты обо всех нелепых и дурных поступках клиента, если только психотерапевт не собирается на длительный срок взять на себя ответственность за его благополучие.

Манера поведения психотерапевта. Общение не ограничивается словами. Психотерапевт должен представлять во время интервью физически расслабленным и психически восприимчивым. Рекомендуется использовать преимущественно принимающие жесты. Голос у психотерапевта должен быть отзывчивым, речь ясная и одновременно красочная, адаптированная к словарному запасу клиента. Психотерапевт должен выглядеть невозмутимым, но не безучастным, чтобы клиент имел возможность наблюдать за результатами своих экспериментов.

Обучение клиента быть «пациентом». Клиента следует обучить способам реакции в терапевтических отношениях. В долгосрочных взаимоотношениях на это могут уйти месяцы. Подобное структурирование может принимать форму словесных указаний с периодическими инструкциями и рекомендациями.

Паллиативные техники

Подбадривание (*reassurance*). Подбадривание представляет собой всего лишь временную меру с целью создать у клиента впечатление, что его поведение и идеи последовательны, приемлемы и организованы. Этот прием помогает поддержать единство системы представлений клиента, пока она не подвергнется перестройке. Но он может привести к неожиданным последствиям, если у клиента произойдут неприятности после того, как психотерапевт заверит его, что все будет хорошо. В данном случае тактика психотерапевта обеспечивает поддержку существующего неадаптивного механизма. Чрезмерное подбадривание ведет к зависимости.

Некоторые формы подбадривания с меньшей вероятностью дают неблагоприятные результаты, чем другие. Благоприятные прогнозы, высказываемые с этой целью, не должны быть огульными. Принятие тревожного материала как неожиданного содержит элемент подбадривания. Процесс структурирования и манера психотерапевта себя держать могут ободрять. Вместе с тем ценностные ярлыки, используемые для этого, таят в себя опасность, поскольку мешают клиенту изменить свои оценки. Успокоение в качестве подбадривания может породить «сопротивление» у клиента, который неоднозначно относится к своим жалобам. Клиент может решить, что выхода нет, что психотерапевт тоже так считает, поэтому остается лишь «стиснуть зубы и терпеть».

Поскольку этот прием замедляет терапевтическое движение, к нему целесообразно

прибегать в том случае, когда такое замедление желательно. Например, можно использовать подбадривание как временную меру профилактики распада конструктов. Кроме того, с помощью этого приема можно поощрить ослабление концептуализации при минимальном риске распада конструктов. Подбадривание помогает справиться с тревогой. Его можно использовать для временного сохранения цепи важных ассоциаций. Однако пользоваться им следует строго дозированно и в минимальных количествах.

Поддержка. Поддержка обеспечивается через принятие без выражения согласия или через понимание сообщений клиента без признания вслух его правоты до тех пор, пока клиент не воспользуется шансом провести эксперимент. Эта реакция позволяет клиенту широко и успешно экспериментировать. Поддержка — это признание и принятие свойственных клиенту стереотипов зависимого поведения; следовательно, она таит в себе угрозу для клиента и вызывает у него чувство вины.

Психотерапевт демонстрирует поддержку, вовремя приходя на назначенные встречи, сохраняя в памяти сказанное клиентом, воспринимая события и явления так, как это делает клиент. Это последнее относится к важнейшим функциям психотерапевта, иногда этого бывает достаточно для успеха терапии. Поддержка включает в себя приспособление к изменениям мышления клиента, помощь клиенту в словесном выражении нового логического обоснования для своего поведения, а также оказание услуг клиенту за рамками ситуации интервью.

Поддержка используется в некоторых случаях тревожных расстройств как подход, назначение которого — помочь клиенту понять собственное стремление к зависимости или временно стабилизировать ситуацию. Поддержка, подобно подбадриванию, должна строго дозироваться и быть приуроченной к ситуациям, в которых клиент не может быстро переработать обширную информацию.

Перенос. Перенос представляет собой конструкт. В широком смысле перенос — это изъятие конструкта из репертуара индивида и перемещение, или применение его к конкретной ситуации. Встречаясь с психотерапевтом, клиент берет конструкт из своего репертуара и применяет его к своим взаимоотношениям с психотерапевтом. В психотерапии перенос связан с ролевыми конструктами и отражает способ, с помощью которого человек пытается освоить конструкты других. Для клиента перенос отражает усилия понять психотерапевта, перенося на него ролевые конструкты. Психотерапевт неуклонно отмежевывается от этих конструктов, в том числе полезных. Клиент склонен облекать психотерапевта в форму хорошо разработанного предвзятого стереотипа, например отца или отцовской фигуры, который стал фиксированным.

Перенос зависимости. Перенос иногда включает конструкты зависимости, в том числе незрелой зависимости, которые не всегда вербализуются. Клиент реагирует на психотерапевта, как если бы от него зависела жизнь клиента. Психотерапевты иногда поощряют перенос-зависимость, утверждая, что лучше знают, как клиенту себя вести.

Перенос контрзависимости. Если же психотерапевту не удастся составить о клиенте адекватное представление с помощью профессиональных конструктов, психотерапевт рискует перенести свою зависимость на клиента. Профилактика переноса контрзависимости требует хорошо организованного и осмысленного набора диагностических конструктов, приобретенных в процессе профессиональной подготовки и использования собственных личных конструктов клиентов в рамках структурированной системы. Психотерапевт, чрезмерно озабоченный отношением клиента к себе и другим людям, вплоть до проявлений ревности, должен учитывать возможность переноса контрзависимости.

Первичный и вторичный перенос. Применение различных последовательностей конструктов, первоначальными авторами которых были разные люди в прошлом, является вторичным переносом. Психотерапевт может воспользоваться этим переносом для изменения представлений клиента о других людях, играя разные роли. Когда клиент воспринимает психотерапевта упреждающе, как уникального человека, и лично идентифицируется с ним, возникает первичный перенос. Такого рода отношения накладывают ограничения на эксперименты, которые клиент может проводить с психотерапевтом. Клиент фокусируется на психотерапевте как на уникальной фигуре, утрачивая способность генерализовать навыки, полученные в терапевтической ситуации, на повседневную жизнь.

Контроль переноса. Перенос допустим лишь в той мере, в какой он является полезным и безопасным; он происходит циклически. Психотерапевт в конце каждого цикла должен принимать решение о целесообразности начала следующего или о завершении терапии. Цикл переноса можно сократить, отказавшись от техник ослабления концепций и обратившись к текущему материалу, требующему более низких уровней абстракции; и в целом переходя к более структурированной, поверхностной форме терапии. Первичный перенос, в случае его возникновения, подлежит немедленному разрешению. С этой целью могут применяться два метода. В первом случае психотерапевт играет жесткую, настойчивую, повторяющуюся стереотипную роль. Во втором, менее драматичном, психотерапевт играет различные роли, вынуждая клиента взаимодействовать с разными людьми-персонажами.

Уточнение жалобы

Неуправляемое уточнение (*elaboration*). В большинстве случаев терапевтическая работа начинается с уточнения жалоб. Это может быть неконтролируемый процесс, когда психотерапевт ведет себя «недирективно». Неуправляемое уточнение имеет ряд противопоказаний. Одно из них — намерение психотерапевта направить клиента к другому специалисту. Другое — наличие выраженного чувства вины. Третье — склонность клиента к повторам. Четвертое — наличие ослабленных конструктов.

Управляемое уточнение. Управляемое уточнение позволяет избежать многих опасностей; однако есть риск, что психотерапевт так и не узнает в точности проблем клиента и, следовательно, не сумеет наладить контакт с его системой личных конструктов (с целью выбора адекватной роли в отношении клиента). Вопросы следует задавать таким образом, чтобы клиент мог по возможности располагать проблемы по временной линии; рассматривать их как преходящие и трактовать их как поддающиеся лечению, воздействию времени и меняющихся условий. Все эти приемы помогают клиенту представить проблемы как разрешимые. Попытки заставить клиента объяснить, почему у него возникли те или иные трудности, иногда дают хорошие результаты, однако могут привести к вербальной рационализации. Расспрос о других людях, имеющих или имевших сходные проблемы, помещает жалобу в социальный контекст. Иногда имеет смысл напомнить клиенту о жалобах или аспектах проблем, которые не были упомянуты. Это помогает прояснить диагностическую картину, а также терапевтические отношения. Чаще всего подобная конфронтация используется для расширения перцептуального поля клиента за счет формирования новых конструктов.

Отражение ключевых терминов или идей может привести к самостоятельному уточнению клиентом своих жалоб. С этой целью следует отражать отдельные элементы сообщения. Обзор предыдущих сессий также является своеобразной формой рефлексии с целью заверить клиента в том, что психотерапевт его слушает, а также интегрировать или организовать детали на более высоком уровне управления. Обзор сессий может быть использован и для сопоставления прошлого с настоящим. Вместе с тем такой обзор может таить в себе угрозу для клиента; он может тормозить развитие за счет обращения к старому материалу или выдать предвзятость психотерапевта. «Чем больше психотерапевт говорит или пытается облечь в слова мысли и поступки клиента, тем выше вероятность того, что чуткое ухо клиента уловит жесткие нотки критики» (там же, р. 975).

Уточнение личной системы

Основной задачей психотерапевта является уточнение конструктивной системы, в которой коренятся трудности клиента.

Подход к системе конструктов. Поворот от жалобы как точки отсчета к системе конструктов клиента позволяет расширить картину, поднимает проблемы на более высокий уровень абстракции, переносит акцент на поиск альтернатив. Применение тестов, как уже говорилось, является одним из подходов к разработке конструктивной системы клиента. Другим подходом является самописание, то есть подготовка сочинения о себе, что используется в терапии фиксированных ролей, о которой пойдет речь ниже. Общие вопросы, требующие

развернутых, а не конкретных, односложных ответов, помогут клиенту точнее себя охарактеризовать. Можно предложить клиенту разработать структуру жизненной роли, включая прежние планы и цели, а также планы на будущее — каким клиент желает быть после окончания терапии.

Прогрессивная конфронтация с использованием альтернатив (цикл *C-P-C*) является еще одним способом проведения процесса уточнения. Этот процесс может происходить за пределами терапевтического помещения, например в ходе предписанной клиенту профессиональной, социальной деятельности или же отдыха. Кроме того, психотерапевт может принять участие в разного рода играх и творческой деятельности с целью уточнения структуры конструктивной системы клиента, что следует делать последовательно и осторожно. Как правило, накладываются ограничения на спектр подлежащих уточнению вопросов на каждом этапе терапии. В процессе уточнения может произойти ослабление системы, поэтому надо контролировать данный процесс с целью предотвращения чрезмерно выраженного или слишком генерализованного ослабления.

Переработка материала, возникающего по ходу терапии. Речь в данном случае идет о том, что необходимо уточнять всякую новую информацию, чтобы определить ее место в общей системе конструктов и также установить ее взаимосвязь с событиями по ходу терапии. В связи с невозможностью проследить абсолютно все нити, материал для уточнения должен специально отбираться. При этом выбор лишь отчасти зависит от предполагаемой важности того или иного аспекта; прежде всего принимается во внимание готовность клиента обсуждать конкретные вопросы. В целом можно дать следующие рекомендации по отбору материала для разработки: странные или неожиданные проявления, возможные признаки ожидаемого терапевтического движения или пересмотра конструктивной системы, материал, имеющий прямое отношение к интенсивно изучаемой сфере, вытекающий из психотерапевтических экспериментов, полезный для проверки новых конструктов, связанный с формированием новых конструктов, а также отражающий расширение диапазона применимости существующего конструкта.

Краткое повторение пройденного психотерапевтом или клиентом может свидетельствовать о необходимости уточнения или предшествовать ему. При повторении пройденного используются следующие процедуры: ведение клиентом дневников и письменных конспектов, просмотр и прослушивание записей, обсуждение в терапевтической группе переживаний во время индивидуальной терапии.

Расследование (*probing*) — это метод контролирования участия клиента в интервью. Однако сам процесс не должен напоминать инквизицию. Расследование призвано побудить клиента глубже проанализировать ту или иную тему. Расследование может быть начато сразу же после появления соответствующего материала; вместе с тем предпочтительно отложить данную процедуру с тем, чтобы провести ее после тщательной подготовки, помогая клиенту разработать осмысленные конструкты. С помощью расследования можно уточнить детали важного события, которые могут иметь отношение к другим событиям. Расспрос о предпосылках и последствиях события также представляет собой прием уточнения. Психотерапевт может предложить клиенту обдумать сходные или противоположные случаи или переживания, которые помогут уточнить конструкт, или же психотерапевт может попытаться связать между собой переживания клиента, что также может привести к уточнению конструкта. Кроме того, психотерапевт может установить взаимосвязь между переживаниями клиента, предложив ему объяснить, в чем состоит сходство двух переживаний и чем они отличаются от третьего.

Представление (*enactment*), когда психотерапевт играет определенную роль в описанном клиентом происшествии, может оказаться эффективным способом помощи клиенту в уточнении его переживаний. При проигрывании роли важно учитывать четыре принципа. Во-первых, не следует долго готовиться к сценке или долго ее обсуждать. Во-вторых, «спектакль» должен быть кратким. В-третьих, участники должны меняться ролями, это касается как психотерапевта, так и клиента. Таким образом, клиента удастся подвести к следующей мысли: «Этот психотерапевт доброжелателен и общителен; в его присутствии офис может превратиться в хорошо оборудованную лабораторию для проведения экспериментов со сложными жизненными проблемами, если, конечно, я отважусь на такие эксперименты».

Клиент, играя роль другого человека, начинает лучше понимать его точку зрения на ситуацию и постепенно свыкается с этим мнением. В-четвертых, необходимо избегать карикатурных изображений клиента. Рекомендуется разыгрывать по ролям относительно безобидные происшествия.

Освобождение и ужесточение

Освобождение. Представление об оси свободный/жесткий очень важно, с ним психотерапевт сталкивается с самого начала терапии. Освобождение конструктов ведет к разнообразию прогнозов, элементы которых варьируют в своих характеристиках от одного полюса к другому. Примером свободного мышления являются мечты. В мечтах возможна непоследовательность, изворотливая защита. Мечты — обязательный этап творческого мышления. Мечта высвобождает факты, позволяет увидеть их в новых аспектах. Освобождение готовит почву для изменения развития конструктов, формирования новых конструктов. Оно достигается в психотерапии четырьмя основными способами.

1. **Релаксация.** Кушетка или кресло, окружающая обстановка, расслабленная манера держаться у психотерапевта, систематическое использование приемов физической релаксации помогают клиенту расслабиться.

2. **Цепь ассоциаций.** Цепь ассоциаций есть не что иное, как психоаналитический метод свободных ассоциаций. Иногда возникает необходимость помочь клиенту, дав ему точку отсчета, позволив ему размышлять молча, научив его разрешать своим мыслям блуждать, не сосредоточиваясь на содержании.

3. **Сообщение о сновидениях.** Сновидения настолько свободны, что их трудно пересказывать. Вместе с тем имеет значение не столько содержание сновидения, сколько использование освобожденных конструктов при его пересказе, даже если клиент плохо помнит свой сон и мало что может о нем рассказать. В свободном состоянии вербализация замедлена. Маниакальный полет идей нельзя назвать свободным, в отличие от шизоидного мышления. Интерпретация сновидений делает конструкты более жесткими; следовательно, не стоит предлагать интерпретацию немедленно после рассказа клиента о своем сновидении, следует отложить это до момента, когда возникнет потребность в более жестких конструктах. Сновидения часто носят довербальный характер, проливая тем самым свет на довербальные конструкты. Как правило, при этом имеется погружение противоположных полюсов конструкта. Этим объясняется тот факт, что элементы сновидения часто отражают свои противоположности.

4. **Некритическое принятие.** Принятие представляет собой попытку психотерапевта задействовать конструктивную систему своего клиента. Некритическим называется такое принятие, когда мышление клиента не ставится психотерапевтом под сомнение. «По сути дела, техника некритического принятия обеспечивает клиенту пассивную валидизацию его освобожденных конструктов, растяжимых и нереалистичных» (там же, р. 1049).

Образование освобожденных конструктов сопряжено с определенными трудностями. Клиент обычно склонен самостоятельно продвигаться к ужесточению своих конструктов; ему с трудом удастся отыскать символы или слова, описывающие идеи. Преждевременная интерпретация делает конструкты клиента более жесткими. Помехи и накладки от сходных, но жестко организованных элементов мешают освобождению.

Соппротивление освобождению можно преодолеть не только с помощью техник индукции освобождения, о которых уже упоминалось, но также с помощью специальных техник. Одной из них является проигрывание ролей. Другой техникой является использование контекста, в котором возможно освобождение, с постепенным переходом к желаемой сфере или контексту. Третья техника — это снижение угрозы или усиление принятия.

Освобождение таит в себе некоторые опасности. В связи с тем что оно снижает тревогу, он может стать пристрастием или прибежищем. Жесткие конструкты могут служить защитой, а лишение защиты может спровоцировать состояние выраженной тревоги. Искусное применение освобождения требует гибкости и многосторонности взглядов психотерапевта.

Ужесточение. Функции напряжения заключаются в точном прогнозировании, стабилизации конструктов, фасилитации организации конструктивной системы, ослаблении

некоторых конструктов до состояния непроницаемости, облегчении экспериментов. Ужесточение — форма уточнения, поэтому здесь применимы все соответствующие техники. Кроме того, можно использовать следующие приемы.

1. **Оценивание, или ранжирование** (*judging or superordinating*). Речь идет о том, что клиент переходит от свободных ассоциаций и переживаний к оцениванию, применяя ранжировочное конструирование для группы конструктов, которые ранее не были систематизированы.

2. **Подведение итогов.** Техника заключается в том, что клиенту предлагают подвести итог сказанному. Это ведет к систематизации, то есть к ужесточению подчиненных конструктов. Клиенту можно порекомендовать делать письменные резюме в перерывах между сессиями.

3. **Историческое объяснение** мыслей клиентом.

4. **Сопоставление мышления клиента** с мышлением других людей.

5. **Прямой подход.** Клиенту предлагают выразиться четче, объяснить или разъяснить то, что он имеет в виду.

6. **Оспаривание объяснений.** Психотерапевт может попросить клиента повторить сказанное, может также выразить сомнение, замешательство, непонимание или даже назвать слова клиента полной чепухой.

7. **Проигрывание ролей.** Требования, налагаемые ролевой игрой, иногда приводят к ужесточению отдельных второстепенных конструктов.

8. **Формирование концепции.** При формировании концепции клиенту предлагают объяснить, в чем заключается сходство двух вещей и их отличие от третьей.

9. **Просьба привести доказательные факты.**

10. **Связывание по словам.** Клиента просят дать имя каждому конструкту и связать их между собой по именам.

11. **Связывание по времени.** Клиента просят датировать конструкты, ограничив их во времени.

Однако при ужесточении некоторых конструктов у клиента возникают трудности. Даже если клиент последовательно использует символ, сам по себе конструкт может оказаться размытым и непоследовательно применяемым. Жесткости удается достичь ценой проницаемости, многосторонности или утраты вышестоящего положения. Импульсивные клиенты, способные поддерживать себя лишь с помощью свободных представлений о себе, могут столкнуться с трудностями. Клиенты, желающие ограничить свой мир психотерапевтическим кабинетом и терапевтическими отношениями, а также клиенты, не желающие проверять конструкты, также относятся к категории трудных. Свободные довербальные конструкты чрезвычайно сложно сделать более жесткими.

Ужесточение также сопряжено с определенными трудностями. Одной из них является опасность преждевременного ужесточения, вследствие чего клиенты непосредственно сталкиваются с противоречиями в своих представлениях, что вынуждает их приступить к проверке гипотез до формирования подходящих альтернативных конструктов. Опровержение конструктов в этом случае может вызвать у клиента чувство враждебности; а поскольку психотерапевт также вовлечен в эксперимент, неудача может вызвать враждебность и у него. Второй принципиальной опасностью при ужесточении является возможность утраты многосторонности, проницаемости и предположительности.

Терапия предполагает маятникообразное движение от ужесточения к освобождению и обратно, в частности при повторении творческого цикла. Терапия заключается в ряде последовательных приближений. В ходе процесса клиенты осваивают новые способы адаптации.

Обеспечение психотерапевтического движения

Рассмотренные ниже техники применяются на тех этапах терапии, когда психотерапевт подталкивает клиентов к экспериментам с новыми идеями и видами поведения.

Интерпретация, движение и раппорт. Имеющиеся у клиента конструкты имеют

личный характер, поэтому психотерапевту следует работать с ними на индивидуальной основе, не обращаясь к общему смыслу. Существует основной принцип интерпретации: **«Все интерпретации понимаются и воспринимаются клиентом в терминах его собственной системы»**. Другой способ выразить то же самое — это сказать, что в любом случае интерпретирует клиент, а не психотерапевт» (там же, р. 1090). И еще задача психотерапевта «заключается в том, чтобы помочь клиенту открыть самое себя, а вовсе не в том, чтобы засыпать его великолепными инсайтами» (там же, р. 1053). Основные форматы интерпретации призваны подталкивать клиента к новому или более общему осмыслению предмета обсуждения. В дополнение к интерпретации используются методы повышения проницаемости имеющихся у клиента конструктов, в частности расширение диапазона пригодности этих конструктов, а также использование приемов уточнения.

Движение в психотерапии проявляется различными способами. Во-первых, в форме удивления клиента, когда все вдруг становится на свои места (так называемое «ага!»-переживание). Во-вторых, в виде спонтанного заявления клиента о пользе нового конструкта. В-третьих, это свидетельства проницаемости, когда клиент включает в конструкт текущие переживания. В-четвертых, это позитивные изменения настроения или чувств. Восприятие контраста между настоящим и прошлым поведением является пятым признаком движения. Шестым служит исчезновение отдельных жалоб или даже появление новых взамен старых. Подведение клиентом итогов предшествующих интервью также свидетельствует об изменениях. Наконец, о движении также говорит изменение в содержании, с привнесением нового содержания в терапию.

Существуют признаки, по которым можно судить о неадекватности новых представлений. Сюда входят свободные представления или ошибочная вербализация нового конструкта, вычурное описание, чрезмерное упрощение, противоположное поведение или «бегство в здоровье», а также упорное обращение к новому «инсайту».

Как же психотерапевту судить о том, что их с клиентом ролевые отношения позволяют приступить к исследованию запретных зон? Для этого существует несколько полезных критериев, в частности расслабленность, спонтанность, способность контролировать освобождение конструктов, отказ от бдительности. Пятым критерием служит сопоставление текущих взглядов клиента с его взглядами в недавнем прошлом, а шестым — сравнение текущих взглядов с будущими. Оптимизм, гибкость и отказ от защит составляют дополнительные критерии. Способность разыграть агрессивную роль в отношении психотерапевта также служит полезным критерием. Кроме того, имеет значение умение понять данное психотерапевтом задание. Тесно связана с этим способность индивида соотносить свои установки и конструкты с ролью пациента. Наконец, утрата импульсивности и отказ от туманных заявлений на запретную тему также свидетельствуют о готовности клиента к новым испытаниям.

Контроль тревоги и вины. Тревога и вина не обязательно плохи. «Задача психотерапевта состоит в их оценке, учете их функционирования в клиенте, а также в работе с ними на благо данной конкретной личности» (там же, р. 1111). Тревога выявляется различными способами. Перечисленные выше критерии готовности клиента к движению вперед тесно связаны с проявлениями тревоги. Другими источниками информации о тревоге клиента являются сведения о его общих тревогах и переживаниях, а также непосредственное наблюдение за поведением и общением клиента с другими людьми.

Одним из важнейших результатов терапии является усиление или ослабление тревоги. Вместе с тем имеются средства временного удержания тревоги под контролем. Техники поддержки и подбадривания также годятся для снижения тревоги и вины. Принятие, проведение интервью в структурированной форме, отведение достаточного времени на реконструкцию, прежде чем перейти к другой проблемной сфере, связывание, дифференциация, интроспекция, антиципация препятствий, поощрение зависимости, структурирование интервью, ведение интервью в медленном темпе являются дополнительными методами снижения тревоги.

Вина поддается контролю сходными техниками. Кроме того, важным методом является реконструкция основной роли (с учетом того, что осознание утраты этой роли лежит в основе чувства вины). Можно обсудить с клиентом альтернативные роли. Полезна также

интерпретация поведения людей, которые служат клиенту примером в выборе роли. Расширение ролевого взаимодействия с психотерапевтом помогает на время заместить утраченную роль.

Психотерапевтическое экспериментирование. Психотерапия напоминает научное исследование. Клиент использует научный метод для разработки своих проблем. Вначале клиент уточняет суть проблем, затем в процессе освобождения творчески развивает новые идеи. В-третьих, посредством ужесточения клиент выдвигает подлежащие проверке гипотезы. Наконец, клиент участвует в эксперименте с целью проверки, или валидации, своих гипотез.

Психотерапевтическое экспериментирование выполняет несколько функций. Прежде всего оно создает рамки, в которых клиент может ожидать альтернативных результатов. Во-вторых, оно приводит клиента в соприкосновение с реальностью и верифицирует имеющуюся у клиента конструктивную систему. Кроме того, оно позволяет психотерапевту судить о том, насколько верно он представляет себе данный случай. И наконец, экспериментирование открывает пути к приобретению нового опыта. Благодаря эксперименту клиент контактирует с другими людьми, воспринимает их взгляды на мир и поэтому может выступать в какой-то роли по отношению к ним.

Психотерапевт поощряет экспериментирование как на сессии, так и вне ее, с помощью различных техник. Наиболее полезным является проигрывание ролей, о котором шла речь выше. Чуткость, терпимость, проецирование клиента на новую ситуацию, возможность убедиться в том, что клиент обладает необходимыми инструментами, — вот те методы, которые поощряют реальное экспериментирование и создают для него условия. Кроме того, психотерапевт подводит клиента к необходимости выдвинуть гипотезу или сделать конкретные прогнозы. Психотерапевт просит клиента интерпретировать взгляды других людей, описать представления другого человека о себе, а также описать его представления о клиенте. При этом могут высказываться негативные прогнозы. Или клиент высказывает предположение, что поведет себя иначе; это часто приводит к действительным изменениям поведения. Психотерапевт может прямо предложить клиенту выполнить определенные действия. Наконец, клиента можно поместить (с его согласия) в социальную ситуацию, в которой другие увлеченно пытаются сделать то, что прекрасно удается клиенту, если он этого захочет.

Препятствиями к проведению экспериментов являются проявляемые клиентом враждебность, тревога, вина или зависимость; боязнь тех или иных результатов; безысходность, то есть убежденность клиента, что, каким бы ни оказался результат эксперимента, он попал в ловушку. Некоторые из этих проблем возникают уже в процессе проведения эксперимента. К другим опасностям относятся следующие: клиент может стать чрезмерно осторожным, «обжегшись»; возможно избыточное освобождение; психотерапевт может вынудить клиента провести эксперимент в неадекватных, опасных условиях, с неблагоприятными результатами.

Терапия фиксированных ролей

Терапия фиксированных ролей представляет собой разновидность психотерапии, основанную на психологии личных конструктов и наблюдениях за эффектами опыта проигрывания ролей. Терапия фиксированных ролей начинается с того, что психотерапевт просит клиента написать небольшое сочинение-характеристику на самого себя с точки зрения человека, который хорошо знает клиента. Клиент пишет свое сочинение от третьего лица, не придерживаясь определенного плана, кроме следующих рекомендаций.

«Мне хотелось бы, чтобы вы написали сочинение-характеристику на Гарри Брауна, как будто он является главным героем пьесы. Напишите свое сочинение от имени друга, который знает Гарри очень **близко**, пожалуй лучше, чем кто-либо другой, и относится к нему **благожелательно**. Пишите сочинение от третьего лица. Например, начните так: «Гарри Браун — это...»» (Kelly, 1995, vol. 1, p. 323).

Такое самописание служит основой для подготовки сценария фиксированных ролей. Сценарий разрабатывается с целью подтолкнуть клиента к исследованию определенных видов противоположного поведения. Он развивает основную тему, а не занимается

исправлением мелких недостатков. Сценарий предназначен для возобновления роста и движения, а не для попытки достижения значительных психотерапевтических изменений. Он выдвигает гипотезы, которые можно быстро проверить. При этом делается акцент на восприятии роли и ролевых взаимоотношений с другими людьми. Желательно, чтобы сценарий по возможности был подготовлен группой опытных клиницистов.

Клиента знакомят с процедурами терапии фиксированных ролей непосредственно после диагностического этапа, еще до начала разработки его проблем. В сценарии клиент выводится под другим именем. После знакомства клиента со сценарием проводится проверка **принятия** (*acceptation check*), которая определяет, понимает и принимает ли клиент сценарий как описывающий человека, с которым ему бы хотелось познакомиться, а не того, кем бы он хотел быть. Если сценарий принят и одобрен, не содержит в себе угроз, участники приступают к репетициям. Клиенту предлагается в течение последующих двух недель вести себя так, словно он является героем пьесы, написанной по предложенному сценарию, психотерапевт оказывает ему в этом помощь во время собеседований, назначаемых через день. Клиент имеет у себя копию сценария, перечитывает его не менее трех раз в день, пытается действовать, думать, говорить и во всем быть похожим на описанного персонажа.

Как правило, клиенты поначалу относятся к этой идее скептически и значительную часть отведенного им времени сообщают о своих неудачах; но если бы процесс не был столь сложным, он был бы менее эффективен. Клиенту оказывается помощь в проигрывании роли в рабочих ситуациях, социальных взаимоотношениях, семейных ситуациях, а также в ситуациях, связанных с ориентацией и планированием жизни. Репетиции происходят в форме проигрывания ролей. Психотерапевт обращается с клиентом так, словно он является персонажем сценария. В процессе регулярно проводимых интервью клиент постепенно начинает действовать и чувствовать себя как человек, роль которого он играет. В заключительном интервью роль отменяется. Клиент ведет себя более активно, в то время как психотерапевт больше слушает. Психотерапевт не пытается настаивать на том, чтобы клиент попробовал новую роль. Если клиенту такая работа показалась полезной, он продолжит ее. Психотерапевт принимает решение о продолжении терапии с помощью других методов или же по просьбе клиента продолжает репетиции в течение оговоренного периода времени.

Реалистичность опыта обеспечивается созданием роли со множеством практических применений и проведением интервью в русле повседневных жизненных ситуаций. Хотя эти процедуры обычно не помогают шизоидным личностям, они способствуют налаживанию их контакта с реальностью. Таким образом, риск отрыва от реальности не столь уж велик. Гораздо опаснее то, что, подталкивая клиента к действиям, психотерапевт заставляет его функционировать в рамках существующей конструктивной системы и вынуждает приблизиться к противоположному полюсу дихотомических конструктов.

Отношение клиента к выполнению задания как к игре поначалу можно только приветствовать. Это означает, что он не испытывает угрозы. Вместе с тем сохранение такой установки в конце терапии свидетельствует о чересчур легком принятии роли и неадекватности сценария для работы с важнейшими проблемами клиента. Хорошим признаком является развитие спонтанного поведения, когда клиент забывает о том, что играет роль, при условии, что впоследствии клиент не будет испытывать смущения, оглядываясь назад. Изменение реакций на клиента со стороны других людей свидетельствует о прогрессе в терапии фиксированных ролей, который ускоряется при устранении угрозы. Надежным признаком прогресса служит заявление клиента типа: «Я чувствую себя так, словно это я и есть». Это явление обычно сопровождается заметными изменениями в формулировке клиентом своих проблем.

Хотя трудности в освоении роли и критическое к ней отношение вовсе не являются неблагоприятными признаками, неспособность клиента принять этот метод или воспринять роль и ее смысл в сопоставлении со старыми конструктами говорит о неприменимости этого метода для реадaptации в данном случае. Показаниями к проведению терапии фиксированных ролей являются ограниченное время вмешательства, желание избежать сильного переноса зависимости, неизбежность взаимоотношений между клиентом и психотерапевтом за рамками терапии, неопытность клинициста, наличие выраженных социальных и ситуационных компонентов в данном конкретном случае, потребность в

завершении терапии другого типа, потребность установить контакт с повседневной реальностью, неуверенность в готовности клиента к изменению, настороженное отношение к терапии со стороны клиента. Предлагаемый метод сравнительно безопасен, хотя и направлен на замещение существующей системы конструкторов новой, специально созданной, вместо переработки отдельных частей старой системы, поскольку новая система разыгрывается в виде роли с искусственной идентичностью на фоне старой структуры и поначалу нельзя судить, заменит ли новая структура старую.

Пример из практики

Этот пример взят из главы «Джордж Келли как психотерапевт», которая содержит фрагменты работы Келли с 28-летним студентом университета по имени Кэл (Neimeyer, 1980). Предъявляемые Кэлом жалобы фокусировались на выборе карьеры и проблемах в учебе. Приведенный ниже фрагмент соответствует двадцать первой сессии их совместной работы. Мы выбрали сессию из середины курса терапии, поскольку здесь прекрасно проиллюстрировано воплощение теории Келли на практике. Пояснительные комментарии сделаны Неймейером.

К началу 21-й сессии Келли завершил исследование межличностных представлений Кэла, в том числе глубинных, и приступил к оценке его **довербальных** представлений о психотерапевте и других важных фигурах в его жизни. По определению Келли, довербальным конструктором «является тот, который продолжает использоваться, несмотря на отсутствие устойчивого словесного символа» (Kelly, 1955, p. 459), он имеет отношение к тем типам элементов, которые может осознавать маленький ребенок (Kelly, 1955, p. 461). Обнаружив угрозу, о которой сказал Кэл в связи с возможным сближением с психотерапевтом, Келли стал подозревать действие не выраженных словесно, но чрезвычайно значимых представлений, определявших взаимоотношения Кэла с окружающими. В самом начале сессии Кэл заявил, что психотерапевту следует воспринимать клиента «исключительно как набор разнообразных фактов и историй, заслуживающих критического обсуждения» и добавил: «Думаю, не надо выходить за эти рамки». Услышав тему, сходную с уже проявившейся на ранней сессии, Келли решил уточнить замечание Кэла.

*«Келли (Т). Итак, любого рода **участие**, которое я могу к вам испытывать, сюда не входит...*

Кэл (К). Нет, поскольку...

Т. Поскольку оно не является необходимым?

К. Да, оно может быть, а может не быть.

Т. Понятно.

К. Да, но если участие... проявляется в связи с некими эмоциями в отношении индивида не с целью предотвратить какую-то неприятность,... а просто из доброго отношения с вашей стороны, тогда нет...

Т. Таким образом, речь идет об участии, о доброте в смысле нежелания или неумения работать, если это является обычной тактикой...

К. Да.

Т. Такого здесь не будет. Теперь, мне кажется, я лучше понимаю некоторые другие ваши слова. Вы не желаете доброты в том смысле, что она может помешать вам подойти к реальности, к разрешению ваших проблем.

К. Да. Я имею в виду доброту или приветливое отношение просто из нежелания вести себя дурно и отвратительно.

*Т. Так-так. Это своего рода **поверхностная** социальная манера, правда?*

К. Да.

Т. Думаю, не стоит тратить на это время и силы во время интервью. Другие люди с тем же успехом могут быть к вам добры в этом смысле слова.

К. Конечно.

*Т. Это обычная **вежливость**, просто вежливость.*

К. В данном случае да.

Т. Я подыскиваю подходящее слово для определения...

К. Ну я думаю, это слово не хуже других. Возможно, будет правильнее назвать это чрезмерной вежливостью.

Т. Давайте так и сделаем, назовем это чрезмерной вежливостью.

(Здесь Келли пытается помочь Кэлу **словесно выразить** довербальные конструкты, отыскать подходящий словесный символ для точного обозначения смысла. Будучи произнесен и точно определен, довербальный конструкт лучше поддается терапевтической реконструкции и экспериментированию с ним (Kelly, 1955, p. 465). Приписав имеющемуся у Кэла конструкту имя «чрезмерной вежливости», Келли приступает к исследованию межличностных инцидентов, для характеристики которых изначально этот конструкт был создан.)

Т. Итак, чрезмерная вежливость. Да, это приводит нас к следующему вопросу, который мне бы хотелось исследовать. Я буду оказывать вам всемерную помощь, но, как мы договаривались, нам предстоит совместная работа. Случалось ли так, что люди бывали к вам чрезмерно вежливы?

К. Думаю, да. Хотя, как мне кажется, я не смогу привести конкретных примеров.

Т. Давайте над этим поработаем. Попытаемся уточнить этот момент и посмотрим, что из этого получится.

(Рассказывая о ситуациях, подтверждающих этот его конструкт (например, желание отца оказывать ему материальную поддержку), Кэл подошел к вопросу об изначальном определении такого поведения как «чрезмерной вежливости». Келли, чутко откликнувшись на трудности в связи с поиском вербального символа, замечает:)

Т. Скажем,... мы с вами добрались до уровня снисходительности, не так ли? Мы ведем речь о своеобразной снисходительности по отношению к вам. Вы это имеете в виду?

К. М-м... не могли бы вы выразиться поточнее?

Т. Некоторое время назад мы с вами говорили о чрезмерной вежливости.

К. Ну да.

Т. Затем мы перешли к вашим воспоминаниям в связи с этим понятием чрезмерной вежливости возможно, это называется как-то иначе. И вы сказали «да и нет»; вы не видите конкретных проявлений чрезмерной вежливости в намерениях и поведении вашего отца, однако определяете это именно так...

К. Ну мне действительно кажется, что чрезмерная вежливость представляет собой сладенькую приторную вежливость. Не думаю, что такое определение в точности соответствует вашим словам.

Т. Да. Теперь нам предстоит опробовать новый термин для того, что мы с вами имеем в виду. Я предлагаю «снисходительность» в смысле потакания. Когда ребенка гладят по голове. Это слишком нежное обращение?

К. Мне кажется, ни один из этих терминов не описывает ситуацию.

Т. Если так, давайте искать другое определение.

К. Наиболее точный термин, по-моему, «потакание».

(Сформулировав второе, вероятно, более адекватное определение довербального конструкта Кэла, Келли подошел к изменению курса. Он подталкивает Кэла к исследованию проблемных ролевых взаимоотношений с другими людьми, как в микрокосме терапии, так и в семейном и социальном мире, с упором на функционировании в этих сферах подразумеваемого клиентом конструкта.

Келли приступает к исследованию, обратившись к природе терапевтических отношений.)

Т. Вы сказали, явно и неявно, вы много раз повторили: «Я не хочу слишком сближаться». Значит, во взаимоотношениях существует нечто, что расслабляет, что мешает нам справиться с работой.

К. Можно мне добавить? Когда вы встречаетесь с человеком, это относится не только к вам, а ко всем людям, вы мысленно рисуете его портрет...

Т. Да.

К. Затем вы украшаете картину, помещаете ее в рамку, помещаете рядом розы и фиалки. (Смеется.) Чем ближе вы подходите к человеку, тем меньше украшений остается на

портрете. Обнаруживается, что мысленный портрет не совсем точен. Розы имеют еще и шипы.

Т. Да, вы знаете об этом заранее, хотя и говорите иначе. Вы не хотите сблизиться с человеком, чтобы картина не утратила объективности. Вы хотите всегда быть готовым... к хирургическому ножу. Тогда вы станете...

К. Да.

Т. ...защищать себя. А теперь взглянем на это иначе. Вы говорите, что начинаете с картины, украшенной розами, однако, за этими розами вам видятся шипы. Таким образом, сохраняя дистанцию, вы можете иметь дело с одним лишь розами.

(Это направление разговора представляет особую важность для Кэла, он спонтанно комментирует, что «это ситуация, в которой индивид не соответствует стереотипу» представлений о нем. Кэл ссылается на случай, происшедший в раннем детстве.)

К. Как-то раз в Кентервилле меня столкнули в пруд с золотыми рыбками.

Т. Интересно.

К. Теперь я бы сказал, что представлял себе Тома, который меня толкнул, определенным образом.

Т. М-м.

К. Ну он толкнул меня... это вполне естественная реакция. Я имею в виду, бывают случаи, когда вы делаете что-то просто из вредности. Однако в данном случае все было не так.

Т. Итак, практически...

К. Это и произошло с моей картиной.

Т. Таким образом, в буквальном смысле вы чересчур приблизились к нему, чтобы он столкнул вас в пруд (*оба смеются*), и внезапно ваши представления о Томе переменились.

К. Я думаю, что гнев, который меня охватил, не был направлен на одного только Тома.

Т. А был связан с утратой картины.

К. Да, с утратой картины. Это был сильный гнев, который распространялся во всех направлениях, сметая все на своем пути... это даже не был гнев...

Т. Оттого, что вас столкнули в пруд, вы страдали из-за разрушения созданного вами прекрасного портрета Тома.

К. Видимо, да.

(Оба, Кэл и Келли, сознают важность этого инцидента из далекого прошлого: Том не только проявил коварство и столкнул Кэла в пруд, он **разрушил** «розовые» представления Кэла о возможном поведении друга. Особо стоит отметить испытанный клиентом сильный **гнев**, поскольку гнев, в соответствии с теорией конструкторов, может быть представлен как «осознание обесценивания конструкторов, ведущее к враждебности» (McCoу, 1977, р. 121). Действительно, Кэл демонстрирует отменную проницательность, признавая, что его ярость является реакцией на «утрату картины», а не просто ответом на реальное поведение Тома. Чтобы более полно судить об этом сценарии, необходимо учитывать предложенное Келли уникальное определение **враждебности**: «Продолжающиеся усилия по получению доказательных фактов в пользу социального прогноза, нереалистичность которого доказана» (Kelly, 1955, р. 510). Определяя враждебность в терминах феноменологии враждебно настроенного человека, а не его влияния на окружающих, Келли привлекает внимание к психологической функции этого чувства: оно заставляет социальные «факты» укладываться в неудачную гипотезу, поддерживает шаткое представление, которое в противном случае неизбежно рухнуло бы под натиском фактического материала. Исследование сценария в этом свете показывает, что враждебность проявил не столько Том, сколько сам Кэл. Вместо того чтобы пересмотреть свои «приукрашенные» представления о межличностных отношениях с учетом реальных фактов, он продолжает сохранять значительную дистанцию между собой и другими людьми, чтобы точность его прогнозов не подвергалась сомнению. Отголоски этого детского инцидента проявились в терапевтическом диалоге.)

Т. Этот всепоглощающий гнев был направлен не столько на Тома, сколько на всю ситуацию в целом...

К. Да. Я бы сказал, что гнев затронул его лишь потому, что он спровоцировал падения карточного домика.

Т. Так.

К. Но теперь я пытаюсь вспомнить еще что-нибудь в связи с этим случаем. Помню, мать пыталась вывести меня из этого состояния. А я отреагировал на нее все с тем же чувством гнева.

(Келли подозревает появление в этот момент ранних довербальных конструкторов Кэла, связанных с чрезмерной вежливостью или снисходительностью, поэтому замечает:)

Т. Итак, вы не желали успокаиваться. Никакого комфорта, утешения, манипуляции...

К. По-видимому, нет.

Т. Была ли ваша мать тогда «чрезмерно вежливой»? Льстивой?

К. Льстивой? Вряд ли кому-нибудь может понравиться такое определение.

Т. Ладно. Давайте остановимся на термине «льстивый»; вероятно, на данный момент это наиболее точное определение. Впоследствии нам, возможно, удастся найти нечто более подходящее.

К. Хм.

Т. Другими словами, вы попали в беду, ваш карточный домик рухнул...

К. Ага.

Т. ...а она стала вас утешать. Возникла двойная проблема, не так ли? Не только отношение к Тому...

К. Я пытаюсь сформулировать это точнее. Возможно, мать подошла к решению проблемы по-взрослому, с точки зрения взрослого человека. Я имею в виду, она наблюдала за тем, как разворачиваются события, и я не знаю....

Т. Поверхностно и отчужденно...

К. Однако в тот момент мне все это представлялось иначе.

Т. Это уже не ваша проблема...

К. Нет. Моя проблема была в том, что я промок до нитки! (Оба смеются.)

(Заслуживает особого внимания замечание Кэла о том, что новые и весьма обоснованные интерпретации детского инцидента не соответствуют его представлениям на данный момент. Это отражает растущее осознание «конструктивного альтернативизма», который старается привить своему клиенту Келли, это чувство, что наиболее очевидные в прошлом смыслы событий могут подвергнуться совершенно иному толкованию в настоящем. Такая философия предполагает, по мнению Келли, что «человек может поработить себя собственными идеями, а затем обрести свободу, переосмыслив собственную жизнь» (Kelly, 1955, p. 21). Это в значительной мере и является целью терапии личных конструкторов.

Прежде чем продолжить уточнение, Келли убеждается в правильности своих представлений о переживаниях Кэла.)

Т. Давайте проверим, правильно ли я вас понял. Вы сказали, что рухнул не только карточный домик с картиной взаимоотношений между вами и вашим другом Томом,... но когда кто-то другой в это вмешивался, он представлялся вам сторонним наблюдателем, не понимающим сути проблемы; вас просто пытались утешить, успокоить, не разбираясь в том, что произошло...

К. Да, глядя на все это, вряд ли можно охарактеризовать это как-то иначе; я хочу сказать, вряд ли посторонний человек может вести себя по-другому.

Т. Ладно, пусть будет так. Однако мы ведем речь о том, как вам самому представлялась ситуация в тот момент.

К. Да.

Т. Попытки подойти к вам, погладить по голове, успокоить или что-то вроде того вызывали у вас еще больший гнев.

К. Гм.

Т. Вам не хотелось в тот момент сблизиться с матерью. Это нельзя было назвать близостью, это была попытка вас успокоить. Это была ваша проблема.

К. Да.

Т. Вы и мне заявили то же самое. «Не отвлекайте меня от моих проблем, держитесь на расстоянии вытянутой руки...»

К. Да.

Т. ...и давайте разберемся во всем этом, а не просто... станем пускать слюни.

(Кэл спонтанно принимает точку зрения Тома.)

К. Том, конечно, не хотел этого. Я имею в виду разрушение карточного домика, а не столкновение меня в пруд (*смеется*)... Том... всегда был окружен друзьями, с которыми мог вдоволь играть, в отличие от меня. Поэтому он иначе представляет, представлял отношения между мальчиками.

Т. Да.

К. В то же время я знал только... **взрослые** взаимоотношения между мной и моими родителями.

Т. Поэтому вам и в голову не могло прийти,... что другой человек может столкнуть вас в пруд, не мог же, например, отец столкнуть мать или вас в пруд.

К. Да, в тот момент это было трудно себе представить.

Т. В тот момент.

К. Да.

Т. Итак, вы воспринимали Тома в понятиях... представителей взрослого мира.

К. Да.

Т. Том повел себя... как ребенок. Он... для него такое поведение значило совсем не то, что значит, вернее, значило, для вас. Таким образом, это было **совершенно несообразное** поведение.

К. Гм.

Т. Следовательно, структура вашего социального мира в тот момент была обесценена. Поэтому и рухнул карточный домик.

(Далее Келли переходит к объединению самостоятельных, но связанных между собой тем, проявившихся в диалоге.)

Т. Видите ли, мне хочется знать, действительно ли вы утратили систему, в соответствии с которой судили о людях.

К. Да.

Т. Мне также хотелось бы знать, не потеряли ли вы в то время близкого друга.

К. В то время для меня любой друг был близким.

Т. Это вполне оправданно.

К. Да.

Т. Таким образом, мы имеем три проблемных направления. Вы утратили способность судить о социальных отношениях...

К. Да.

Т. ...из-за его неразумного поведения. Во-вторых, вы потеряли **его**, поскольку на тот момент томов в вашей жизни было немного.

К. Да.

Т. И наконец, вы подверглись утешению...

К. Да.

Т. Что объясняет многое в вашем поведении.

(Кэл прояснил второе утверждение Келли, настаивая на том, что «утратил Тома не как реального человека, а как карточный домик». Келли соглашается с этим и продолжает:)

Т. Итак, мне думается, что тут все ясно. Вы можете представить себе все это с точки зрения утраты Тома. Однако, как вы отметили, это не ключевой момент. Утрата оказалась гораздо серьезней.

К. Да.

Т. Потерю Тома вы могли бы пережить. Возможно, вы переживали бы на эту тему несколько дней, однако была и другая потеря. Потеря концептуальных рамок, в которых рассматривались межличностные взаимоотношения, — это действительно серьезная потеря. Это отбрасывает вас назад, вынуждает заново осваивать науку общения с людьми.

К. Гм.

Т. И с тех пор вы не уверены, что все понимаете правильно, ведь так?

К. (*Вздыхает.*) К сожалению, вы правы.

(Кэл делает следующий шаг, связывая первичный инцидент со своей теперешней замкнутостью.)

К. Восстанавливая в памяти события, я пришел к выводу, что вряд ли мое нынешнее

поведение обусловлено одним-единственным событием. Чувство, возникшее у меня при виде прекрасного здания, разлетевшегося в щепки, — что это (*вздыхает*), как не чувство страха? Страх перед тем, что кто-нибудь, проходя мимо, еще раз все это разрушит. Мне кажется, что время от времени так и происходило, хотя это кажется фантастичным, но я ясно вижу, как кто-то вновь и вновь подходит к зданию и разрушает его, топчется по обломкам. В любом случае, это неизбежно.

Т. Это моя точка зрения на людей, однако не подходите ко мне слишком близко, я не хочу, чтобы ее уничтожили.

(К этому моменту Кэлу удалось пересмотреть структуру своих представлений о ролевых взаимоотношениях, ставшую **проницаемой**, применимой как к старым, так и к новым переживаниям. Келли проверяет диапазон пригодности новой структуры, оценив ее способность интерпретировать конкретную проблемную ситуацию из недавнего прошлого: необъяснимо сильный гнев Кэла по поводу конфликта в студенческом братстве, требовавшем пройти обряд посвящения.)

Т. Теперь, когда этой осенью произошел инцидент со студенческим братством, это выглядело словно... Они приняли решение, что вам следует пройти обряд посвящения... Это напоминало случай с падением в пруд? Вы ожидали взрослых взаимоотношений, а вокруг вас вновь оказались дети?

К. Возможно...

Т. У вас на этот счет был особый карточный домик?

К. Я бы сказал, что все гораздо серьезнее.

Т. Вы имеете в виду, что проблема гораздо шире?

К. Это только мое предположение, но мне кажется, что дело не в карточном домике, связанном со студенческим братством, этот домик затрагивает всю мою жизнь в целом.

Т. Полагаю, мораль такова: следует держаться подальше от прудов с золотыми рыбками и студенческих братств. (*Оба смеются.*) Я думаю, это важный момент.

(Осознав прошлую и настоящую враждебность Кэла при попытке подвести людей под жесткие, иллюзорные перцептуальные категории, а также тревогу, возникающую у него при разрушении очередного карточного домика, Келли и его клиент подвели итоги своего терапевтического сотрудничества.)

Т. Итак, мы с вами как следует поработали в течение целого часа. Вам удалось... разобраться со своими проблемами, мне кажется, как нельзя лучше. Вы мне очень помогли... мы с вами работали как одна команда.

К. Да, у меня тоже такое чувство, что теперь я гораздо лучше представляю себе свои трудности благодаря этой сессии. Это все равно что начать плавать. Как только вы входите в воду, она кажется ужасно холодной. Однако, пробыв там одну-две минуты, вы привыкаете и уже не хотите выходить.

Т. М-м. У вас возникло чувство, что вы оказались по уши в своих проблемах? Или, во всяком случае, по горло?

К. Не знаю.

Т. Да, на этот вопрос трудно ответить.

К. Однако со всей определенностью можно сказать, что мне было трудно связать свои мысли. Вместе с тем за последние несколько минут мне это неплохо удавалось. Все встало на свои места.

Т. Кроме того, мы все это упаковали.

К. Гм.

Т. К каждому из нас поступает колоссальное количество информации, которую трудно бывает объединить. Это касается и меня. Однако если работать так, как мы это делали, в команде, мне кажется, каждый из нас может извлечь для себя много нового, чего не сделаешь в одиночку.

К. Гм.

Т. При условии, конечно, что вы окажете мне помощь.

К. И наоборот.

Т. Конечно.»

Заключение и оценка

Заключение. Психология личных конструктов основана на философской позиции конструктивного альтернативизма, который предполагает наличие множества способов восприятия мира. Система создается на основе одного постулата и его разработки в соответствии с одиннадцатью следствиями. Базовое убеждение состоит в том, что «процессы конкретного человека психологически направляются по тем каналам, в русле которых антиципируются события» (р. 46). Присущая индивиду система личных конструктов определяет способ восприятия мира. Конструкты дихотомичны, при этом человек выбирает альтернативу, которая сулит больше возможностей для расширения и определения системы. Конструкты обладают некоторыми формальными характеристиками и организованы в иерархию подсистем. Характеристики конструктов формируют основу системы диагностических конструктов, которая используется клиницистом с целью анализа, понимания и ранжирования присущей клиенту конструктивной системы. Изменения в поведении включают изменения в системе личных конструктов.

Таким образом, терапия направлена на перестройку присущей клиенту системы личных конструктов. В ходе терапии, основанной на психологии личных конструктов, психотерапевт ведет себя активно, реагирует на клиента разнообразными способами. Проигрывание ролей имеет большое значение в терапии, в частности в таком подходе, как терапия фиксированных ролей: проигрывание клиентом назначенной роли представляет собой важнейший аспект вмешательства.

Считается, что процесс терапии сродни процессу научного экспериментирования. Задача психотерапевта заключается в том, чтобы помочь клиенту выдвинуть гипотезы и проверить их экспериментально, как в ситуации интервью, так и за ее пределами. Таким образом, клиенты используют научный подход к перестройке собственной жизни. Психотерапевт участвует в этом процессе на правах помощника и сотрудника, используя при этом разнообразные методы и техники.

Оценка. Предложенный Келли подход к психотерапии следует признать наиболее систематическим. Он разработан до мельчайших деталей, поэтому среди всех видов терапии, о которых идет речь в данной книге, этот подход наиболее трудно обобщить. Знакомство с многочисленными деталями одновременно вызывает восхищение и разочарование. Несмотря на относительную простоту базового постулата и его следствий, комментарии к ним довольно обширны. Здесь можно насчитать почти столько же концепций, как в психоанализе. Многие известные концепции или термины используются не так, как принято в психологии или психоанализе. Речь идет о **тревоге, вине, угрозе, враждебности, агрессивности и страхе**. Введено множество новых терминов, таких как **упреждающие конструкты, констелляционные конструкты, предположительные конструкты, погружение, зависание и проницаемость**. Трудно держать все это в памяти, когда читаешь о развитии и применении теории в терапии. Читателю нужно обладать системой конструктов, всеобъемлющих, предположительных и проницаемых, чтобы усвоить предлагаемый материал.

Привлекательной особенностью подхода является детальная разработка новых концепций. Однако мало кто проявил интерес к этому подходу с момента опубликования работ Келли. Чтобы овладеть им в совершенстве, уметь применять на практике, требуется интенсивная подготовка и опыт. Вместе с тем, как отмечает Келли, опубликованных материалов недостаточно для практического применения подхода. Хотя уделяется значительное внимание обсуждению метода и техник, отсутствие протоколов реальных сессий затрудняет освоение.

Тем не менее для психотерапевта, перед которым не стоит задача освоения этого подхода, удивительным представляется обилие деталей с точными указаниями, когда и что надо делать. Например, выделяется десять разновидностей плача. Даются подробные рекомендации, на что обращать внимание в классной комнате при оценке школьной обстановки. Читателю будут небезынтересны и другие дискуссии, помимо частного теоретического подхода. Это свежий, новый взгляд на вещи, в отличие от привычной

клинической терминологии или жаргона. Данный подход не имеет специфической диагностической или внешней ориентации.

Отсутствие диагностической ориентации приводит к рассмотрению феноменологической природы данного подхода. Одна из базовых концепций состоит в том, что «каждый человек по-своему представляет себе поток событий, быстро проносающийся мимо него» (Kelly, 1955, vol. 1, p. 3). Келли ощущает, однако, что феноменологический подход скрывает свойственные индивиду личные конструкты, в то время как их следует выставить на всеобщее обозрение. Во всяком случае, психотерапевт должен уметь воспринять личные конструкты клиента, и это, по мнению Келли, выходит за рамки феноменологии. Трудно не заметить представления о невозможности избежать феноменологического подхода, поскольку конструкты психотерапевта, пусть внешние, общественные или объективные, с точки зрения клиента, тем не менее феноменологичны с позиции психотерапевта. Это, пожалуй, единственное проявление непоследовательности Келли в применении перечисленных выше базовых концепций.

Эта же проблема возникает позднее, когда он утверждает: «Мы пытаемся использовать феноменологический подход к личностным конструктам, которые имеют широкий диапазон смыслов для конкретных людей; таким образом, мы пытаемся свести воедино сведения высокого уровня с тем, что нам известно о других людях» (там же, p. 455). Как, не прибегая к феноменологическому подходу, получить сведения о других людях? В большинстве случаев, однако, Келли проявляет себя последовательным феноменологом, хотя и не считает свою систему неофеноменологической. Его базовая концепция о ролевых взаимоотношениях состоит в том, что психотерапевт, например, присваивает конструктивную систему клиента через принятие (определяемое как желание видеть мир глазами клиента), поэтому может толковать события так, как это делает клиент, что позволяет ему (психотерапевту) прогнозировать или антиципировать поступки клиента. Именно этот подход был использован Комбсом и Сниггом (Combs & Snygg, 1959) в созданной ими феноменологической системе.

Имеет смысл представить себе подход Келли в качестве альтернативы клиент-центрированной терапии, поскольку оба этих подхода имеют общую феноменологическую основу. Сама по себе феноменология не обязательно ведет к клиент-центрированному подходу в психотерапии. Восприятие или связанные с ним личные конструкты могут быть изменены различными способами. Если в клиент-центрированном подходе психотерапевт работает с целью фасилитации изменений, то в терапии на основе психологии личных конструктов задача психотерапевта совсем иная. В последнем подходе психотерапевт предстает чрезвычайно активным, напористым, подталкивает и стимулирует клиента.

В связи с активной природой терапии возникает необходимость в постоянной оценке клиента и его потребностей с целью принятия взвешенных решений о последующих действиях. Это накладывает на психотерапевта огромную ответственность. После знакомства с произведениями Келли может сложиться впечатление, что мало кто из психотерапевтов готов взять на себя такую ответственность. В очередной раз приходишь к выводу, что в терапии первоочередное значение имеет не то, что делается, а как это делается; риск причинения вреда сводится к минимуму в том случае, когда психотерапевт проявляет искреннюю заботу и заинтересованность. Клиент реагирует на взаимоотношения, а не на применяемые методы. Психотерапевт личных конструктов, во всяком случае, если верить Келли, дает клиенту почувствовать, что ситуация полностью находится под контролем. Хотя это несколько напоминает подход «доктор-знает-лучше», Келли сознает опасности этого метода и развенчивает его. Он упоминает несколько случаев попыток самоубийства, указывая на допущенные психотерапевтами ошибки в применении теории. Однако эти ошибки вполне могли быть связаны не столько с неверным применением теории, сколько с плохим пониманием клиента, в сочетании с чрезмерной активностью и склонностью к манипуляциям в попытке играть активную роль, предписанную данным подходом. Келли предостерегает психотерапевта от попыток играть роль бога, однако психотерапевт, практикующий этот подход, практически вынужден быть богом.

Терапия фиксированных ролей — это метод индукции активности клиента, имеющий общие черты с другими подходами, в которых клиентам предписывается активность, в частности с подходами Сэлтера (Salter, 1949) и Вольпе (Wolpe, 1990). Вместе с тем это

гораздо более систематический и индивидуально адаптированный подход, нежели два вышеупомянутых; предписания не носят универсального характера, а изменяются в зависимости от особенностей клиента. Другим отличием является сценарий фиксированных ролей, при этом установки и восприятия клиента меняются еще до изменения его деятельности; клиента не заставляют приступать к действиям в надежде, что это изменит его установки и чувства.

В дополнение к активным, манипулятивным аспектам, предложенный Келли подход также высокоинтеллектуален и рационален. «Психотерапия представляет собой разумную манипуляцию различными психологическими процессами» (Kelly, 1955, vol. 2, p. 1071). Психотерапия напоминает научный эксперимент. Роджерс (Rogers, 1956) в посвященном Келли обзоре особо подчеркнул этот аспект: «Он постоянно размышляет о клиенте и о своих процедурах, все это настолько сложно, что просто не остается сил для налаживания с клиентом эмоциональных взаимоотношений» (pp. 357-358). Тем не менее не исключено, что составленные Келли описания практической психотерапии не вполне соответствуют действительности. Несомненно, он занимал активную позицию и был когнитивно ориентирован, однако имеются основания полагать, что он также чутко относился ко всем возможным смыслам поведения клиента (например, к плачу) или его заявлениям.

Данный подход обладает побуждающим и стимулирующим действием. Теория поведения и личности, вероятно, имеет большее значение, чем практическое применение подхода в психотерапии; теория может быть полезна в сочетании с другими методами, поскольку из нее самой не вытекают никакие уникальные методы терапии. Многие из методов широко используются в других психотерапевтических подходах, включая психоанализ. Таким образом, применение уникального подхода терапии фиксированных ролей ограничено тем, как указывал Роджерс (Rogers, 1956), что он полезен лишь для клиентов, которые не знакомы с данным методом. Многие концепции или конструкты сходны с разработками других теоретиков, однако есть и уникальные аспекты, которые не стали только новыми терминами для обозначения старых понятий. Не является уникальным и взгляд в будущее, проявившийся в базовом постулате антиципации; это напоминает концепции Роттера и Филлипса (Rotter & Phillips, см. предыдущие издания книги), хотя Келли развивает это положение более интенсивно. Намечается сходство между концепцией самоактуализации и концепцией уточняющего выбора (люди выбирают такую альтернативу в дихотомическом конструкте, благодаря которой возрастают шансы расширения и определения их систем).

Вероятно, одной из наиболее уникальных концепций является идея о дихотомической природе конструктов. Идея о противоположных полюсах, конечно, не нова, однако ей никогда ранее не отводилось достойного места в психологической теории. Очевидно, что удовлетворенность существует лишь в сравнении с ее отсутствием, то есть неудовлетворенностью. Эта относительность была возведена в ранг базового причинного психологического закона (Gagan, 1963). Хотя это, вероятно, и преувеличение, но данная закономерность явно заслуживает большего внимания, чем ей уделялось, и здесь несомненна заслуга Келли, заслуга, до сих пор не признанная. Относительность играет роль, например, в дилемме детерминизм/свободная воля, которую рассматривает Келли.

Наконец, Келли своеобразно относится к мотивации. В его теории не нашлось места для концепции мотивации, не ощущается и потребности в такой концепции, поскольку Келли считает необходимым привести в движение процесс, а не инертную субстанцию. Таким образом, не было и речи об аспектах мотивации, находящихся в центре внимания так называемой динамической психологии. Выдвинутый Келли базовый постулат имеет мотивационный аспект, включая цель или направление всех видов поведения. Этот постулат не слишком отличается от мотивационной теории феноменологии Комбса и Снигга (Combs & Snygg, 1959), гласящей, что базовая мотивация человека — это сохранение и усиление своего феноменального «Я».

Сходным образом в теории Келли не нашлось места для концепций вознаграждения или подкрепления. События валидируются за счет понимания правильной антиципации. Ученый не находится под контролем вознаграждения.

«Ученый, который пытается накопить побольше подкреплений, склонен к ригидности и инертности. Изобретательный, любопытный, восприимчивый ученый в равной степени рад и

отрицательным результатам и извлекаемым из них урокам, и положительным» (Kelly, 1955, vol. 2, p. 1166).

Конечно, можно спорить о точном определении вознаграждения, однако главная мысль ясна. Концепция валидации гораздо шире и, следовательно, намного полезнее концепции подкрепления.

Психология личных конструктов рассматривает человеческое поведение, считая его значимым. Брюнер (Bruner, 1956) назвал это достижение «единственным величайшим вкладом прошлого десятилетия в теорию функционирования личности». В обзоре «*Clinical Psychology and Personality: The Selected Papers of George Kelly*» Аппельбаум (Appelbaum, 1970), признавая Келли «выдающейся фигурой в психологии последних лет», отметил незначительность его собственного вклада, особо подчеркнув то значение, которое Келли придавал феноменологическим и гуманистическим взглядам. «Его выдающееся положение явилось результатом стечения обстоятельств... Его точка зрения померкнет в сиянии истории идей, и даже теперь его больше интересует наша профессиональная культура, чем существо собственной теории».

Однако Аппельбаум ошибался. Интерес к теории Келли не угас. Напротив, в настоящее время усилился интерес к Келли и его психологии личных конструктов (Neimeyer, 1990). Это нашло отражение: а) в многочисленных книгах, посвященных психологии личных конструктов, многие из которых вышли за последние 10-15 лет (Addams-Webber, 1979; Addams-Webber & Mancuso, 1983; Bonarius, Holland & Rosenberg, 1981; Epting, 1984; Landfield & Epting, 1987; Landfield & Leitner, 1980); б) в переиздании книги Келли «*The Psychology of Personal Constructs*» (Vols. 1 & 2) в 1991 г.; в) в активной работе по популяризации теории личных конструктов во всем мире (Neimeyer, 1985; Neimeyer, Baker & Neimeyer, 1990); г) в учреждении журнала «*International Journal of Personal Construct Psychology*» в 1988 г., переименованного в «*Journal of Constructivist Psychology*» в 1994 г.; д) в проведении национальных и международных конференций, посвященных личным конструктам (например, см. Neimeyer & Neimeyer, 1991); е) в учреждении выходящих раз в два года выпусков публикаций на тему достижений в психологии личных конструктов (Neimeyer & Neimeyer, 1990).

Действительно, взгляды Келли и сегодня привлекают всеобщее внимание. В недавнем обзоре переизданных работ Келли Неймейер (Neimeyer, 1992) иллюстрирует это так.

«Работы Келли... в настоящее время набирают силу и энергию (p. 994).

Работы Келли продолжают приносить плоды, помогают сохранять необычайную глубину, дальность и четкость видения (p. 995).

Теория Келли удивительным образом с течением времени становится все более актуальной... (p. 995).

Ценность научных трудов Келли в настоящее время несколько не уменьшилась и с течением времени будет еще более возрастать» (pp. 996-997).

Как явствует из цитат, обзор Неймейера прекрасно передает актуальность и значимость классической работы Келли «Психология личных конструктов» для наших современников.

Как терапевтический подход, разработанная Келли система практически не подвергалась проверке. «Несмотря на сравнительно многочисленные публикации, посвященные клиническим аспектам теории личных конструктов, обычных в психотерапии сравнительных исследований явно недостаточно» (Neimeyer, 1993, p. 228). Вместе с тем, учитывая повышенный интерес к психологии личных конструктов, можно надеяться, что подобные исследования вскоре будут проведены.

И последнее, даже если правда (как утверждал Appelbaum, 1970), что Келли привнес мало нового по сравнению с другими феноменологами и гуманистами, он тем не менее все это объединил и систематизировал. Даже если его концепции и терминология не приживутся, останется главное — его взгляд на мир, лежащий в основе адекватного понимания и терапии людей. Кроме того, Келли подготовил пересмотр некоторых традиционных и современных представлений о человеческом поведении и психотерапии. Ему удалось исполнить свое желание, высказанное в 1963 г.: «Если мне придется закончить свою жизнь на какой-либо финальной ноте, пусть это будет вопрос, желательно один из основных, хорошо сформулированный и вызывающий интерес, манящий туда, куда смогут пойти только пришедшие после меня, а не окончательный вывод — пусть даже хорошо обоснованный»

(Kelly, 1969).

Глава 11. Транзактный анализ: Берн

Эрик Леннард Берн (1910-1970) родился в Монреале, Канада (его настоящее имя Эрик Леннард Бернштейн). Он получил степень доктора медицины в университете Мак-Гилл в 1935 г. и прошел резидентуру по психиатрии в Йельском университете с 1936 по 1941 г. Проработав два года клиническим ассистентом по психиатрии в больнице Маунт Цион в Нью-Йорке, он поступил на военную службу. Как и многие другие психиатры и психологи, работавшие с военными, Берн открыл для себя групповую терапию и стал развивать собственный подход. Оставив службу в 1946 г., он обосновался в Кармеле, Калифорния, и вернулся к изучению психоанализа с Эриком Эриксоном в Психоаналитическом институте Сан-Франциско. Впервые Берн занялся психоанализом в 1941 г. в Нью-Йоркском психоаналитическом институте, его аналитиком был Пол Федерн. Его учителями также были Юджин Кан и Вайлдер Пенфилд. Сильное влияние, по собственному признанию Берна, на него оказали Натан Аккерман, Мартин Гротьян и Бенджамин Вейнингер.

В начале 1950-х гг. идеи Берна были уже далеки от психоанализа, и в 1956 г. ему было отказано в принятии в Психоаналитический институт Сан-Франциско. Его представления о транзактном анализе, которые получили развитие и практическое воплощение в этот период, были впервые обнародованы в обращении к собранию западного отделения Американской групповой психотерапевтической ассоциации в 1957 г. Под названием «Транзактный анализ: новый и эффективный метод группового лечения» статья была опубликована в журнале *American Journal of Psychotherapy* в 1958 г. В выпуске того же журнала за 1957 г. вышла статья «Я-состояния в психотерапии».

Первая книга Берна «Разум в действии» (*The Mind in Action*, 1947) была повторно издана под заголовком *Layman's Guide to Psychiatry and Psychoanalysis* (1968). Вслед за книгой «Транзактный анализ в психотерапии» (*Transactional Analysis in Psychotherapy*, 1961) вышла «Структура и динамика организаций и групп» (*Structure and Dynamics of Organizations and Groups*, 1963b) и «Принципы группового лечения» (*Principles of Group Treatment*, 1966). Вместе с тем его книга «Игры, в которые играют люди: психология человеческих взаимоотношений» (*Games People Play: The Psychology of Human Relationships*, 1964) спустя короткое время и к удивлению самого Берна стала бестселлером и способствовала популярности транзактного анализа. К моменту смерти Берна были готовы к публикации две рукописи: «Секс в человеческой любви» (*Sex in Human Loving*, 1970) и «Что вы говорите после того, как поздоровались?» (*What Do You Say After You Say Hello?*, 1972). Избранные произведения Берна были подготовлены и опубликованы Клодом Стейнером и Кармен Керр под названием «За пределами игр и сценариев» (Claude Steiner & Carmen Kerr, *Beyond Games and Scripts*, 1976).

Помимо частной практики Берн выполнял и ряд других обязанностей, в том числе консультанта по психиатрии при главном враче армии США; психиатра в клинике психической гигиены Администрации ветеранов в Сан-Франциско; преподавателя групповой терапии в Нейропсихиатрическом институте Лэнгли Поттера; приглашенного преподавателя групповой терапии в психиатрической клинике Стенфорд-Пало Альто; внештатным психиатром в госпитале Маунт Цион.

В 1962 г. Берн учредил бюллетень «*Transactional Analysis Bulletin*» и стал его редактором, впоследствии в 1971 г. это издание переросло в журнал «*Transactional Analysis Journal*», который стал выходить под эгидой Международной ассоциации транзактного анализа (International Transactional Analysis Association, ITAA). Ассоциация была создана в 1964 г. на базе семинаров по социальной психиатрии в Сан-Франциско (San Francisco Social Psychiatry Seminars), которые Берн проводил с 1958 г. Впоследствии эти семинары стали отделением ITAA под названием *San Francisco Transactional Analysis Seminar* (см. James, 1977).

Недавно вышла книга, посвященная жизни Берна, его вкладу в теорию и практику и его влиянию на развитие психотерапии (Ian Stewart, 1992).

Становление и развитие

Как уже отмечалось, Берн получил подготовку в области психоанализа. По-видимому, он бы неудовлетворен пассивностью и большой продолжительностью психоаналитического лечения: он пишет о своей «десятилетней практике пассивной, построенной на интерпретации "психоаналитической групповой терапии", после чего последовали два года экзистенциальной групповой терапии», а затем в течение восьми лет он занимался «активным транзактным групповым лечением» (1963b, p. 73). Вместе с тем он не отвергал психоанализ, чувствуя, что «во многих случаях наиболее подходящим лечением является формальный традиционный психоанализ» или модифицированная психоаналитическая психотерапия; однако такое вмешательство не подходит к групповой ситуации (Berne, 1966). Транзактный анализ как широкий общий подход может служить подготовкой к психоанализу или другим конкретным подходам.

Идеи Берна были сформулированы и опробованы на семинаре в Кармеле (*the Carmel Seminar*) в начале 1950-х гг. По сообщению Берна, он начал использовать эти идеи «с некоторой регулярностью» осенью 1954 г., а к 1956 г. «потребность в транзактном и игровом анализе и их принципах встала со всей остротой, возникла необходимость более систематической, непрерывной терапевтической программы» (1961, p. 244).

Большинство произведений Берна, а также его опыт работы непосредственно связаны с групповой терапией, или, как он предпочитал говорить, групповым лечением. Это было основной причиной, по которой транзактный анализ Берна не был включен в первое издание данной книги. Чрезмерное упрощение в целях популяризации стало дополнительной причиной его отсутствия во втором издании. В настоящем издании транзактный анализ представлен в соответствии с оригинальными работами Берна, написанными для серьезного изучения. Берн работал также с индивидуальными клиентами, поэтому его основная книга, вышедшая в 1961 г. с подзаголовком «Систематическая индивидуальная и социальная психиатрия» (*Systematic Individual and Social Psychiatry*), посвящена индивидуальной и групповой терапии. Индивидуальная терапия может оказаться полезной при подготовке человека к групповому лечению, проводиться параллельно ему или после него.

Хотя книга Берна «Игры, в которые играют люди» разошлась огромными тиражами, Томас Харрис (Thomas Harris, 1969), психиатр по основному роду занятий, внес свою лепту в литературу по транзактному анализу, опубликовав собственную книгу «Я о'кей — вы о'кей» (*I'm OK — You're OK*). Два года спустя была предпринята очередная попытка популяризации транзактного анализа Мариэлом Джеймсом и Дороти Джонгеворд — «Рожденный побеждать: транзактный анализ с гештальт-экспериментами» (*Born to Win: Transactional Analysis with Gestalt Experiments*, Muriel James & Dorothy Jongeward, 1971).

Философия и концепции

«Транзактная теория личности является одновременно теорией жизни». Каждый человек появляется на свет, «обладавая способностью развивать свои потенциальные возможности во благо себя и общества, продуктивно, творчески работать и радоваться жизни, быть свободным от психологических проблем» (Berne, 1966, p. 259). Однако начиная с самых первых дней жизни, ребенок может столкнуться с трудностями. Эти трудности и последующие препятствия могут помешать наиболее полной реализации потенциальных возможностей индивида.

Личностное развитие

Человеческий организм отличается потребностью в различных формах контакта с окружающими людьми и получением реакции от них в процессе взаимодействия. Эта потребность получила название **стимульного голода**. Первая форма проявления этой потребности у маленького ребенка является **тактильный голод**, то есть потребность в

физической близости. Отсутствие адекватного физического контакта повышает восприимчивость к заболеваниям и даже приводит к смерти; такое состояние, как **госпитализм**, было впервые выявлено Рене Шпицем (Rene Spitz, 1945) у детей, проживавших в приютах.

Потребность в тесном физическом контакте сохраняется на протяжении всей жизни, поэтому индивид постоянно стремится к физической близости с другими людьми. Вместе с тем довольно рано люди усваивают простую истину: нельзя получить все, что пожелаешь, поэтому начинается поиск компромиссов, принятие других форм контакта. Тактильный голод преобразуется в **голод признания** (*recognition hunger*), то есть простое подтверждение своего существования другими людьми, «словесное прикосновение». Факты такого узнавания получили название **поглаживаний** по аналогии с физическими поглаживаниями детей как проявлением ласки. Поглаживание представляет собой основную единицу социального взаимодействия; обмен поглаживаниями составляет **транзакцию**.

Третьей формой стимульного голода является **структурный голод**, или потребность организовывать и заполнять время, чтобы избежать скуки. «Вопрос заключается в том, что дальше? Говоря бытовым языком, что могут делать люди после обмена приветствиями?» (Berne, 1964, p. 16). Или, выражаясь языком одной из книг Берна «Что вы говорите после того, как поздоровались?» (Berne, 1972), «Извечной проблемой человека является структурирование часов бодрствования. В экзистенциальном смысле функция всей социальной жизни — заручиться взаимной поддержкой в реализации этого проекта» (Berne, 1964, p. 16). (Способы, которыми люди заполняют время, будут обсуждаться ниже в разделе, посвященном социальному взаимодействию.) **Голод возбуждения** — это желание или предпочтение структурировать время интересными и волнующими способами. Разновидностью структурного голода является **голод лидерства**. Лидеры организуют деятельность и программы, благодаря которым люди могут заполнить и структурировать свое время.

Структура личности

Структура личности состоит из трех частей. Три состояния «Я» представляет Родитель, Взрослый и Ребенок. (Заглавные буквы используются для обозначения Я-состояния в отличие от реальных людей.) «Термин "Я-состояние" предназначен для обозначения состояний ума и соответствующих им стереотипов поведения, как они происходят в природе» (Berne, 1961, p. 30). Каждый индивид включает в себя все три Я-состояния, что проявляется в разных, часто противоречивых, наборах поведенческих стереотипов. Эти наборы поведенческих стереотипов обозначаются как Родитель, Взрослый и Ребенок.

Я-состояние Родителя. Я-состояние Родителя ведет свое начало от **экстеропсихе**, предполагающей деятельность по идентификации. Все взрослые люди имели реальных родителей (или тех, кто их заменял), которые влияли на их поведение через экстеропсихическое функционирование. Такие виды поведения обозначают как «Родительское поведение», указывая, что индивиды пребывают в состоянии ума, которое было присуще одному из родителей в прошлом, реагируя на внешние раздражители сходным образом, например той же позой, жестом, высказываниями, чувствами и т. д. Выражаясь языком транзактного анализа, «каждый носит в себе своих родителей».

Родитель Берна не похож на фрейдовское Суперэго, хотя Суперэго представляет один из аспектов Родителя, родительское влияние. Родительское влияние — понятие не абстрактное; оно является результатом прямых, настоящих транзакций с родителями. Родительское влияние состоит не только в запретах, но и в разрешениях, поощрении, опеке и командах. Родительское влияние приводит к тому, что индивиды реагируют на окружающую действительность так, как желали бы того их родители; таким образом, реакции Родителя соответствуют действительным реакциям родителей. Основная функция Родителя такая же, как и у реального родителя детей. Кроме того, Родитель выполняет множество вещей автоматически, освобождая Взрослого от принятия маловажных решений.

Я-состояние Взрослого. «Каждый человек с достаточным функционированием мозга потенциально способен к адекватному тестированию реальности» (Berne, 1961, p. 35). Я-

состояние Взрослого отражает **неопсихическое** функционирование. Я-состояние Взрослого фокусируется на обработке данных и оценке вероятностей. Образно говоря, «В каждом человеке есть Взрослый». Взрослый необходим для выживания в этом мире. Кроме того, это состояние регулирует деятельность Родителя и Ребенка, служит посредником между ними.

Я-состояние Ребенка. Каждый Взрослый когда-то был ребенком, отголоски детства проявляются в более поздней жизни как Я-состояние Ребенка, **археопсихическое** Я-состояние. Ребенок находится под тормозящим, разрешающим или провоцирующим влиянием Родителя. Он отделен от Родителя, является самостоятельной личностью, не совмещается с Родителем, но не обязательно ему противостоит. Фигурально выражаясь, «в каждом из нас живет маленький мальчик или маленькая девочка».

Ребенок не соответствует фрейдовскому Ид, однако находится под его влиянием. В частности, Ребенок хорошо организован в отличие от хаотичного состояния фрейдовского Ид. Поведение Ребенка не есть незрелая Детскость, скорее это **Ребячливость**. Ребенку свойственны три формы проявления: **естественный** Ребенок обладает очарованием и интуицией, спонтанностью и креативностью; поведение **адаптированного** Ребенка модифицируется или тормозится Родительским влиянием; **бунтующий** Ребенок противостоит Родительскому контролю.

Эти три Я-состояния можно изобразить в виде трех не перекрывающихся, но соприкасающихся кругов, расположенных по вертикали, что отражает их отличие друг от друга и обычную несовместимость. Родитель располагается сверху, его функция — этическое руководство; Взрослый осуществляет взаимодействие с реальностью; Ребенок представляет собой вместилище, а иногда и буйство архаических тенденций. Эти три ипостаси формируют моральную иерархию. Родитель — наиболее слабое ее звено, а Ребенок — наиболее сильное. Это соотношение хорошо заметно при алкоголизации: первым отключается Родитель, вскоре бразды правления переходят к Ребенку, который удерживает их достаточно долго и уходит последним. Та же последовательность наблюдается при засыпании: Родитель уходит в дремотное состояние, в то время как Ребенок проявляет себя в сновидениях. Однако это не топографические части индивида, как часто воспринимаются Суперэго, Ид и Эго, это также и не концепции, подобные фрейдистским терминам; они проще, экономичнее, это «эмпирические и поведенческие реальности» (Berne, 1966, p. 216).

Родитель, Взрослый и Ребенок обладают равными правами, каждое из этих проявлений занимает свое место в нормальной жизни. Необходимость в анализе и перестройке возникает лишь при нарушении здорового равновесия.

Функции личности

Три вышеупомянутые системы личности по-разному реагируют на раздражители. Родитель (экстеропсихе) пытается подкрепить внешние («заимствованные») стандарты. Взрослый (неопсихе) занимается переработкой и хранением полученной от раздражителей информации. Ребенок (археопсихе) более импульсивно реагирует на слабодифференцированные раздражители. Каждый из них воспринимает раздражители по-разному и реагирует в соответствии со своим восприятием. Эти три системы друг с другом взаимодействуют, причем Родитель и Ребенок воспроизводят отношения индивида с родителями.

Психическая энергия, или **катексис**, перетекает из одного Я-состояния в другое; состояние, активированное в данный момент, обладает **исполнительной властью**; иначе говоря, оно определяет поведение индивида. Говорят, что активное состояние питается **несвязанной энергией**; неактивное состояние питается **связанной энергией**. Существует также **свободный катексис**, переходящий от одного Я-состояния к другому; чувство Самости пребывает в состоянии, заряженном свободным катексисом. Исполнительное, или активное, состояние, как правило, характеризуется несвязанным катексисом в сочетании со свободным.

Каждое Я-состояние имеет границы, отделяющие его от двух других, что отражает их представление в виде непересекающихся кругов. Изменения в Я-состояниях зависят от проницаемости их границ, от катектических характеристик каждого состояния, а также от

действующих на каждое из них сил. Терапия должна учитывать все эти факторы при стимулировании изменений в Я-состояниях.

Четыре жизненные позиции

Ребенок сталкивается, как отмечалось выше, с необходимостью приходить к компромиссу в удовлетворении своих потребностей, или стимульного голода. В период от 4 до 7 лет ребенок находит компромиссы, которые влияют на его последующие взаимоотношения. Ребенок принимает конкретные решения — совершенно определенные решения, которые можно зафиксировать во времени и пространстве — а затем, исходя из этих решений, занимает позицию в отношении себя и других, отстаивая эту позицию от внешних угроз и сомнений. Жизненная позиция является основным детерминантом жизненного сценария (см. ниже). (В действительности представляется, что позиция и сценарий вытекают из одних и тех же ранних переживаний, а вовсе не друг из друга.)

Четыре позиции основываются на двух противоположностях: «Я-другие» и «о'кей-не о'кей». В результате возможны следующие варианты:

1. Я о'кей; вы о'кей.
2. Я о'кей; вы не о'кей.
3. Я не о'кей; вы о'кей.
4. Я не о'кей; вы не о'кей.

«Я» может распространяться на группу — «мы». «Вы» может распространяться на «они» или на определенные группы, например мужчин или женщин. «О'кей» может означать любое конкретное благо, «не о'кей» может означать любое конкретное зло.

Первая жизненная позиция — это хорошая, или здоровая, успешная позиция (*Healthy success*). Вторая — позиция высокомерия, присущая преобразователям, например, миссионерам, окружным прокурорам, другим «добродетелям». Иносказательно такая позиция называется «избавлением от людей». Менее здоровых индивидов она может привести к параноидным состояниям и убийствам. Позиция третья, депрессивная, также ведет к самоизоляции индивида от окружающих, в частности за счет попадания в закрытые учреждения или самоубийства. Образно говоря, это «уход от человечества». Четвертая позиция — бесплодная и шизоидная. Она неизбежно ведет к язвительности или эстетическому суициду. По мнению Берна, подобные суициды являются результатом нехватки поглаживаний в детстве, приводя к депрессии и отчаянию. Это еще можно назвать «сбиванием себя с ног» (*knocking yourself off*), а рассуждения таких пациентов называются «купонами» (*trading stamps*) [Марки, которые прилагаются к товару и могут быть обменены на товар. — *Примеч. перев.*] (см. ниже).

Социальное взаимодействие

Социальное взаимодействие предоставляет возможность удовлетворения структурного голода, или структурирования времени, а также удовлетворения стимульного голода, или получения признания, поглаживаний от окружающих. Единицей социального взаимодействия служит транзакция. Она включает в себя **транзактный стимул** от человека, который инициирует транзакцию, каким-либо способом затрагивая другого человека, и **транзактные реакции**. Транзакции анализируются с точки зрения источников стимулов и реакций, то есть от кого они исходят, от Родителя, Взрослого или Ребенка. Простейшими являются транзакции Взрослый-Взрослый, то есть от Взрослого одного индивида к Взрослому другого и обратно. Далее по сложности идет транзакция Ребенок—Родитель, обычно в форме просьбы.

Транзакции могут быть **дополнительными или пересекающимися**. Дополнительные транзакции происходят в естественном русле здоровых взаимоотношений. Они бывают разных типов: транзакции Взрослый—Взрослый, Родитель—Родитель и Ребенок-Ребенок являются дополнительными; к ним также можно отнести транзакции Родитель—Ребенок и Ребенок—Родитель. Дополнительные транзакции лежат в основе гладко протекающего взаимодействия.

Пересекающиеся транзакции приводят к разрывам коммуникации. Наиболее распространенной и наиболее неблагоприятной в плане продолжения коммуникации является

ситуация, когда Взрослый одного обращается к Взрослому другого, а этот другой реагирует в лице своего Ребенка на Родителя инициатора взаимодействия. Реакция Родителя на Ребенка другого относится ко второму типу пересекающихся транзакций. В первом случае ответ на вопрос: «Ты не знаешь, где мои записки?» будет звучать так: «Ты всегда меня во всем обвиняешь». Реакция второго типа будет следующей: «Почему ты сам не следишь за своими вещами? Ты ведь уже не ребенок». Существует семьдесят две разновидности пересекающихся и всего девять типов дополнительных транзакций. Транзакции можно также подразделить на простые и скрытые (включающие два Я-состояния и затрагивающие как социальные, так и психологические аспекты), последние могут быть угловыми (36 типов) или двойными (6480 типов). Подробное обсуждение этих вопросов здесь опущено. В ходе обычного социального взаимодействия имеет место около 15 типов транзакций.

Транзакции происходят сериями. Они могут включать **материальное программирование, социальное программирование и индивидуальное программирование**. Материальное программирование структурирует время через **деятельность** или **процедуры** и имеет дело с материальной внешней реальностью. Процедурами называют простые дополнительные Взрослые транзакции. Они представляют интерес лишь постольку, поскольку дают возможность признания и более сложных форм социального взаимодействия. Социальное программирование включает **ритуалы и времяпрепровождение**. Деятельность, ритуалы и времяпрепровождение — три из четырех основных способов структурирования времени. Четвертый способ — **игры**, которые являются результатом индивидуального программирования (то есть индивидуальных стереотипов и поведенческих последовательностей, «предписанных негласными нормами и правилами»; Berne, 1964, p. 17). Существуют и два других крайних варианта социального поведения: с одной стороны, **отстраненность**, а с другой — **близость**.

Ритуалы. Ритуалы относятся к социально предписанным формам поведения в стандартных социальных ситуациях. Это дополнительные родительские транзакции. Они удовлетворяют потребность в признании и поглаживании. Вероятно, наиболее общепринятым ритуалом является поведенческая последовательность «Здравствуйте — До свидания». Лишение символов признания составляет суть грубости. Известны различные степени и типы признания. Письма от поклонников — деперсонифицированная форма признания; более личной формой являются живые аплодисменты или подаренный букет цветов после представления. В словесном выражении признание варьирует от обычного «здравствуйте» до «как поживаете?». Возможны варианты от простого признания присутствия человека, через признание чувств, ощущений и личности, до проявления личного интереса. «Одного признания, однако, недостаточно, поскольку после выполнения ритуалов возникает напряжение и появляется тревога. Настоящая проблема социального взаимодействия состоит в том, что происходит после ритуалов» (Berne, 1961, p. 85).

Времяпрепровождение. Процедуры и ритуалы стереотипны и, следовательно, предсказуемы. Варианты времяпрепровождения более разнообразны. Они могут начинаться и заканчиваться ритуалами и занимают больше времени по сравнению с ритуалами. Времяпрепровождение часто заполняет время, пока человек ожидает начала встречи или какой-либо деятельности либо на вечеринке. Времяпрепровождение может способствовать процессу социального отбора, поскольку они сводят вместе людей со сходными интересами или интересом друг к другу, часто приводя к более сложным взаимоотношениям (играм) или началу дружбы. Варианты времяпрепровождения чрезвычайно разнообразны и имеют свои названия, например «Мужской разговор», «Дамский разговор», «Знаете ли вы» и т. д. Они могут быть классифицированы различными способами. Времяпрепровождения относятся к дополнительным транзакциям. Помимо других преимуществ, уже упомянутых выше, времяпрепровождение может подтвердить роль индивида и укрепить его позицию (см. перечень из четырех позиций). Времяпрепровождение может приносить удовольствие само по себе или же, особенно для невротических личностей, быть просто способом проведения времени. Вместе с тем они не сопряжены с особым волнением.

Игры. Времяпрепровождение и игры относятся к **занятиям (engagements)**; они располагаются между **деятельностью** и **ритуалами**, с одной стороны, и **близостью** с другой.

Если времяпрепровождение является прямой транзакцией, то игры можно отнести к скрытой. Транзакции в играх являются дополнительными и предполагают вознаграждение. «Процедуры могут быть успешными, ритуалы — эффективными, времяпрепровождения — выгодными, но все они по определению искренни; они могут включать соревнование, но не конфликт, их конец может быть сенсационным, но не драматичным. В то же время каждая игра, с одной стороны, в основе своей нечестная, а, с другой — результат ее драматичен, а не просто волнующ» (Berne, 1964, p. 48). Игры не имеют ничего общего с «развлечениями»; они угрюмо серьезны, как карточные игры. Продажи предполагают наличие игры, их так и называют: «страховая игра», «игра в продажу недвижимости» и т. д. вплоть до «мошеннической игры»; война — это тоже игра.

Игры имеют свои названия: сотня их перечислена и описана в книге «Игры, в которые играют люди» (Berne, 1964), от А (*Addict*, «Пристрастие») до Y (*You've Got to Listen*, «Ты должен слушать»). Множество других игр были выявлены позднее. Излюбленная игра супругов называется «Если бы не ты» с ее социальным вариантом «Если бы не он». Жена извлекает из этой игры целый ряд выгод, в том числе избавление от непосильного или пугающего дела, манипулирование мужем, получение информации для структурирования и заполнения социальных взаимоотношений с другими женщинами.

Наиболее распространенная игра в коллективах «Почему бы вам не... — Да, но...», в которую может играть любое количество участников. Игрок, обозначаемый «он», возражает «Да, но...»: «Хороший игрок может противостоять остальной группе как угодно долго, пока окружающим не надоест, тогда "он" выигрывает» (Berne, 1961, p. 104). Эта игра ведется отнюдь не под предлогом получения помощи или информации, а со скрытой целью увещевания и потакания Ребенку, который огорчает Родителя.

Игры выполняют целый ряд функций; они заполняют большую часть социальной жизни. С целью избежать скуки времяпрепровождения и не подвергать себя при этом опасностям близости, люди прибегают к играм для возбуждения и социального подкрепления, или поглаживания. Как и в случае времяпрепровождения, люди, играющие в одни и те же игры, держатся вместе.

Игры относятся к двойным транзакциям и предполагают два уровня, социальный и психологический, причем последний бывает скрыт. Выгода находится на психологическом уровне, в форме чувств, хороших или плохих. Повторение игры ведет к коллекционированию определенных чувств, «**купонов**», что превращается в «**рэклет**». Некоторым людям необходимы определенные **игры** для поддержания психического здоровья. «Их динамическая функция состоит в сохранении психического равновесия, а их фрустрация ведет к взрыву гнева или состоянию, которое в транзактном анализе называется **отчаянием**» (Berne, 1961, p. 108), это состояние скорее сходно с экзистенциальным отчаянием, чем с депрессией.

Выгодами от некоторых игр являются чувства вины, неадекватности, обиды, страха, боли и гнева, это и есть «продажа купонов». Самооправдание этих чувств составляет рэклет. Игры предназначены для манипулирования окружающими, поэтому игроку полагается проявлять эти чувства и предпринимать значимые действия, связанные с собственным жизненным сценарием, без чувства вины. Игры, подобно процедурам, ритуалам и времяпрепровождениям, осваиваются в семье. Если последние три прямо преподаются родителями, то игры обычно осваиваются косвенно или путем подражания. Они передаются в поколениях.

Близость. «Времяпрепровождение и игры заменяют реальную жизнь истинной близости» (Berne, 1961, p. 86). Близость предполагает интенсивное глубоко индивидуальное программирование, разрушающее ограничения социальных стереотипов и скрытых ограничений. «Общество не терпит искренности, за исключением личных отношений» (Berne, 1964, p. 172); близость — это личное дело. Близость затрагивает естественного Ребенка. Она свободна от игры. «К счастью, вознаграждения от близости, которая является или должна быть наиболее совершенной формой человеческой жизни, столь велики, что даже самые сыгранные партнеры беспрепятственно и с радостью оставляют игру, если находится подходящий человек для формирования близких отношений» (Berne, 1964, p. 62).

Чтобы иметь возможность подняться над игрой и вступить в близость, человек должен обладать достаточной сознательностью и спонтанностью, чтобы избавиться от навязчивого

стремления играть в игры и, следовательно, свободно выбирать и выражать чувства, исходящие от Родителя, Взрослого или Ребенка. Для выхода из игры требуется свобода от влияния семьи и родителей, благодаря которым игра была освоена.

Сценарии. Игры организованы в сценарии. «В операционном смысле сценарий представляет собой сложный набор трансакций, по природе своей повторяющихся, что в действительности проявляется не всегда, поскольку полный цикл может потребовать всей жизни» (Berne, 1961, p. 116). Это бессознательный жизненный план, в основе которого лежит решение, принятое в раннем детстве. Наиболее ранний опыт формирования сценария получил название **протокола**, он ведет свое начало из опыта общения с родителями и их влияния; позднее он подвергается воздействию мифов и сказок, с которыми знакомят ребенка. В последующие годы он несколько подавляется, однако вновь проявляется в предсознании как **изменяемая часть сценария** (*script proper*). Изменяемая часть сценария модифицируется в соответствии с реальностью и проявляется в **адаптации**, которая отыгрывается в жизни и в групповом лечении. Все три формы включены в термин **сценарий**. Другие разновидности включают **оперативный сценарий**, который вытекает из адаптации, а также **вторичный адаптированный сценарий**, который служит **постановочным сценарием** жизни. Кроме того, обычно существует **антисценарий**, или **контрсценарий**, который является более безопасным и конструктивным планом, чем волнующий, но часто **деструктивный сценарий**, и который перемежается со сценарием. Контрсценарий может также определять стиль жизни, в то время как сценарий ответственен за неизбежную судьбу, которая для сторонних наблюдателей может показаться полной неожиданностью.

Хотя сценарий как жизненный план рассчитан на всю жизнь, он может воспроизводиться в укороченных версиях каждый год или даже неделю, иногда по несколько раз на протяжении одной групповой сессии или в течение нескольких секунд. Сценарии могут быть конструктивными или трагическими. Распространенный трагический сценарий проистекает из усвоенного в детстве убеждения в существовании доброго Санта Клауса, который в нужный момент подарит успех и счастье. Когда человек отчаивается ждать, он может обратиться за помощью к психотерапевту. Сценарии тесно связаны с жизненными позициями, в частности сценарий с Санта Клаусом имеет отношение к позиции «Я не о'кей; вы о'кей» и может привести к результатам, о которых шла речь выше при обсуждении четырех позиций.

Сценарии оказывают доминирующее влияние в социальных взаимодействиях, которые, таким образом, испытывают воздействие заложенных в сценарий ранних переживаний. Игры избираются в соответствии со сценарием, трансакции отбираются в соответствии с играми. Окружение отбирается по его участию в трансакциях; для более устойчивых отношений отбор производится по готовности участвовать в играх; для более близких взаимоотношений люди отбираются по их способности играть роли в сценарии. В жизненном сценарии человека всегда присутствует элемент судьбы. Человек является пленником своего сценария, если ему не удастся как-то преодолеть эту зависимость. Таким образом, принятое в детстве решение определяет всю жизнь человека и то, как он встретит смерть.

Психопатология

Общая патология психических расстройств подразделяется на структурную и функциональную. **Структурная патология** включает аномалии психической структуры Родителя, Взрослого и Ребенка. Имеются два распространенных типа — исключение и заражение.

При **исключении** одно из Я-состояний в целях самозащиты исключает другие и начинает определять поведение. В случаях «компенсированной» шизофрении Родитель исключает археопсихе Ребенка. У расчетливого ученого преобладающим Я-состоянием является Взрослый. У нарциссических, импульсивных личностей Ребенок исключает Родителя и Взрослого. Если два Я-состояния исключаются, говорят, что они **списываются** (*decommissioned*). При **заражении** одно из Я-состояний вторгается во Взрослого. Заражение Взрослого Родителем ведет к известной предвзятости. Вторжение Ребенка во Взрослого

наблюдается при бреде. Двойное заражение включает одновременное вторжение во Взрослого Родителя и Ребенка.

Вторым типом психопатологии является **функциональный**. При функциональной патологии границы «Я» проницаемы, что ведет к лабильности (флуктуации) катексиса от одного Я-состояния к другому. Вместе с тем подвижность катексиса может наблюдаться и при отсутствии дефектов в границах «Я». Застой катексиса возникает при слишком медленном его движении. Границы «Я» могут быть жесткими или практически непроницаемыми; это является необходимым условием исключения. Развитие психопатологии начинается с травмирования Я-состояний в детстве; чем раньше произошла травма, тем более серьезные возможны последствия.

«Симптомы являются проявлением единичного определенного Я-состояния, активного или исключенного, хотя они могут быть **результатом** конфликтов, взаимодействий или заражений между различными Я-состояниями. Первое симптоматическое задание в структурном анализе, таким образом, состоит в выявлении Я-состояния, ответственного за проявление симптома» (Berne, 1961, p. 61)

Галлюцинации обычно исходят от Родителя. Бред, как правило, наблюдается в результате заражения (контаминации) Ребенком Взрослого, поэтому бред часто воспринимается как Я-синтонный со Взрослым, как переживания Взрослого. После прекращения заражения бред может сохраниться, однако человек сознает, что эти переживания не имеют под собой реальной основы; они становятся Я-дистонными. «Пограничные симптомы» (дереализация, деперсонализация, отчуждение, чувства нереальности, уже пережитого и так далее) вытекают из «нарушений границы между Взрослым и Ребенком» (Berne, 1961, p. 63). Все эти симптомы шизоидные по своей природе.

«При гипомании наблюдается исключение Родителя Ребенком при участии зараженного Взрослого, поэтому преобладают неопсихические (Взрослый), хотя и нарушенные, суждения. Если мания прогрессирует, Взрослый и Родитель терпят поражение от заряженного психической энергией Ребенка, который получает широкие возможности для своей бурной деятельности» (Berne, 1961, p. 66).

Симптоматика конверсионной истерии проистекает от Ребенка, который исключается Взрослым через подавление. В целом, однако, при неврозе Родитель является врагом. Расстройства характера и психопатии также являются проявлениями Ребенка в сотрудничестве со Взрослым; импульсивный невроз также коренится в Ребенке, но уже без участия Взрослого или Родителя.

Функциональные психозы включают все состояния, обычно диагностируемые как маниакально-депрессивные и шизофренические, однако взамен обычной нозологической классификации в терминах структурных состояний они подразделяются на **активные** и **латентные**. «Активным считается психоз, при котором исполнительная власть находится у Ребенка и который переживается как "истинное «Я»", в то время как Взрослый списан» (Berne, 1961, p. 139). При других состояниях, в частности при мягкой депрессии, гипомании, расстройствах характера и паранойе Взрослый заражен Ребенком и сотрудничает с ним, но не списывается. Эти расстройства могут перерасти в активный психоз. При латентном психозе, который включает в себя компенсированные психозы, амбулаторные психозы, психозы на фоне ремиссии, а также предпсихотические, или пограничные, состояния, Взрослый обладает исполнительной властью и переживается как «истинное я», хотя он заражен и/или временно списан.

Диагноз включает в себя определение Я-состояния на основании поведения. «Я-состояния клинически проявляют себя в двух формах: как заряженные катексисом согласованные состояния ума, переживаемые как "истинное «Я»"; или как вторжения, обычно скрытые, или бессознательные, в деятельность текущего "истинного «Я»"» (Berne, 1961, p. 71). Постановка диагноза требует непосредственного наблюдения в сочетании с интуитивной чуткостью к произвольным, а также к произвольным и социальным видам поведения. Манера держать себя, например «уверенный разворот прямых плеч» или «грациозный материнский изгиб шеи», выдает установку «Я», в данном случае Родителя. Жестикуляция, а также голос и словарный запас указывают на действующее Я-состояние.

Все Я-состояния имеют четыре основных свойства: исполнительную власть,

приспособляемость, биологическая текучесть и ментальность. Полный диагноз требует, чтобы все четыре состояния были рассмотрены и проанализированы. **Поведенческий** диагноз основывается на манере держаться, голосе, словарном запасе и других характеристиках. Он подтверждается **социальным**, или **рабочим**, диагнозом, который учитывает соответствующие Я-состоянию виды поведения в ответ на социальные стимулы. **Исторический** диагноз требует дополнительного подтверждения; он учитывает воспоминания и утверждения индивида относительно конкретных корней или прототипов поведения в прошлом. Диагноз в терминах стандартной классификации терапевтически не оправдан. Терапия основывается на структурном диагнозе.

Терапевтический процесс

Цели терапии

Хотя приведенное ниже высказывание относится к контексту группового лечения, оно также применимо и к индивидуальному лечению.

«Учитывая общепринятое мнение о том, что психиатрические пациенты находятся в состоянии замешательства, задача психотерапии, таким образом, состоит в том, чтобы вывести их из замешательства хорошо спланированными действиями по анализу и синтезу. В наиболее общих терминах эти действия будут включать обеззараживание, восстановление катексиса, переориентацию и кларификацию» (Berne, 1966, p. 213).

Трансактный анализ не удовлетворяется улучшением, или прогрессом, делающим из пациентов более приспособленных Лягушек, он нацелен на исцеление и превращение шизофреников в нешизофреников, или Лягушек в Принцев или Принцесс (см. Berne, 1966, p. 290).

В структурных терминах терапия пытается стабилизировать и обеззаразить Взрослого; при его главенстве может быть пересмотрено раннее решение Взрослого, приведшее к психопатологической позиции, восстановлены отношения с Родителем. Может быть принята позиция «я о'кей; ты о'кей». Вместе с тем Берн (Berne, 1961), по-видимому, признает в качестве задач терапии неврозом контроль симптомов, ослабление симптомов и социальный контроль, однако «главной задачей трансактного анализа является структурная реадaptация и реинтеграция» (p. 224).

Этапы психотерапии

Терапевтический процесс требует, во-первых, перестройки и, во-вторых, реорганизации. Перестройка «заключается в кларификации и определении границ «Я» за счет таких процессов, как диагностическое очищение и обеззараживание». Реорганизация заключается в «перераспределении катексиса через избирательно спланированную активацию конкретных Я-состояний с целью установления гегемонии Взрослого через социальный контроль. Реорганизация обычно характеризуется перевоспитанием Ребенка, с исправлением или замещением Родителя. За динамическим этапом реорганизации идет вторичный аналитический этап, когда пытаются вывести из замешательства Ребенка» (Berne, 1961, p. 224). В психотерапии выделяется несколько шагов или этапов, причем терапия может завершиться успехом любого из них. Термин «трансактный анализ» относится ко всему процессу в целом, хотя так называется и один из этапов.

1. Структурный анализ. Структурный анализ включает описательное исследование Я-состояний в направлениях, о которых шла речь в разделе, посвященном психопатологии, чтобы обеззаразить Взрослого, определить границы «Я», усилить контроль со стороны Взрослого. «Цель этой процедуры состоит в восстановлении доминирующего положения способных к проверке реальности Я-состояний (Взрослый) и освобождении их от заражения архаическими и чужеродными элементами Ребенка и Родителя» (Berne, 1961, p. 22). Вполне возможно, что дальнейшее лечение после структурного анализа больше не потребуется. Пациент с достаточно сильным «Я» или Взрослым «Я», как правило, реагирует активацией

Взрослого Я-состояния, становясь более рациональным и объективным, в отношении как самого себя, так и окружающей действительности. Результатом является стабилизация, при которой исполнительная власть переходит ко Взрослому, а состояния Родителя и Ребенка могут быть вызваны, когда это желательно.

2. Изменяемая часть транзактного анализа. После структурного анализа терапия может завершиться, пациент может быть направлен на психоанализ или приступить к транзактному анализу. Задача транзактного анализа состоит в социальном контроле; «иначе говоря, речь идет о контроле над склонностью индивида манипулировать окружающими в деструктивной и вредной манере, а также над его склонностью слепо реагировать на манипуляции окружающих» (Berne, 1961, p. 23). Естественной средой для транзактного анализа служит группа. Транзакции анализируются в терминах их дополнительности или пересечения, а также значения для участников. Терапия может завершиться на этом этапе.

3. Анализ времяпрепровождения и игр. Анализ протяженных транзакций проводится в рамках времяпрепровождения, которым отводятся начальные этапы групповой терапии, а также игр. Игры индивида оцениваются с точки зрения первичных выгод (внешних и внутренних), вторичных выгод, социальных и биологических выгод (замена изоляции стимуляцией). Задача анализа игр — свобода от игры в близких взаимоотношениях или, с практической точки зрения, свобода выбирать игры, того, с кем играешь или не играешь, и как далеко заходишь в своей игре. Транзактное групповое лечение сосредоточено на анализе игры.

4. Анализ сценариев. Сценарии разыгрываются в группе. Задача сценарного анализа состоит «в закрытии старого шоу и постановке лучшего», или в освобождении пациента от навязчивого переживания изначальной катастрофы, на которой базируется сценарий. «Поскольку сценарии слишком сложны и полны индивидуальных особенностей, невозможно провести адекватный сценарный анализ в рамках одной только групповой терапии» (Berne, 1961, p. 118).

Сценарии могут нигде не проявляться, за исключением продвинутой группы или в сновидениях. Помощь в выявлении и понимании сценария оказывает сценарная матрица. «Сценарная матрица представляет собой диаграмму для иллюстрации и анализа директив (сообщений), переданных от родителей и прародителей настоящему поколению. Большой объем информации может быть сжат и элегантно представлен в виде относительно простого изображения» (Berne, 1972, p. 279). Этот прием позволяет пациенту увидеть, как Я-состояния родителей и прародителей и их директивы передались и укоренились в его собственных Я-состояниях.

У пациентов, обратившихся к психотерапевту, жизненные сценарии чаще трагические, чем конструктивные. Задача терапии — помочь пациенту преодолеть сценарий, установив контроль Взрослого над своей жизнью. Это не значит, что Взрослый функционирует с исключением соответствующих состояний Родителя и Ребенка. Это стабильное состояние, при котором индивид способен по желанию наполнять то или иное состояние психической энергией. Уход от сценария дает человеку возможность жить в реальном мире. Наиболее эффективным способом увода пациента из сценария является индивидуальное лечение, дающее наиболее действенный пример антисценария. Для достижения стойкого эффекта необходима и дальнейшая работа. Вмешательство проводится в форме разрешения Ребенку не поддаваться на родительские провокации и предписания.

5. Анализ взаимоотношений. Анализ взаимоотношений касается преимущественно супружеских отношений и связей или формирующихся связей. Он проводится в присутствии обоих заинтересованных лиц, хотя пациент иногда воспринимает это как попытку оказать давление на принятие решений.

В некоторых случаях может потребоваться **структурный анализ второго порядка**, который включает признание и анализ сложных Я-состояний. Родитель, например, включает материнские и отцовские элементы, каждый из которых имеет собственные компоненты Родителя, Взрослого и Ребенка. Я-состояние Ребенка включает компоненты Родителя, Взрослого и Ребенка, причем последний является архаическим Я-состоянием в рамках общего Я-состояния Ребенка.

Применение и техники

Психотерапевт руководствуется тремя лозунгами, как их называет Берн, которые заимствованы из медицины.

«1. **Главное — не навредить.** Прежде всего психотерапевт не должен причинять вред. Вмешательство должно проводиться только в случае необходимости и до необходимой степени.

2. **Целительная сила природы.** Организм имеет внутренне стремление к здоровью, что касается как психологического, так и физического аспектов. Задача психотерапевта состоит в устранении препятствий к естественному исцелению и росту.

3. **Я лишь врачую, исцеляет Бог.** Психотерапевт оказывает пациенту помощь, но исцеляет его Бог; иначе говоря, психотерапевт проводит наиболее подходящее в данном случае вмешательство, избегая причинять пациенту вред или боль, остальное довершает природа» (Berne, 1966, pp. 62-63).

Перед терапией заключается соглашение, или контракт. Пациентов расспрашивают, с какой целью они пришли к психотерапевту. Если пациенты могут четко сказать, чего хотят, психотерапевт предлагает им посетить несколько сессий, чтобы оценить методы его работы. Первыми задачами, которые ставит пациент и принимает психотерапевт, могут быть ослабление симптоматики или социальный контроль. Психотерапевт может иметь совсем иную цель, однако достижение ее на время откладывается до подписания контракта. Таким образом, контракт обсуждается не перед началом, а в процессе терапии и изменяется по ходу лечения.

Методы и техники транзактного анализа, однако, описаны не очень четко. (Сам Берн систематически их не обсуждал.) Метод иллюстрируется итогами конкретных вмешательств или кратких фрагментов, которые даже не являются стенограммами, а лишь реконструкцией интервью. При этом делается акцент на индивидуализации лечения. Берн (Berne, 1961) писал: «К сожалению, весьма трудно дать какие-либо рекомендации, кроме общих предложений, по работе с людьми, которые по определению чрезвычайно индивидуальны» (p. 152).

Общий метод состоит: 1) из выявления, указания и обозначения первоисточников поведения в терминах Я-состояний или их заражения, с последующим обеззараживанием их через объяснение (структурный анализ), а также 2) из выявления, указания и обозначения транзакций, времяпрепровождения, игр и сценариев (транзактный анализ). Это предполагает обучение: в частности, пациента «учили различать реакции своего Родителя, Взрослого и Ребенка соответственно, на то, что ему говорит психотерапевт и другие люди» (Berne, 1961, p. 151). Пациентов обучают основам теории и концепций Я-состояний, игр и т. д., уже на первых интервью.

Берн дает некоторые рекомендации для начинающего психотерапевта, в частности:

1. Прежде всего научитесь отличать Взрослого от Ребенка; Родитель проявится позже.
2. Дождитесь, пока пациент приведет, как минимум, три примера или диагностические иллюстрации, прежде чем вводить соответствующую систему концепций.
3. Впоследствии диагноз Родителя или Ребенка следует подтвердить конкретным историческим материалом.
4. Осознайте, что три Я-состояния следует воспринимать буквально, словно пациент вмещает трех разных людей. Психотерапевт также должен признавать **свои** собственные три Я-состояния и их влияние на терапию.
5. Необходимо исходить из того, что каждый пациент имеет Взрослого; проблема состоит в его подпитке психической энергией.
6. Ребенка отличает не детскость, а ребячливость, Ребенок обладает потенциально ценными качествами.
7. Пациент должен пережить Я-состояние Ребенка, а не просто припомнить свои переживания (анализ регрессии).
8. Времяпрепровождение и игры не есть привычки, установки или случайные события; они составляют большую часть деятельности пациента.
9. «Идеальным было бы точное попадание "в яблочко", приемлемое и значимое

вмешательство для всех трех аспектов личности пациента, поскольку все они слышат сказанное» (Berne, 1961, p. 237). Вмешательство создается всеми тремя Я-состояниями.

10. Новичок, скорее всего, испытывает определенные трудности при освоении терминологии, однако это предсказуемая часть освоения любой новой системы.

Психотерапевт должен вести заинтересованное наблюдение, опираясь на все органы чувств, в частности на зрение и слух. «Наблюдение лежит в основе любой хорошей клинической работы, оно имеет приоритет перед техниками» (Berne, 1966, pp. 65-66). Психотерапевт отмечает начало вегетативных проявлений, в частности покраснение, сердцебиение, потливость, тремор, а также зарождение таких чувств, как напряжение, возбуждение, ярость, плач, смех, сексуальные проявления, внимательно наблюдает за манерой держаться, позой, движениями, жестами, мимикой лица, подергиванием отдельных мышц, пульсацией сосудов, местными вазомоторными и пилоромоторными явлениями, сглатыванием. Выражение лица и жесты могут выдать «скрытые» мысли за счет несоответствия словам или друг другу.

Визуальное наблюдение должно дополняться внимательным слушанием, в том числе сопутствующим рассказу пациента звуков: кашля, вздохов, плача или смеха. Более тонкое слуховое наблюдение может потребовать от психотерапевта полного внимания в ущерб визуальному, чтобы иметь возможность следить за тембром, ритмом, интонацией речи, анализировать словарный запас пациента. Пациенты говорят тремя голосами в зависимости от активированного Я-состояния: Родителя, Взрослого или Ребенка.

Эти наблюдения крайне важны и должны предшествовать применению техник. Кроме того, приоритетное значение имеют личный интерес и забота о пациенте и его благополучии.

Терапевтические действия

В процессе проведения групповой терапии Берн рассматривает восемь категорий терапевтических операций, или основных техник, транзактного анализа. Каждая сопровождается определенными рекомендациями. Первые четыре операции считаются простыми **вмешательствами**. Остальные являются **интерпозициями**, цель которых укрепить Взрослого, поместив нечто между ним и другими Я-состояниями (Родителя и Ребенка), чтобы пациенту было труднее соскальзывать в состояние Родителя или Ребенка.

1. **Расспрос**. Расспрос проводится для уточнения клинически важных моментов. Эта техника используется только в том случае, если психотерапевт уверен, что отвечает ему Взрослый пациента. Как правило, расспрос проводится лишь для получения сведений, необходимых в данный момент, иначе пациент может начать игру в «сбор психиатрического анамнеза».

2. **Конкретизация**. Задачей применения данной техники является фиксация некоторых вещей в уме пациента: психотерапевт соглашается со сказанным, повторяет (отражает) слова пациента или информирует его об этом. Техника используется с целью профилактики отрицания пациентом сказанного или подразумеваемого или в качестве подготовки к объяснению.

3. **Конфронтация**. При конфронтации психотерапевт использует ранее полученную информацию, показывая ее непоследовательность. Задачей является подпитка психической энергией незараженных частей Взрослого Я-состояния пациента. В случае успеха пациент отреагирует инсайтом. Техника применяется, когда пациент разыгрывает из себя «дурачка» или когда не способен осознать непоследовательность информации.

4. **Объяснение**. Объяснение используется с целью усиления, обеззараживания или переориентации Взрослого у пациента. Техника применяется при достаточной подготовке пациента, когда психотерапевт готов выслушать Взрослый; ее можно использовать и в том случае, когда пациент колеблется между игрой и обращением к себе. Объяснения должны быть краткими, иначе может начаться игра «психиатрия — транзактный тип».

5. **Иллюстрация**. «Иллюстрация представляет собой рассказ или сравнение, следующие после успешной конфронтации, с целью подкрепления достигнутых результатов и смягчения возможных нежелательных эффектов» (Berne, 1966, p. 237). Иллюстрации могут приводиться непосредственно после конфронтации или быть отложены «от десяти минут до

десяти недель», чтобы пациент мог успокоиться и только после этого получить дополнительный толчок. Иллюстрации должны быть легкими, живыми или с оттенком юмора; кроме того, они должны быть понятны не только Взрослому, но и Ребенку пациента. Таким образом, иллюстрации используются при условии внимания со стороны Взрослого и так, чтобы это мог слышать и Ребенок. Причем психотерапевт должен быть уверен, что Родитель в пациенте не возобладает. Кроме того, иллюстрации используются еще и затем, чтобы дать пациенту понять: терапия не всегда проходит в торжественной обстановке. Следует иметь в виду, что психотерапевт не должен быть единственным, кто смеется над шуткой.

6. Подтверждение. По мере укрепления Взрослого пациент предоставляет материал для подтверждения своей конфронтации, этот материал психотерапевт впоследствии подкрепляет подтверждением. Техника применяется при условии, что Взрослый достаточно окреп и способен помешать Родителю в использовании информации против Ребенка или Ребенку в использовании ее против психотерапевта. Не следует использовать данную технику в случае неуспеха предшествующей конфронтации и иллюстрации.

7. Интерпретация. Если техники, о которых шла речь выше, привели к подпитке энергией и обеззараживанию Взрослого, ставшего в результате более сильным и компетентным, психотерапевт может приступить к завершающему этапу чистого трансактного анализа, кристаллизуя ситуацию и обеспечивая пациенту ослабление симптоматики и социальный контроль. Если даже не удалось вывести Ребенка из состояния замешательства, пациент может продолжать идти по пути улучшения при условии наличия у Взрослого исполнительной власти. Однако психотерапевт может отложить кристаллизацию, пока Ребенок не будет выведен из замешательства с помощью психодинамической интерпретации ортодоксального психоанализа. Еще одной альтернативой будет отложить интерпретацию, пока не удастся стабилизировать Взрослого. Последнее может быть предпочтительнее, поскольку пациент сможет успешно функционировать в повседневной жизни, параллельно занимаясь воспитанием «семьи». Психоанализ предполагает необходимость отложить улучшенное функционирование до завершения терапии.

Интерпретация

«связана с патологией Ребенка. Ребенок представляет психотерапевту свои прошлые переживания в закодированной форме, а задача психотерапевта — их декодировать и обезвредить, устранить искажения, помочь пациенту перегруппировать переживания. В этом процессе лучшим помощником является обеззараженный Взрослый» (Berne, 1966, pp. 242-243).

Ребенок сопротивляется, Родитель также противится интерпретации, встав на защиту Ребенка. Интерпретация должна использоваться только в том случае, когда на стороне психотерапевта находится Взрослый пациента, причем Взрослый, обладающий исполнительной властью, а также когда психотерапевт прямо не противостоит Родителю и не требует слишком многого от Ребенка. От имени психотерапевта должен выступать его Взрослый, причем психотерапевту следует использовать свой интеллект, но не прибегать к интеллектуализации.

8. Кристаллизация.

«Техническая задача анализа переноса состоит в приведении пациента в такое состояние, когда кристаллизующие высказывания психотерапевта окажутся эффективными. Кристаллизация — это характеристика позиции пациента с точки зрения Взрослого психотерапевта, обращенная ко Взрослому пациента» (Berne, 1966, p. 245).

В действительности пациенту говорится, что он может перестать играть или может функционировать нормально, если захочет. Причем выбор остается за пациентом. Ребенок и Родитель должны быть соответствующим образом подготовлены. Ребенок и Взрослый находятся в хороших отношениях, поэтому Ребенок принимает кристаллизацию. Родитель может оказать сопротивление, наблюдая за укреплением здоровья Ребенка, и это сопротивление необходимо преодолеть. Пациента нельзя подталкивать; если это сделать, его психологическое состояние может действительно улучшиться, но одновременно возникнут соматические симптомы, вплоть до перелома ноги. Трансактный анализ завершается кристаллизацией независимо от того, была использована интерпретация или нет.

При проведении всех этих терапевтических операций психотерапевту рекомендуется

следовать на три шага позади клинического материала, никогда не забегая вперед. Хотя не следует упускать реального шанса продвижения вперед, психотерапевт «не должен силой преодолевать сопротивление за исключением необходимости проверить гипотезу, хорошо продуманную и вполне конкретную» (Berne, 1966, p. 248). Кроме того, во всех своих действиях (кроме определенных типов конфронтации), психотерапевт должен избегать пересекающихся трансакций; иначе говоря, психотерапевту следует направлять вмешательство на то из Я-состояний пациента, которое с большей вероятностью на него отреагирует.

С большинством пациентов психотерапевт функционирует как Взрослый, хотя пациент иногда желает видеть его в роли Родителя. Время от времени психотерапевт все же может функционировать как Родитель, в частности давая пациенту разрешение заняться любимым делом или поручая выполнить какое-либо задание; тем самым психотерапевт освобождает пациента от нежелательных родительских запретов и наставлений. Когда психотерапевт функционирует как Взрослый, пациент может воспринимать его как своего Родителя. После того как пациент принимает собственного Взрослого, у него отпадает необходимость во Взрослом психотерапевта, и терапия завершается.

При работе с больными шизофренией требуются модификации вмешательства. Психотерапевт может быть вынужден функционировать как Родитель, а не как Взрослый, на протяжении большей части, а то и всего лечения. Как Родитель психотерапевт предоставляет **поддержку** (даже простое поглаживание), использует **убеждение, утешение и наставление**. Вмешательства на уровне Ребенка (когда психотерапевт функционирует как Ребенок пациента) оправданы только при терапии детей; этого не следует делать в качестве шутки. «Трансактный аналитик не может позволить себе обман в какой бы то ни было форме, поскольку этого достаточно для начала игры с пациентом» (Berne, 1966, p. 249). Во всех подобных ситуациях, выступает ли психотерапевт в качестве Взрослого, Родителя или Ребенка, это не игра.

«Если психотерапевт пытается играть роль психотерапевта, он не сможет достичь многого с восприимчивыми пациентами. Ему надлежит **быть** психотерапевтом. Сочтя необходимым оказать родительскую поддержку тому или иному пациенту, психотерапевт не играет роль родителя; он освобождает собственное родительское Я-состояние. Прекрасной проверкой будет попытка «продемонстрировать» в присутствии коллеги свое Родительство по отношению к пациенту, к которому он не испытывает родительских чувств. Заметив игру, честный пациент вскоре укажет на различия между утешающим родителем и сыгранной ролью утешающего родителя» (Berne, 1961, p. 233).

Анализ регрессии. Помимо этих восьми терапевтических операций иногда используется и бывает весьма полезен анализ регрессии. «Оптимальная ситуация для реадaptации и реинтеграции личности в целом предполагает эмоциональное заявление Ребенка в присутствии Взрослого и Родителя» (Berne, 1961, p. 224). Для этого все три Я-состояния должны быть осознаваемы; в связи с этим при обнаружении проявлений Ребенка отменяются гипноз и наркотики. В психоанализе проводится интерпретация косвенных проявлений Ребенка, что является недостаточным. В трансактном анализе призыв к Ребенку звучит в состоянии бодрствования. «Рассуждения и опыт говорят о том, что Ребенок наиболее свободно выражает себя перед другим Ребенком» (Berne, 1961, p. 225). Анализ регрессии основан на этом убеждении. Полученный материал может быть детально исследован совместно с пациентом.

Продолжительность и область применения

Продолжительность. Продолжительность лечения, естественно, варьирует в зависимости от конкретного пациента и серьезности его проблем. В некоторых случаях трансактный анализ оказывается весьма непродолжительным, в частности когда требуется провести поддерживающую сессию прошедшему терапии пациенту; когда проблемы сравнительно невелики. В других случаях лечение будет по вполне понятным причинам более продолжительным, например при выявлении расстройств характера или другой подобной патологии. Трансактный анализ может с успехом применяться в индивидуальной терапии, он

также хорошо себя зарекомендовал в ситуациях групповой терапии.

Область применения. Трансактный анализ может быть использован при различных состояниях, от семейных и супружеских проблем до невротизма и личностных расстройств. Вместе с тем, несмотря на конкретную патологию, чрезвычайно важно, чтобы пациент сумел уловить, понять и научиться использовать концепции и принципы трансактного анализа. Поскольку трансактный анализ как процесс в значительной степени строится на обучении со стороны психотерапевта и обучении со стороны пациента, необходимым условием является способность пациентов осмысливать и использовать приобретенные умения. Пациенты со значительно нарушенной способностью к обучению (в частности, по причине психологического расстройства или сниженного интеллекта) не смогут извлечь из вмешательства пользу. Кроме того, важно, чтобы пациент был готов заключить контракт на участие в терапии и выполнение связанных с этим обязанностей. Пациентов, не желающих заключать подобный контракт, вряд ли можно считать подходящими кандидатами для трансактного анализа, независимо от имеющихся у них проблем и тяжести состояния.

Пример из практики

Приведенный ниже пример заимствован из книги Берна «Трансактный анализ в психотерапии» (Berne, 1961, pp. 248-261). Пациентка, жаловавшаяся на «депрессии» с внезапным началом и на трудности в общении с сыном-подростком, уже имела опыт прохождения терапии: Анонимные алкоголики, гипноз, психотерапия в сочетании с дзен и йогой. «Она выражала особое расположение к структурному и трансактному анализу и вскоре стала осуществлять социальный контроль над играми, происходившими между ней и мужем, а также между ней и сыном. Формальный диагноз звучал как шизоистерия». Предлагаемый материал содержит резюме и комментарии Берна о ходе терапевтических сессий. Обозначение «Др. К» соответствует самому Берну, психотерапевту.

«1. 1 апреля

Пациентка явилась на первое интервью вовремя. Она заявила, что была у других психотерапевтов, однако разочаровалась и позвонила в муниципальную клинику, где после разговора с социальным работником получила направление к доктору К. Ей было предложено продолжить рассказ, по ходу которого были заданы соответствующие вопросы с целью выяснить ее психиатрическую историю. Пациентка заявила, что в течение десяти лет страдает алкоголизмом, по поводу которого лечилась в организации Анонимные Алкоголики. Она ведет отсчет своего пьянства с момента развития психоза у ее матери, когда пациентке было 19 лет. В это же время, по словам пациентки, у нее впервые возникла и депрессия. Было обсуждено предшествующее психиатрическое вмешательство. Получена предварительная демографическая информация: пациентка была местной уроженкой, ей было 34 года, замужем один раз, протестантка, домохозяйка, имеет среднее образование, муж работает механиком. Выяснили также профессию отца, продолжительность брака, разницу в возрасте с братьями и сестрами с точностью до месяца, возраст детей. Предварительный опрос на психотравмирующие события показал, что отец сильно пил, и родители развелись, когда пациентке было 7 лет.

Медицинский анамнез указывал на частые головные боли, онемение руки и ноги с одной стороны, однако не было выявлено судорог, аллергических проявлений, кожных заболеваний и других соматических расстройств с явными психиатрическими корнями. Было отмечено, в каком возрасте пациентка пережила травмы, операции и серьезные заболевания. Проведен опрос на предмет выраженной психопатологии в детстве, в частности снохождений, обкусывания ногтей, ночных кошмаров, заикания, запинания, энуреза, сосания пальцев и других дошкольных проблем. Кратко проанализирован школьный анамнез. Отмечено воздействие химических веществ, в частности лекарственных препаратов и вредных веществ. Проведено тщательное исследование психического статуса пациентки, в заключение ей предложили пересказать любой запомнившийся ей сон. Вот что она рассказала: «Мужа вытащили из воды. У него была повреждена голова, и я закричала». Пациентка сообщила, что

часто слышит внутренние голоса, призывающие ее к выздоровлению, а однажды, два года назад, ей слышался голос «извне». Это удовлетворяло требованиям сбора предварительного анамнеза, после чего пациентке было позволено говорить обо всем, что ей нравится.

Обсуждение

Сбор анамнеза был тщательно продуман, чтобы у пациентки сложилось впечатление, будто инициатива в разговоре принадлежит ей, психотерапевт, со своей стороны, просто проявлял любопытство, не следуя формальному плану сбора информации. Это значит, что пациентка могла структурировать интервью по своему усмотрению, у нее не было необходимости играть в игру «сбор психиатрического анамнеза». В связи с жалобами на онемение пациентка была направлена на обследование к невропатологу.

2. 8 апреля

Невропатолог заподозрил шейный остеохондроз, однако специфического лечения не назначил. Пациентка провела это интервью в духе психологического обследования. Она спонтанно заявила, что жаждет одобрения и желает бунтовать, «словно маленькая девочка», против «своей взрослой части». Она сказала, что «маленькая девочка» выглядит «по-детски». Было высказано предположение, что пациентка позволила «маленькой девочке» выйти, вместо того чтобы ее приструнить. Пациентка ответила, что это звучит нелепо: «Я люблю детей. Я знаю, что не могу соответствовать ожиданиям своего отца, я устала от этого». Речь шла также и об «ожиданиях» своего мужа. Все эти ожидания слились для нее в общие «родительские ожидания», которые она практически воспринимала как свои собственные. Она видит двух наиболее важных «родителей» в своей жизни, мужа и отца. Она соблазнительно ведет себя в отношении мужа и сознает, что делала то же самое в отношении отца. Когда родители развелись, пациентка подумала (в 7 лет): «Я смогла бы удержать его». Таким образом, проблема заключалась не только в нежелании подчиняться, но и в соблазнительной установке в отношении родительских фигур.

Обсуждение

Предрасположенность пациентки к структурному анализу вполне очевидна. Она самостоятельно проводит границу между «маленькой девочкой» и «взрослой частью», сознает подчиненность «маленькой девочки» некоторым людям, которых относит к своим родителям. В данном случае было необходимо лишь подкрепить эту тройственность каким-либо недирективным способом. Со многими другими пациентами это приходилось откладывать до третьей-четвертой сессии и даже дальше.

3. 15 апреля

Она обижается на людей, которые указывают, что ей надо делать, особенно на женщин. Это еще одна реакция на «родителей». Она упоминает о чувстве «движения вверх». Ей указывают на то, что так себя должна чувствовать маленькая девочка, то есть это проявление Ребенка. Она отвечает: «Боже мой, это правда! Вы же говорили, что могу увидеть маленького ребенка.... Трудно поверить, но я это понимаю. Когда вы это говорите, я ощущаю, что не хочу идти: маленькая девочка в комбинезоне.... Очень забавно. Вас тянут за правую руку, а вы злитесь... я делаю то же самое с собственным сыном. Я не одобряю, когда думаю: "Я не осуждаю, я знаю, как он себя чувствует". Это не я, а моя мать не одобряет. Это **та самая** родительская часть, о которой вы говорили? Я немного напугана всем этим».

На этом этапе пациентке разъяснили, что за этими диагностическими суждениями нет никакой тайны.

Обсуждение

Пациентка столкнулась с феноменологической реальностью Ребенка и обогатила свою поведенческую, социальную и историческую реальность, о которой шла речь во время предыдущих интервью. Эти признаки говорят о целесообразности продолжения трансактного анализа.

4. 22 апреля

«На этой неделе я впервые за пятнадцать лет была счастлива. Мне не надо искать Ребенка, я вижу его в своем муже, других людях. У меня проблемы с сыном».

была разъяснена не совсем точно, но вполне наглядно в терминах Родителя (ее неодобрение и решимость), Ребенка (ее обаятельность и недовольство его упрямством) и Взрослого (ее благодарность, когда сын наконец исполнил поручение). Было подчеркнуто, что взрослый подход (основанный на доводах разума) более перспективен по сравнению с родительским подходом (уговоры).

Обсуждение

Пациентка приступила к изменяемой части транзактного анализа, поэтому введена концепция социального контроля.

5. 28 апреля

Пациентка сообщает, что отношения с сыном налаживаются. Проведен анализ регрессии для получения дополнительных сведений о Ребенке. Пациентка отмечает: «Кошка испачкала коврик, а обвиняют меня и заставляют его протирать. Я отрицаю свою вину и при этом заикаюсь». При последующем обсуждении она отметила, что Анонимные алкоголики и англиканская церковь требуют посещения «служб». По этой причине она отказалась от участия в их работе. В конце сессии она спрашивает: «Допустимо ли быть агрессивной?» Ответ: «Вы хотите знать **мое** мнение?» Она понимает, что должна решать такие вопросы сама, как взрослая, не спрашивая родительского разрешения, и отвечает: «Нет, не хочу».

Обсуждение

Во время сессии обнаруживаются некоторые элементы ее сценария. Можно предвидеть, что она попытается повторить с психотерапевтом в адаптированной форме сцену с кошкой. Ее вопрос «Допустимо ли быть агрессивной?», вероятно, является первым шагом к адаптации. Это дает психотерапевту возможность отклонить игру и подкрепить в ней Взрослого. Пациентка сделала большие успехи в понимании структурного и транзактного анализа, поэтому она достаточно подготовлена для групповой терапии. Группа, в которую она должна войти, состоит преимущественно из женщин.

6. 4 мая

Сон. «Я смотрю на себя и говорю: все не так уж плохо». Ей понравилось в группе, однако оставшуюся часть недели пациентка ощущала дискомфорт. Она вспомнила некоторые эпизоды из детства, включая гомосексуальные игры. «О! Вот почему мне не понравились Анонимные алкоголики. Там были две гомосексуальные женщины, одна из которых назвала меня сексуальной». Она жаловалась на зуд вагины. «Мы с матерью спали вместе, и она меня ласкала».

Обсуждение

Манифестное содержание сновидения оценено как взрослое, что говорит о благоприятном прогнозе. Опыт пребывания в группе активировал сексуальные конфликты, это был первый их признак.

7. 11 мая

После собрания группы пациентка была очень возбуждена. «Все меняется очень быстро. Как им удалось заставить меня смеяться и краснеть? Дома все налаживается. Я теперь могу поцеловать сына, а недавно дочь впервые забралась ко мне на колени. Я не могу быть хорошей любовницей, когда все однообразно».

Обсуждение

Анализ семейных игр пациентки... стал возможен в результате социального контроля со стороны Взрослого. Очевидно, что дети заметили улучшение контроля и впервые за долгое время ощутили, что она сможет сохранять свою позицию, и реагировали на это соответствующим образом. Ее возбуждение в группе и ее заявление о невозможности быть хорошей любовницей при однообразии свидетельствует о том, что она ведет сексуальную игру с мужем.

Опыт общения в группе на этой же неделе ясно показал, что пациентка испытывает потребность в родительских фигурах для некоторых из своих игр. В группе появился новый участник, мужчина, по профессии социальный работник, его профессия произвела на пациентку сильное впечатление. Она поинтересовалась, чем, по его мнению, они должны

здесь заниматься. Ей было сказано, что ей лучше знать, поскольку он только что пришел, а у нее это уже третья сессия. Она ответила, что обижается, когда ей указывают, что делать; вместе с тем, несмотря на свой опыт, она спрашивает мнения новичка, поскольку он имеет специальную подготовку: налицо попытка начать игру. Интерпретация достигла цели. Она признает, что пыталась завербовать подходящего кандидата на роль Родителя.

8. 18 мая

Она была поражена анализом регрессии в группе. Это заставило ее думать о страхе психической болезни, особенно с учетом того, что мать находится в больнице. Ей самой привиделись изящные ворота, ведущие в прекрасный сад. С пятилетнего возраста она так представляла себе сады Эдема. Материал указывает на то, что сад был «приспособлен» к воротам больницы, где находилась мать, которую она навещала много лет назад. Этот опыт в группе позволил сказать пациентке о том, что она, вероятно, хотела бы попасть в больницу, чтобы избавиться от ответственности.

Она навестила мать лишь однажды за последние пять-шесть лет, и ей было рекомендовано сделать это еще раз. Это предложение было сформулировано так, чтобы не возникло сомнения: оно было высказано Взрослым, а не Родителем. Избегались всякие намеки на то, что она плохая девочка, потому что не навещала мать. Она сумела оценить важность такого посещения в качестве упражнения для ее Взрослого и средства профилактики будущих проблем между ее Родителем и Ребенком в случае смерти матери. О принятии предложения свидетельствовало спонтанное предоставление новых сведений. Оказывается, ее муж никогда не моет волосы и всегда это чем-то объясняет, причем она принимает его объяснения. Он не мылся вот уже много месяцев. По словам пациентки, это не очень ее беспокоит. Психотерапевт высказал предположение, что она знала об этом, когда выходила замуж. Пациентка это отрицала.

Она заявила, что всегда больше опасалась больных животных, чем больных людей. На этой неделе заболел ее кот, первое время она его не боялась. Как-то раз, когда она была маленькой, отец ударил ее, а ее собака на него бросилась, он отбросил собаку в сторону. Пациентка сказала своим детям, что ее мама умерла. Когда она вспоминала о своей матери, она начинала пить. Как-то ей сказали, что отец пытался отравить мать, когда она была на восьмом месяце беременности. Врачи спасли пациентку и думали, что мать умрет, но она выжила. Тетя, которая рассказала ей эту историю, добавила: «Твоя жизнь с самого рождения пошла вкривь и вкось».

Обсуждение

Неясно, что все это может означать. Во всяком случае, очевидно, что пациентка прорабатывает какие-то сложные конфликты, связанные со своей матерью. Сохранение социального контроля в случае больного кота показывает, что визит к матери может состояться в ближайшее время.

9. 1 июня

«Честно говоря, я боюсь навещать мать потому, что могу захотеть там остаться». Пациентка задает себе вопрос: «Зачем я существую? Иногда я сомневаюсь в собственном существовании». Брак родителей был вынужденным, и она всегда ощущала себя нежеланной. Психотерапевт предложил ей принести копию свидетельства о рождении.

Обсуждение

Пациентка в настоящее время озабочена экзистенциальными проблемами. Ее Взрослый находится явно не в лучшей форме, поскольку Ребенок сомневается в ее существовании, ее праве на существование и форме этого существования. Свидетельство о рождении является письменным подтверждением факта ее существования, оно должно произвести сильное впечатление на ее Ребенка. После установления социального контроля пациентка усвоит, что может существовать в любой удобной для себя форме, в связи с чем ее желание «сбежать» в больницу должно ослабеть.

10. 8 июня

Она описала алкогольную игру своего мужа. В организации АА ей посоветовали его

успокаивать и убажывать, это ее сильно расстроило. Она повела себя совершенно иначе. «Однажды я заявила, что отправлю его в больницу, поскольку он не может позаботиться о себе, и с тех пор он перестал пить». По словам мужа, он пытался помочь ей оставаться трезвой, поэтому пил сам. Это произошло потому, что он сильно пил целую неделю, она хотела его ударить, но у нее болели руки, поэтому она его прогнала.

Из этого следует, что их тайный брачный контракт отчасти основан на убеждении, что он будет пить, а она будет выступать в роли спасителя. Эта игра была подкреплена Анонимными алкоголиками, что сослужило пациентке хорошую службу. Отказавшись выступать в роли спасительницы и перейдя к преследованию, она прекратила игру, в результате муж бросил пить. (По-видимому, игра возобновилась в связи с чувством небезопасности на прошлой неделе.)

Все это было изложено пациентке. Вначале она сказала: «Это не могло быть частью брачного контракта, поскольку, когда мы поженились, никто из нас не пил». Позднее во время того же интервью она внезапно сказала: «А я знала, что он не моет волосы, когда мы поженились, но я не знала, что он пьет». Психотерапевт сказал, что невымытые волосы также являются частью тайного брачного контракта. Она отреагировала на это скептически. Затем подумала немного и сказала: «Боже мой, конечно да, я знала, что он пьет. Когда мы учились в школе, мы пили с ним вместе».

Оказалось, что в первые годы брака они играли в игру исключения алкоголика. Если пила она, не пил муж; если пил он, она была трезвой. Их взаимоотношения изначально строились на этой игре, которую они впоследствии прекратили, и теперь надо приложить значительные усилия, чтобы о ней забыть.

Обсуждение

Эта сессия способствовала прояснению для пациентки структуры ее брака, были показаны затраты времени и сил на продолжение супружеских игр и в то же время те значительные усилия, которые требовались для подавления этих игр без сознательного контроля.

11. 6 июля

Был сделан месячный перерыв на летний отпуск. Пациентка вернулась с больным плечом. Она навестила мать, которая ее прогнала. Это вызвало у пациентки чувство безнадежности. У нее стали возникать обонятельные галлюцинации. Ей почудился запах газа в офисе, однако потом она пришла к выводу, что так пахнет мыло. Это послужило поводом для обсуждения ее психической деятельности. Во время недавних занятий йогой у нее стали возникать почти эйдетические образы. Ей виделись сады и бескрылые ангелы во всех подробностях, яркие и цветные. Она припомнила, что видела эти образы еще ребенком. Кроме того, ей являлся Иисус Христос с ее сыном. Они выглядели как живые, перед ее мысленным взором возникали цветы и деревья. В реальной жизни, проходя через парк, она любит тихо беседовать с деревьями и цветами. С пациенткой были обсуждены стремления, выраженные в этих видениях. Подчеркнув поэтические и художественные аспекты, терапевт порекомендовал ей писать стихи и попытаться рисовать пальцами. Она принесла с собой свидетельство о рождении, и сомнения в своем существовании стали беспокоить ее гораздо меньше.

Обсуждение

Эти феномены и слуховые проявления, о которых она упоминала ранее, не обязательно несут в себе тревожный смысл. Они указывают на возникшее еще в детстве желание восстановить отношения с родителями. При обычном подходе ей было бы проведено «поддерживающее» вмешательство с целью помочь подавить эту психопатологию и подняться над ней. Структурный анализ дает иные возможности, для реализации которых требуется известная смелость: позволить обеспокоенному Ребенку выразить себя и извлечь выгоду из этих конструктивных переживаний.

12. 13 июля

Она обратилась к своему лечащему врачу, и он назначил ей препараты раувольфии в связи с повышенным артериальным давлением. Она сообщила мужу, что собирается

рисовать пальцами, он разозлился и сказал: «Возьми пастель!» После ее отказа он начал пить. Она сознает, что идет игра «Озабоченность», и чувствует отчаяние оттого, что оказалась в нее втянута. Вместе с тем она говорит, что если не станет поддерживать игру мужа, то он впадет в отчаяние, ей трудно сделать правильный выбор. Кроме того, она замечает, что ворота перед прекрасным садом очень напоминают ворота детского сада, куда ее в детстве отправляла мать. Таким образом, возникает следующая проблема: как отличить эффект психотерапии от эффекта раувольфии. Она готова помочь в этом.

13. 20 июля

Она теряет интерес и чувствует усталость. Она соглашается с тем, что это, возможно, побочное действие лекарственного препарата. Она сообщает о нескольких семейных ссорах, о которых ранее умалчивала, и утверждает, что стала пить не после психической болезни матери, а после этих скандалов.

На этой сессии был сделан решительный шаг. Во время психотерапевтических сессий пациентка обычно сидела, сильно расставив и обнажив ноги. Она вновь жалуется на женщину-лесбиянку из организации АА. Она жалуется, что мужчины также выказывают к ней интерес. Она не понимает, с чем это связано, поскольку сама никак это не провоцирует. Когда ей сказали о ее манере сидеть, пациентка выразила сильное удивление. Ей также сказали, что она, вероятно, имеет привычку так сидеть уже много лет, поэтому то, что ей представляется агрессивностью окружающих, в действительности является результатом ее собственной откровенно соблазняющей позы. На следующем собрании группы она практически все время молчала, а на вопрос, что случилось, ответила, что слова лечащего врача ее сильно расстроили.

Обсуждение

Это критическая сессия. Ценой отказа от нормальной семейной жизни пациентка получила множество выгод, первичных и вторичных, играя в игры с собственным мужем, другими мужчинами и женщинами. Первичная внешняя выгода — это избегание приносящих удовлетворение сексуальных отношений. Если отказаться от этих выгод, можно попытаться наладить супружеские отношения, которые вознаградили бы ее сполна. Имеющаяся симптоматика свидетельствует о шизоидных элементах в ее Ребенке. Истериические элементы наиболее четко проявляются в социально-приемлемой игре «Динамо» («Благородный гнев»). Отсюда диагноз шизоистерии.

В данном случае терапевт старался избегать названий игр, поскольку она слишком чувствительна, чтобы перенести такие прямые высказывания. Игра просто описывалась ей без названия. Вместе с тем в достаточно продвинутых группах она известна под именем «Динамо первой степени». Это классическая игра истериических личностей: грубый, «непреднамеренный», соблазняющий эксгибиционизм, с непременным удивленным протестом и разыгрыванием оскорбленной невинности при соответствующей реакции окружающих. (Как ранее отмечалось, «Динамо третьей степени», наиболее злокачественная форма такой игры, часто заканчивается судом или моргом.) Основная терапевтическая проблема на данный момент состоит в том, достаточно ли подготовлена пациентка, достаточно ли хорошо проанализированы взаимоотношения между ее Ребенком и психотерапевтом для успешного проведения конфронтации. В этом смысле ее жизнь и жизнь ее детей зависит от мнения психотерапевта по этим вопросам. Если она предпочтет разгневаться и отказаться от вмешательства, возможность излечиться может быть утрачена на длительное время, возможно навсегда. Если она примет это мнение, эффект может быть значительным, поскольку именно эта игра является главным препятствием на пути к супружескому счастью. Психотерапевт, разумеется, не стал рисковать и поднимать этот вопрос без уверенности в успехе.

14. 10 августа

Психотерапевт возвращается после двухнедельного отпуска. Конфронтация прошла успешно. Пациентка описывает сексуальное домогательство со стороны отца, когда она была подростком, а мачеха притворялась спящей. Он приставал и к другим детям, но мачеха всегда его защищала. Она связывает этот эпизод с собственным соблазняющим поведением. Эта

ситуация, по ее мнению, привела к тому, что секс стал восприниматься как нечто постыдное и грязное. Она говорит, что из-за этого ощущения всегда была сдержанной с мужем и пыталась по той же причине избегать физической близости с ним. Она понимает, что игры, в которые она с ним играет, являются попыткой избежать секса, поскольку она не может позволить себе получать от него удовольствие, секс для нее лишь обременительная обязанность.

Обсуждение

Пациентка явно шокирована прямотой психотерапевта, однако признательна ему, потому что теперь ясна перспектива ее брака и понятно, что может быть сделано для его улучшения.

15. 17 августа (завершающее интервью)

Пациентка объявляет, что это ее последняя сессия. Она больше не боится, что муж сочтет ее грязной или вульгарной, если она станет его соблазнять. Она никогда не спрашивала его мнения, но сама решила, что он думает именно так. На этой неделе она стала иначе к нему относиться, и он отреагировал с благодарным удивлением. Последние несколько дней он приходит домой, весело насвистывая, чего не было уже много лет.

Она поняла еще кое-что. Она всегда жалела себя и пыталась вызвать симпатию и восхищение у окружающих как излечившийся алкоголик. Она сознает, что это была игра «Калека». Она ощущает готовность попробовать играть в нее по-своему. Кроме того, она теперь стала иначе относиться к отцу. Возможно, ее собственный вклад в соблазнение куда больше, чем можно подумать. Замечание о ее чересчур коротких юбках задело ее, но и помогло. «Я никогда не допускала, что хочу секса. Я всегда считала, что нуждаюсь во "внимании". Теперь я признаю, что хочу секса». На этой неделе она навестила отца, который находился в больнице в другом городе. Она смогла оценить свой визит вполне объективно. Теперь она чувствует, что порвала с ним, что он ей не нужен. Именно поэтому она сумела наладить сексуальные отношения со своим мужем. Она чувствует, что этот перенос разрешился через посредничество психотерапевта, который поначалу на некоторое время занял место ее отца; однако теперь она больше не ощущает в нем потребности. Она может свободно поговорить с мужем о подавлении своих сексуальных чувств как первопричине симптоматики, а также о сексуальных чувствах к нему. Он сказал, что согласен и разделяет ее чувства. После всех этих раздумий со времени последнего визита она увидела сон, в котором ей явилась прекрасная, спокойная и величественная женщина, после чего пациентка почувствовала себя обновленной. Дети также совершенно изменились; они выглядят довольными, спокойными и доброжелательными.

Артериальное давление у нее снизилось, зуд прошел. Психотерапевт высказал предположение, что ее улучшение связано с приемом лекарств. Она ответила: «Нет, не думаю, я бы это заметила, я и раньше принимала это лекарство. После него я становлюсь усталой и нервной, а сейчас у меня совершенно иные ощущения».

Она сообщает, что рисует не пальцами, а карандашами. Ей это нравится, она словно учится жить. «Я больше не жалею людей, я чувствую, что они должны тоже суметь это сделать, если захотят. Мне больше не кажется, что я хуже всех, хотя это чувство не прошло полностью. Я больше не хочу ходить в группу, я лучше проведу время с мужем. Такое впечатление, что мы начинаем новую жизнь, когда он приходит домой, насвистывая, все великолепно. Я попробую справляться сама в течение трех месяцев, если мне будет плохо, я вам позвоню. Я не ощущаю себя "нервной": я имею в виду психосоматические симптомы, чувство вины и свой страх обсуждать секс и тому подобное. Это чудесно, все, что я могу сказать. Я не могу объяснить своего чувства счастья, однако чувствую, что мы (вы и я) вместе работали над этим. В моих отношениях с мужем теперь больше близости и гармонии, он даже стал присматривать за детьми. Я чувствую себя немного виноватой перед Анонимными алкоголиками за то, что использовала их в "Калеке"».

Пациентку прямо спросили о том, помог ли ей структурный анализ и анализ игр, на что она ответила утвердительно. Кроме того, она добавила: «А также сценарий. Например, я сказала, что у моего мужа нет чувства юмора, а вы ответили: "Подождите немного, вы не знаете его, а он не знает вас, потому что вы играли в игры и разыгрывали свои сценарии. Вы пока не знаете, что в действительности представляет каждый из вас". Вы оказались правы,

потому что теперь у него обнаружилось чувство юмора, а его отсутствие было частью игры. Мне нравится моя семья, мой дом, и я благодарна вам за это. Я снова пишу стихи и могу выразить любовь к мужу. Раньше я воздерживалась от этого». Отведенное на сессию время истекло. Психотерапевт спросил: «Не хотите ли чашечку кофе?» Она ответила: «Нет, спасибо, я уже пила. Я рассказала вам о том, как чувствую себя сейчас, я рада, что обратилась к вам. Спасибо вам за все».

Общее обсуждение

Вряд ли стоит воспринимать этот впечатляющий успех скептически, настороженно, с поджатыми губами, несмотря на очевидные шероховатости изложения материала. Сама пациентка уже ответила на многие из вопросов, которые могли прийти на ум искушенному читателю.

За несколько дней до окончания трехмесячного испытательного срока, назначенного самой пациенткой, она написала психотерапевту следующее: «У меня все в порядке. Мне не надо принимать лекарства, таблетки от давления я перестала пить месяц назад. На прошлой неделе мы отметили мой тридцать пятый день рождения. Мы с мужем уехали отдыхать без детей. Волшебная вода, величественные деревья. Боже мой, если бы я могла их нарисовать! Мы видели гигантскую черепаху, было очень интересно за ней наблюдать, она ползла так грациозно. ...Мы с мужем прекрасно друг с другом ладим. По сравнению с прошлым — это день и ночь. Мы стали ближе, внимательнее друг к другу, я могу быть собой. Невозможность вести себя, как мне хочется, всегда меня угнетала. Мне приходилось быть вежливой и т. п. Он по-прежнему приходит домой, насвистывая. Это для меня гораздо полезнее любых лекарств. Я довольна, что вы предложили мне рисовать. Вы не представляете себе, как мне это помогает. Мое состояние улучшается, вскоре я собираюсь попробовать рисовать красками. Дети находят мои рисунки хорошими и советуют сделать выставку. В следующем месяце я собираюсь учиться плаванию, ведь я никогда не умела плавать. По мере приближения назначенного срока я начинаю немного бояться, но я твердо решила научиться плавать. Если я научусь держать голову под водой, одно это уже будет большим достижением. Мой сад очень хорош. Вы мне помогли и в этом. Я хожу туда дважды в неделю на несколько часов, и никто не возражает. Знаете, я думаю, что ко мне стали лучше относиться.

Я не собиралась писать так много, но, как выяснилось, мне есть о чем вам рассказать. Я дам вам знать о своих успехах в плавании. С любовью от всех нас.»

Это письмо показало следующее:

Улучшение у пациентки продолжалось и после отмены препаратов, снижающих артериальное давление.

Улучшение у мужа и детей пациентки продолжалось и после прекращения психотерапии. Следует добавить, что муж теперь стал мыть волосы.

Самое малое, что можно сказать об этом случае, это то, что он представляет собой бегство в здоровую семейную жизнь. Единственным законным клиническим требованием к трансактному анализу являются результаты столь же хорошие, как и результаты любого другого психотерапевтического подхода, или превосходящие их, с учетом затраченного времени и усилий. Улучшение сохранялось при годичном проспективном наблюдении.»

Заключение и оценка

Заключение. Трансактный анализ разделяет личность на три Я-состояния: Родитель, Взрослый и Ребенок. Ребенок происходит из актуальных детских переживаний, Родитель представляет настоящих родителей — их поведение и влияние, как в плане запретов, так и поощрений. Взрослый представляет исследование реальности, регулирует и опосредует взаимодействия между Родителем и Ребенком. Любое поведение может быть связано с одним из этих Я-состояний. В раннем возрасте ребенок разрешает определенные проблемные ситуации некоторыми способами, приводящими к формированию отношения к себе и жизни, жизненной позиции. Жизнь ребенка становится процессом утверждения или оправдания этой позиции с устранением нависших над ней угроз. Существуют четыре основные жизненные

позиции, затрагивающие самого индивида и его окружение.

1. Я о'кей; вы о'кей.
2. Я о'кей; вы не о'кей.
3. Я не о'кей; вы о'кей.
4. Я не о'кей; вы не о'кей.

Индивид, если только он не уклоняется от социальных контактов, использует социальное взаимодействие для удовлетворения стимульного голода, включающего потребность в контакте, признании и структуре для организации своего времени. Эти контакты включают деятельность, ритуалы, простые транзакции, времяпрепровождения и игры. Все они испытывают влияние жизненной позиции индивида, его жизненного сценария, или плана, которые вытекают из решения, принятого Ребенком под воздействием родителей. Самостоятельный индивид способен возвыситься над игрой и жить в естественной близости с окружающими.

Психопатология включает расстройства в Я-состояниях и их взаимодействии, проистекающие из трагического жизненного сценария. Психотерапия, или транзактный анализ, пытается преодолеть эти расстройства, освободить индивида от этого трагического сценария с помощью структурного анализа (анализа Я-состояний), транзактного анализа, анализа игры и анализа сценария.

Транзактный анализ считается довольно простым. Сам Берн указывал на его простоту и обязательность всего только пяти терминов — **Родитель, Взрослый, Ребенок, игры и сценарии** — которым можно обучить пациентов за две-три сессии.

Оценка. Эта кажущаяся простота вместе с тем является величайшей проблемой и основным недостатком транзактного анализа, мешающей его признанию серьезным профессиональным методом психотерапии. Эта «простота» стала причиной широкой популярности подхода. Буквально сотни его последователей прошли подготовку на краткосрочных курсах и семинарах, где преподают сильно упрощенные терминологию и концепции, поэтому понимание ими теории и практики транзактного анализа сильно ограничено. Простейшая форма транзактного анализа стала массовой терапией для тех, кто легко осваивает его терминологию.

Хотя многих эта ситуация устраивает, она имеет, как минимум, два недостатка. Во-первых, некоторые терапевты, плохо понимающие подход Берна, могут быть директивными и манипулятивными в своих действиях. В результате транзактный анализ может стать массовой игрой, выгода которой состоит в гонораре клинициста или консультанта. Перлз (Perls, 1969) писал: «Действительная игра, в которую они играют, навязчиво приписывая каждое предложение Родителю или Ребенку, остается без названия». Во-вторых, в широкой практике некоторые терапевты могут обучать своих клиентов игре «психиатрия — транзактный анализ», которая заключается в описании собственного поведения и поступков других людей с позиции Родителя, Взрослого или Ребенка, а также с учетом игры, которая в данном случае имеет место. Этот процесс навешивания ярлыков мешает или даже препятствует действительному пониманию или терапевтическому результату.

Такая популяризация транзактного анализа привела к его отвержению многими специалистами. Карсон (Carson, 1977), например, в кратком обзоре статей, представленных на международной конференции по транзактному анализу писал:

«Любопытная смесь популярной психологии, оригинального жаргона, поверхностного мышления, графических излишеств и духа веселья, характеризующая это «движение» с первых его дней вновь проявилась здесь... Остается лишь удивляться успеху организации, насчитывающей 12 000 членов и раздающей различные звания и сертификаты, которая зиждется на столь хрупкой, любительской основе» (р. 531).

Такая критика разработанного Берном транзактного анализа совершенно несправедлива. Это достаточно сложная система, она являет собой пример изящного изложения одной из наиболее трудных теорий. Теорией и практикой этого подхода овладеть непросто. Терапия эта не из легких, хотя на первый взгляд представляется довольно простой. Берн (Berne, 1966) предостерегал от чрезмерного упрощения.

«Транзактная теория проще и экономичнее по сравнению со многими другими психотерапевтическими теориями, однако ее клиническое использование требует

добросовестного изучения; особое искусство необходимо на продвинутых этапах, где транзактный анализ смыкается с психоаналитической и экзистенциальной терапией» (pp. 216-217).

Недостаточное внимание Берна к техническим вопросам отчасти объясняет то многообразие техник, которое используют люди, называющие себя транзактными терапевтами, особенно те из них, кому недостает подробного знакомства с теорией Берна. Кроме того, некоторые соратники и последователи Берна впоследствии отошли от его методов или привнесли в них нечто новое, поэтому в настоящее время в рамках транзактного анализа используется большое количество разнообразных техник, от психоаналитических до психодрамы и гештальт-техник.

Берн имел преимущество психоаналитической подготовки и практики в качестве основы для работы со своими пациентами. Он чрезвычайно осторожно подходил к лечению (хотя его клиническая интуиция позволяла проводить такие вмешательства, которые в исполнении других показались бы безрассудными). Он был искренен со своими пациентами, проявлял очевидную заботу и внимание. Он наблюдал, слушал, следил за самовыражением своих пациентов, чаще просто реагируя, не давая рекомендаций и не приступая к лечению; по мере приобретения опыта он становился все более активным.

Вместе с тем склонность Берна к понятной терминологии наряду с призывами к простоте, использование мифов и метафор послужило причиной неверного истолкования его подхода, чрезмерного его упрощения, употребления терминологии в качестве жаргона. В действительности в транзактном анализе далеко не пять вышеперечисленных терминов. В своей книге о групповом лечении Берн приводит глоссарий, включающий 127 терминов (почти 100 терминов перечислены в книге «*What Do You Say After You Say Hello?*»), многие из которых являются общеупотребительными словами с измененным значением. Кроме того, имеются многочисленные термины или фразы, часто метафоры, которые называются «разговорными выражениями» (*colloquialisms*). Все это в сочетании с броскими названиями игр ведет к развитию особого языка, понятного только тем, кто им владеет. Таким образом, можно утверждать, что в системе нет технической терминологии, налицо развитый жаргон, который употребляется с целью замены технических (часто психоаналитических), а иногда и общепринятых терминов.

По этой причине оценить вклад самого Берна довольно трудно. Не представляет ли собой транзактный анализ психоанализ, обогащенный новой терминологией? Помогает ли новая терминология лучше понять происходящее? Способствует ли эта терминология практике психотерапии? Обсудим каждый из этих вопросов.

1. Берн признает, что его теория согласуется с базовыми концепциями психоанализа. Его система вместе с тем не является просто переводом психоанализа на новую терминологию. Несомненно, имеется связь между Я-состояниями Родителя, Взрослого, Ребенка с фрейдовскими Суперэго, Эго и Ид, однако это не то же самое. Хотя Фрейд признает влияние ранних переживаний в младенчестве и детстве на последующую жизнь, он не детализирует механизмы влияния. Это делает Берн. Его концепция жизненного сценария идет дальше психоанализа. Кроме того, дополнением к психоанализу служит внимание Берна к межличностному поведению, а не озабоченность только внутриличностными факторами.

2. Использование нового словаря и терминологии для обозначения старых понятий имеет как преимущества, так и недостатки. Сочинения Берна гораздо более легки для восприятия, чем работы Фрейда и других психоаналитиков, и гораздо более интересны, если судить по их популярности. Использование мифов, метафор и аналогий часто позволяет проникнуть в суть вещей. Анализ социального поведения в терминах ритуалов, времяпрепровождений, игр способствует пониманию происходящего при социальном взаимодействии. Не менее полезным оказывается сравнение жизненного плана со сценарием. Драматичный и театральный язык часто проливает свет на виды поведения, о которых идет речь.

Вместе с тем аналогии и метафоры иногда могут быть поняты буквально, а ярлыки и категории поведения имеют свойство подменять истинное понимание специфических и уникальных аспектов индивидуального поведения и формирования стереотипов. В большинстве случаев современная практика транзактного анализа заключается в

использовании терминологии в качестве жаргона. Трудно возразить против выражения сложных значимых идей простыми словами, однако когда эти слова созданы недавно да еще подхвачены массами, они могут подменить собой идеи и концепции. Индивиды с их поведением укладываются в специально подготовленное прокрустово ложе. Берну повезло с терминологией отчасти потому, что его метафоры и аналогии были хороши; он отмечает, насколько выражены параллели между «реальными» и социальными играми. Вместе с тем всегда имеются различия между картой, какой бы хорошей она ни была, и той территорией, которую она отображает.

Берн был убежден в том, что внес в развитие психотерапии собственный вклад. Он придавал особое значение концепции жизненного сценария человека и сценарной матрицы, которая схематично изображает происхождение сценария из его невзгод.

«Даже если происхождение... сценарных директив в каждом отдельном случае различно, сценарная матрица тем не менее остается одной из наиболее полезных диаграмм в истории науки, вмещающая в себя весь план человеческой жизни и неизбежную судьбу в простом, понятном и доступном рисунке, который легко проверить и который к тому же содержит указания на то, как изменить жизнь» (Berne, 1966, p. 302).

И далее: «Сценарный анализ — вот решение проблемы человеческой судьбы, он говорит нам (наконец-то!), что наши судьбы по большей части predeterminedены, а свободная воля большинства людей — не более чем иллюзия» (Berne, 1972, p. 295). (Он отмечает, однако, что сценарий более гибок по сравнению с генетическим аппаратом, подвержен влиянию внешних факторов и жизненных переживаний, и может быть изменен с помощью психотерапии.) Вместе с тем Берн указывает, что «психиатрическому анализу сценария всего несколько лет, поэтому в настоящее время нет ни одного случая клинического наблюдения за полным жизненным сценарием» (Berne, 1972, p. 296).

3. Берн зарекомендовал себя как эффективный психотерапевт, однако невозможно доказать, что это связано с разработанной им теорией. Он опирался на свою теорию как на основу для краткосрочной диагностической оценки и, используя свои теоретические концепции, мог предсказать будущие поступки пациентов. «Какое-либо явно тривиальное событие, — писал он, — длящееся всего лишь несколько секунд, может рассказать восприимчивому психотерапевту всю историю жизни пациента» (1972, p. 301). Наверное, так оно и есть. Берн сам был восприимчивым психотерапевтом с хорошо развитой интуицией. Тем не менее слишком часто предсказания сбывались или «подтверждались» пациентами, поскольку они не могли не сбыться в силу восприятия и интерпретации психотерапевтами увиденного и услышанного, а также в силу внушения.

Трансактный анализ учит пациентов называть, анализировать и интерпретировать свое поведение и поведение других людей с помощью терминологии и концепций системы. Поэтому неудивительно, что пациенты оправдывают ожидания психотерапевта. Спорным остается вопрос о том, идет ли здесь речь о доказательствах в пользу самой теории или же мы имеем тот результат, который следовало ожидать. Пациенты психотерапевтов, обладающих даром убеждения, обычно готовы поддержать теории своих психотерапевтов. Берн обращает внимание на обыденный язык своей системы, однако для людей, которые с ней сталкиваются, этот язык не является языком повседневного общения.

Что можно сказать о научной стороне предложенного Берном подхода? Исследования, посвященные Я-состояниям и их значению для функционирования личности, в большом количестве встречаются в литературе, посвященной трансактному анализу (e. g., Neuger, 1987). Как отмечают некоторые авторы (Dusay & Dusay, 1984), «значителен интерес к оценке базовых концепций трансактного анализа» (p. 431). «Я-состояния и эгограммы (профили функционирования Я-состояний) привлекают особое внимание исследователей» (Dusay & Dusay, 1989, p. 439).

С другой стороны, исследовательских работ, посвященных трансактному анализу как форме терапии, сравнительно немного. Сам Берн (Berne, 1961) привел первые результаты таких исследований. По его сообщению, в период с сентября 1954 г. по сентябрь 1956 г. проведена работа с 75 пациентами, 23 из которых находились в предпсихотическом, психотическом или постпсихотическом состоянии. Из этих 23 пациентов состояние двоих (9%) продолжало ухудшаться, и они добровольно поступили в больницу; у троих (13%)

зарегистрировано отсутствие изменений или минимальные изменения; состояние 18 (78%) пациентов улучшилось. С 1956 по 1960 г. около 100 человек прошли полный курс лечения (минимум 7 недель подряд с проспективным наблюдением продолжительностью 2-3 года), из них 20 человек находились в предпсихотическом, психотическом или постпсихотическом состоянии. «В большинстве случаев лечение завершалось тем, что пациенты, их семьи и психотерапевт отмечали улучшение. В трех неудачных случаях пациенты добровольно поступили в больницу. Все пациенты ранее госпитализировались» (Berne, 1961, p. 337). Берн расценивал эти результаты как благоприятные по сравнению с результатами других подходов.

Со времени первого сообщения Берна проведено множество исследований, посвященных транзактному анализу. Получены некоторые положительные результаты (см. краткий обзор важнейших исследований, Dusay & Dusay, 1989). Вместе с тем как уже говорилось, исследований, посвященных терапевтическим аспектам вмешательства, ограниченное количество, главное внимание исследователей обычно привлекают другие аспекты транзактного анализа, поэтому действенность этого подхода требует дальнейшего практического изучения и проверки.

Несмотря на нехватку эмпирических исследований, интерес к транзактному анализу не ослабевает. Международная ассоциация транзактного анализа продолжает пополняться новыми членами. Европейская ассоциация транзактного анализа занимается пропагандой этого подхода в Европе. Журнал «*Transactional Analysis Journal*», издающийся свыше двух десятилетий, продолжает оставаться основным периодическим источником сведений о транзактном анализе, его теории и практике. В современной литературе можно обнаружить ряд интересных работ об эго-граммах (Dusay, 1986), интеграции транзактного анализа с гештальт-терапией (Goulding, 1987, 1992; Goulding & Goulding, 1978) и другими подходами (например, психодрамой). Все это делается с большим энтузиазмом, причем транзактный анализ сохраняет свое место и роль в современной психотерапии.

Что касается будущего транзактного анализа, вот что предположили Дж. и К. Дюсей (Dusay & Dusay, 1984) более десяти лет назад.

«Будущее транзактного анализа видится в переключении внимания на действенные, эмотивные и энергетические модели с целью коррекции чрезмерной концентрации на «понимании», что приведет к равновесию между аффектом и когнициями. История транзактного анализа — это история быстрой эволюции к новым, более эффективным техникам, а не приверженность старым моделям. Структурные концепции Я-состояний, транзакция (единица социального взаимодействия), сценарий или теория игр не будут отброшены; вместе с тем техники, нацеленные на стимулирование изменений, могут и должны быть перестроены с главного акцента на понимании и инсайте (которые тоже важны) к более эмпирическому и эмотивному подходу» (p. 443).

Это утверждение точно отражает события в транзактном анализе за прошедшее десятилетие и, кроме того, позволяет заглянуть в его будущее на годы вперед.

В заключение хочется еще раз сказать, что транзактный анализ сильно отличается от большинства теорий и имеет перед ними ряд преимуществ, поскольку в нем открыто говорится об используемых концепциях и терминах. В своей простейшей форме он также гораздо понятнее и, следовательно, привлекательнее и полезнее, во всяком случае судя по временным результатам. Серьезные исследователи, а также практические психотерапевты найдут сочинения Берна весьма ценными. Берн обладал исследовательским складом ума и высокой продуктивностью. Он с интересом наблюдал за людьми и их поведением, обладал развитой клинической интуицией. Целый ряд его наблюдений можно легко описать обычным языком, не прибегая к специальной терминологии созданной им системы. Независимо от используемой терминологии, сделанные Берном наблюдения заслуживают самого пристального внимания.

Глава 12. Гештальт-терапия: Перлз

Фридрих (Фредерик, или Фриц, как его называли) Саломон Перлз (1893-1970) считается основателем и пропагандистом гештальт-терапии. Он родился в Берлине и учился в

Германии, степень доктора медицины получил в Университете Фридриха Вильгельма в 1920 г. (В своих публикациях после имени Перлз указывал степень доктора медицины и доктора философии. Однако доктором философии он не был; это почетное звание он получил в 1950 г. от не имеющего официального признания учреждения — Западного колледжа психоанализа в Лос-Анджелесе.) Перлз обучался в Венском и Берлинском институтах психоанализа. Его учителем-психоаналитиком был Вильгельм Райх, он был лично знаком со множеством известных психоаналитиков, включая Хелен Дойч, Отто Феничела и Карен Хорни, встречался с Адлером, Юнгом, Федерном, Шилдером и Фрейдом. Кроме того, среди знакомых Перлза были многие гештальт-психологи: Вольфганг Кёлер, Макс Вертгеймер и Курт Левин, в 1926 г. Перлз был ассистентом А. Гелба и Курта Гольдштейна в Гольдштейновском институте для солдат с травмами мозга во Франкфурте.

После прихода к власти Гитлера Перлз в 1934 г. переехал в Южную Африку, где в 1935 г. основал Южно-Африканский институт психоанализа. В Южной Африке он встретился с Яном Шмуцем, предложившим термин **холизм** в опубликованной в 1926 г. книге «Холизм и эволюция» (*Holism and Evolution*). После смерти Шмуца и усиления апартеида Перлз переехал из Южной Африки в Соединенные Штаты (1946). В Нью-Йорке он встретился с Полом Гудменом и совместно с ним и своей женой Лорой Перлз в 1952 г. основал Нью-Йоркский институт гештальт-терапии. Кроме того, в 1954 г. Перлз принимал участие в создании Кливлендского института гештальт-терапии. В 1964 г., вскоре после основания Эсаленского института (*Esalen Institute*) в Биг Сур, Калифорния, Перлз стал там работать в качестве психиатра. Это продолжалось до 1969 г., когда он переехал в Ковичан на острове Ванкувер в Британской Колумбии, где попытался основать гештальт-терапевтический кибуц. Там он и умер в марте 1970 г. Перлз был одним из трех психотерапевтов, принимавших участие в серии фильмов «Три подхода к психотерапии» (*Three Approaches to Psychotherapy*, 1966), продюсером которых был Эверетт Шостром.

Еще в Южной Африке в начале 1940-х гг. Перлз написал книгу «Эго, голод и агрессия» (*Ego, Hunger and Aggression*), которая впервые увидела свет в Южной Африке в 1942 г., а затем была издана в Англии в 1947 г. под названием «Пересмотр теории и метода Фрейда» (*A Revision of Freud's Theory and Method*); книга была посвящена Макс Вертгеймеру. Американское издание (1947) имело заглавие «Истоки гештальт-терапии» (*The Beginning of Gestalt Therapy*). Книга Перлза «Гештальт-терапия: возбуждение и рост личности» (*Gestalt Therapy: Excitement and Growth in Personality*, 1951) была написана в соавторстве с Ральфом Ф. Хефферлайном (1910 г. рожд.) и Полом Гудменом (1911-1972 гг.). Хефферлайн обучался и работал в Колумбийском университете, где возглавлял факультет психологии. Гудмен, получивший степень доктора философии в Чикагском университете, преподавал в Чикагском и Нью-Йоркском университетах, Блэк Маунтин колледже, Университете Висконсина, институтах гештальт-терапии в Нью-Йорке и Кливленде. Наибольшую известность ему принесли книги, в частности «Абсурд взросления» (*Growing Up Absurd*, 1956) и «Обязательное плохое обучение» (*Compulsory Miseducation*, 1964).

В 1969 г. Перлз публикует книги «Гештальт-терапия дословно» (*Gestalt Therapy Verbatim*), а также «Внутри и вне помойного ведра» (*In and Out of the Garbage Pail*), последняя из которых автобиографична. Перед смертью Перлз работал над двумя книгами: первая была посвящена теории, а вторая практике. Перлз ощущал, что две ранее опубликованные книги (*Ego, Hunger and Aggression*, 1947, и *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in Personality*, 1960) были трудны для восприятия и, кроме того, уже устарели. Его беспокоило преимущественное внимание многих клиницистов к техническим вопросам в ущерб теории, поэтому Перлз намеревался точнее сформулировать свою теорию. После смерти Перлза Роберт Шпицер, главный редактор издательства *Science and Behavior Books*, которому Перлз завещал свои материалы, опубликовал эти две книги. Первая из них (*The Gestalt Approach and Eyewitness to Therapy*, 1973) насчитывала 114 страниц теоретического материала и 88 страниц фрагментов описания видеозаписей с комментариями. Другие материалы с дополнительными выдержками из описания видеозаписей вышли во второй части книги «Наследие Фрица» (*Legacy from Fritz*, Baumgardner & Perls, 1975). В первой части Патрисия Баумгарднер обсуждает клинические аспекты гештальт-терапии и делится воспоминаниями о работе с Перлзом. Хотя книга написана довольно понятно, теоретический материал плохо организован,

не систематизирован, не представительен. Имеются отступления, материал, посвященный одной теме, распылен (например, описания невротической личности), отсутствуют общие выводы. Таким образом, эти книги не подменяют ранних произведений Перлза. Тем более что материал этот нельзя назвать абсолютно новым, многое написано в предшествующие десять лет.

После смерти Перлза наблюдалось оживление активности. Никто не претендовал на место Перлза; он был уникальным и незаменимым. Вышло множество публикаций, которые по большей части содержали повторение и собственные вариации на тему произведений Перлза. В дополнение к журнальным публикациям вышли многочисленные сборники статей (Pagan & Shepherd, 1970; Hatcher & Himmelstein, 1976; Latner, 1973; Simkin, 1974; Smith, 1976; Stephenson, 1975; Zinker, 1977). Ни один из них не может считаться полным, систематизированным учебником для освоения гештальт-терапии. Вполне возможно, что это является запланированным (или незапланированным) следствием часто звучащего изречения, что единственным путем понимания гештальт-терапии является практический опыт и обучение в соответствующих институтах. Тем не менее двое ведущих преподавателей и клиницистов, Эрвинг Полстер и Мириам Полстер, в течение многих лет работавшие в Кливлендском институте, прежде чем переехать в Калифорнию и возглавить Центр гештальтистской подготовки в Сан-Диего (*Gestalt Training Center*), выпустили систематизированное руководство «Интегрированная гештальт-терапия» (*Gestalt Therapy Integrated*, Erving Polster & Miriam Polster, 1973). Представленное здесь обсуждение является попыткой интегрировать ранние и поздние идеи Перлза в некую систему.

Недавно в серии *Key Figures in Counselling and Psychotherapy* вышла книга, посвященная жизни Перлза, его вкладу в теорию и практику, а также влиянию на развитие психотерапии в целом (Clarkson & MacKewn, 1993). Осенний номер журнала *The Gestalt Journal* за 1993 г. был посвящен столетней годовщине со дня рождения Фрица Перлза.

Становление и развитие

Перлз испытал на себе влияние разнообразных теоретических подходов к психотерапии, что нашло отражение в созданной им гештальт-терапии. Базовую подготовку он получил по психоанализу. Перлз полагал, что психоанализ и теоретические концепции Фрейда являются той основой, на которой строится его собственный подход, хотя методы его построения преимущественно заключаются в изменении психоаналитической теории. В частности, он заменил половой инстинкт инстинктом голода в качестве главного. Будучи психоаналитиком, Перлз испытал на себе влияние Вильгельма Райха, включая взгляды Райха на аффект, вовлечение организма в невроз, внимание к форме, а не к содержанию (в том числе к невербальному поведению), конфронтацию как метод вмешательства, а также техники, специально подобранные к конкретному пациенту. Перлз испытал влияние экзистенциальной теории с ее акцентом на личной ответственности за мысли, чувства, поступки и на непосредственных переживаниях — понятие «здесь и сейчас», взаимоотношения «я-ты», вопросы «что?» и «как?» вместо «почему?» по отношению к переживаниям и поведению.

Перлз считает гештальт-терапию одним из трех экзистенциальных подходов, наряду с логотерапией Франкла и дазайн-анализом (*daseinanalysis*) Бинсвангера. С другой стороны, прежде чем Перлз отверг психоанализ, гештальт-психология оказала на него влияние в процессе работы с Гольдштейном и чтения произведений Левина. Немецкое слово *Gestalt*, обозначающее «целое, конфигурацию, интеграцию, стереотип или форму», занимает центральное место в теории Перлза. Гештальт-концепция фигуры-фона является основной также и в разработанной Перлзом теории потребностей и их удовлетворения в стремлении к самоактуализации (этот термин впервые употребил Гольдштейн). Идея регуляции организма заимствована из гештальт-психологии, как и концепция закрытия или завершения формирования гештальта, к которой прибегает Перлз при описании незавершенных дел. Гештальт, в представлении Перлза, имеет отношение к цельности завершенных действий, а также интеграции разрозненных частей личности в единое самоактуализирующееся целое.

Перлз расширяет понятие гештальт-восприятия, которое включает у него не только восприятие внешнего мира, но и восприятие телесных процессов, чувств и эмоций.

На Перлза также оказал воздействие общесемантический подход (*J. A. Richards and A. Korzybski*) в смысле четкого и определенного использования языка. Наконец, сказалось влияние дзэн-буддизма и даосизма в отношении принципа противоположностей (инь и ян) и признания того, что люди могут превзойти себя, только став собой, приблизившись к собственной природе.

Все эти и другие концепции включены Перлзом в гештальт-терапию. Хотя сама по себе теория не была систематизирована и четко оформлена, работа Перлза создает основу для такой интеграции.

Философия и концепции

Перлза больше интересовали поступки и переживания, чем философия. Он признавал важность философии, однако неоднозначно относился к созданию систематической философии, «которая успешно включала бы в себя человека и все остальное» (1969b). Вместе с тем, в явном или неявном виде, но эти представления о природе человека и жизненного опыта присутствуют в гештальт-терапии, как и в любой другой; многие из ее концепций являются философскими.

Перлз отвергал представление о том, что люди находятся под контролем внешних и/или внутренних факторов; в этом он расходится с психоанализом. Это отвержение основывается на двух идеях: 1) люди несут ответственность за самих себя и свою жизнь, 2) важнейший вопрос о человеческом опыте и поведении звучит не «почему?», а «как?» За этими представлениями стоит убежденность в том, что люди свободны и обладают потенциалом к изменению. В соответствии с гештальтистскими принципами, Перлз отвергает дуализм разума и тела, тела и духа, мыслей и чувств, мышления и действия, чувств и действий. Такой отказ от дуализма лежит в основе концепции холизма.

Природа организма

Холистический принцип. Перлз приводит высказывание Вертгеймера о гештальтистской теории: «Существует целое, поведение которого не определяется поведением его отдельных элементов, а сами частичные процессы определяются внутренней природой целого» (1947, р. 27). Люди — это единые организмы, они всегда функционируют как целое. Не существует «Я», которое состоит из тела, разума и души, все это — Мы, существующее как организм. Здоровый организм — это чувство, мышление и активное бытие. Эмоции имеют мыслительный, действенный (физиологический), а также чувственный аспекты.

«Психическая деятельность, по-видимому, осуществляется всем организмом в целом на более низком энергетическом уровне, чем деятельность, которую мы называем физической... психическая и физическая стороны человеческого поведения не являются... независимыми объектами и не могут существовать отдельно от человека и друг от друга» (Perls, 1973, pp. 13-14).

Тело, разум и душа представляют собой аспекты целостного организма.

Диалектический принцип гомеостаза. Перлз испытал влияние философа Зигмунда Фридландера, который в своей книге «Креативная индифферентность» (*Creative Indifference*) развивает концепцию дифференциального мышления, или мышления с использованием противоположностей (диалектика). Противоположности (полярности) возникают в процессе дифференциации от нулевой точки индифферентности.

«Каждое событие сопоставляется с нулем, от которого происходит дифференциация к противоположностям. Эти **противоположности демонстрируют в своем специфическом контексте** сильное сродство между собой. Помещая внимание в центр, можно приобрести творческую способность видеть обе стороны явления и завершать незавершенную половину. Избегая одностороннего взгляда, можно лучше понять структуру и функции организма» (Perls, 1947, р. 15).

Противоположности связаны друг с другом сильнее, чем с любыми другими концепциями (сравните с Келли). «Мышление противоположностями свойственно человеческому организму. Дифференциация на противоположности является сущностью нашей ментальности и самой жизни» (Perls, 1947, p. 18).

Особым случаем общей концепции противоположностей является концепция **баланса организма**, или **гомеостаза**. Основная тенденция любого организма выражается в сохранении равновесия. Каждое мгновение на организм действует множество факторов, это равновесие нарушающих, внешних (требование со стороны окружения) или внутренних (потребность). Развивается противоположная тенденция к восстановлению равновесия; процесс восстановления баланса и составляет саморегуляцию организма. В процессе саморегуляции организм создает образ удовлетворенной потребности или реально ее удовлетворяет; в результате он формирует свой мир или создает ситуацию фигура—фон. Удовлетворение потребности уменьшает напряжение, восстанавливает равновесие, завершает ситуацию. Таким образом, гомеостаз представляет собой процесс, посредством которого организм удовлетворяет свои потребности. Процесс этот непрерывный, поскольку равновесие, или баланс, постоянно нарушается. Процесс заключается в удовлетворении психологических, а также физиологических потребностей; действительно, эти два процесса не могут быть разделены. Что касается внешнего окружения, человек может приспособить свое поведение к окружению (аутопластическое поведение) или приспособить (адаптировать) окружение к своему (аллопластическому) поведению.

В терминах гештальт-психологии осознание потребности становится фигурой на фоне. Неудовлетворенная потребность представляет собой незавершенный гештальт, требующий завершения. Стимулируется сенсомоторная активность, налаживаются контакты с окружением с целью удовлетворить потребность. «Когда потребность удовлетворена, ее гештальт становится завершенным, он больше не оказывает влияния — организм свободен для формирования новых гештальтов» (Perls, 1948). Устанавливается равновесие, ситуация меняется. «Доминирующей потребностью организма в любой момент становится находящаяся на переднем плане фигура, в то время как другие потребности отступают, хотя бы временно, в фон» (Perls, 1973, p. 8).

Сознание — это не поиск или нахождение проблемы или нарушенного равновесия; оно идентично проблеме или нарушенному равновесию; иначе говоря, развитие доминирующей потребности в фигуру переднего плана, организация контакта с окружением для снижения напряжения и составляет сознание. Какая именно потребность становится доминирующей, зависит от ее связи с потребностью организма в самосохранении, его потребностью в росте и реализации своего потенциала. «Каждый человек, каждое растение и каждое животное имеет единственную врожденную цель — реализовать себя» (Perls, 1973, p. 31).

Инстинкты. Фрейд совершенно справедливо признавал важность полового инстинкта, который необходим для сохранения человеческой расы, однако он недооценил значимость другого инстинкта, необходимого для сохранения отдельного человека. Это инстинкт голода. Все прочие многочисленные инстинкты могут быть отнесены к одному из этих двух базовых инстинктов.

Выделяются следующие стадии инстинкта голода: пренатальная, предентальная (сосание), инцизорная (кусание) и молярная (кусание и жевание). Понимание этих стадий в их нормальных и патологических аспектах позволяет понять поведение, не имеющее явной связи с половым инстинктом. Эти стадии имеют прямое отношение к психологическим характеристикам: предентальная к нетерпению, инцизорная к деструкции и агрессии, молярная к ассимиляции. Проявления голода и его удовлетворение аналогичны всем видам психологического поведения, как станет ясно в дальнейшем. В более поздних работах Перлз не прослеживает эту параллель, как делает это в своих ранних работах, хотя и намекает на ее существование.

Агрессия и защита. **Агрессия** является важной концепцией в ранней теории Перлза. Агрессия — это не инстинкт и не энергия, хотя это биологическая функция. Это используемое организмом средство контакта с окружением с целью удовлетворения своих потребностей и преодоления сопротивления удовлетворению этих потребностей. Целью агрессии служит не деструкция, а преодоление сопротивления, причем объект сохраняется максимально

интактным, чтобы его можно было использовать для удовлетворения потребности. Агрессия сходна, или аналогична, кусанию и жеванию пищи для удовлетворения голода: «Использование зубов — вот основное биологическое проявление агрессии» (Perls, 1947, p. 114). Деструкция не оставляет объект интактным, он разрушается, как при жевании и кусании, в ходе ассимиляции (усвоения) образуется новая структура, или интактность. «Человечество страдает от подавленной агрессии, становясь одновременно преследователем и жертвой огромного количества высвобожденной коллективной агрессии... **Восстановление биологической функции агрессии** было и остается решением **проблемы агрессии**» (Perls, 1947, p. 112).

Сублимация (выпускание пара при занятиях агрессивными видами спорта или физическим трудом) дает хорошие результаты. «Однако они не равнозначны дентальной агрессии, которая служит нескольким целям: человек избавляется от раздражения, не наказывая себя голодом и хандрой, при этом развивается сообразительность и возникает хорошее настроение, поскольку человек принес пользу "своему здоровью"» (Perls, 1947, pp. 116-117). (Это утверждение не согласуется с предшествующими рассуждениями о том, что агрессия не является инстинктом или энергией, которые требуют разрядки.)

Защита — это инстинктивная деятельность, направленная на самосохранение. Защита может быть механической (раковины у животных, мышечный панцирь — по Райху — у людей) и динамической, моторной (бегство), секреторной (змеиный яд) или сенсорной (запах).

Реальность. Поскольку организм не является самодостаточным, он непрерывно взаимодействует со своим окружением. В процессе стремления к восстановлению равновесия с требованиями окружения организм не является пассивным рецептором или реактором, а активно воспринимает и организует свое восприятие.

«Для своих целей мы предполагаем существование объективного мира, на основе которого индивид создает свой субъективный мир; части абсолютного мира отбираются в соответствии с нашими интересами, однако этот отбор ограничивается имеющимися в нашем распоряжении инструментами восприятия, а также социальными и невротическими запретами... Реальность, означающая реальность интересов — **внутренняя**, а не **внешняя** реальность» (Perls, 1947, pp. 38-40).

Таким образом, реальность меняется с изменением интересов и потребностей организма.

Как отмечалось выше, через интересы и потребности окружение организуется в фигуру и фон, по мере того как эти интересы и потребности возникают и удовлетворяются. Важным аспектом этой организации окружения является то, что индивиды не могут реагировать на все свое окружение одновременно, а лишь на один из его аспектов, фигуру, которая связана с насущными интересами и потребностями.

Граница контакта. Организм и его окружение существуют во взаимных, или диалектических, отношениях. Организм вынужден искать удовлетворения своих потребностей в окружении. Он контактирует для этого с окружающим миром через сенсорный процесс ориентации и моторный процесс манипуляции. Точка взаимодействия индивида с окружением и есть **граница контакта**.

«Исследование способа функционирования человека в своем окружении происходит на границе контакта индивида с окружением. Именно на этой границе контакта происходят психологические события. Наши мысли, действия, наше поведение, эмоции являются способом переживания и реакции на эти пограничные события» (Perls, 1973, p. 16).

Объекты или люди в окружении, дающие удовлетворение потребностей, приобретают **позитивный катексис** (термин Фрейда), а те, кто мешает или угрожает удовлетворению, приобретают **негативный катексис**. Индивид ищет контакта с объектами и людьми первого типа и отстраняется от вторых. При ассимиляции, или присвоении, объекта первого типа гештальт закрывается. Сходным образом при аннигиляции (избегании или отвержении) объектов второго типа гештальт также закрывается. Индивид оказывается в ситуации, в которой он может сконцентрироваться на другой потребности, которая становится фигурой. Мы живем в диалектическом процессе контактирования и избегания объектов и людей в окружении в зависимости от того, как они различаются на позитивные или негативные. Деятельность подпитывается энергией в процессе базового возбуждения, присущего живому

организму, которое трансформируется в конкретные эмоции соответственно ситуации.

Эго. «Эго — это не инстинкт, само оно также лишено инстинктов; это функция организма» (Perls, 1947, p. 36). Это не субстанция с конечными или даже меняющимися границами. Напротив, границы, места контакта, собственно и составляют Эго. «Лишь там, где самость встречается с "чужеродными" проявлениями, Эго начинает функционировать, возникает и определяет границу между личным и безличным "полем"» (Perls, 1947, p. 143). Таким образом, это система реакций или контактов организма с окружением, включающая идентификацию или отчуждение. Осознание себя и не-себя и составляет Эго.

Эго выполняет интегративную или административную функцию, координируя действия организма по удовлетворению потребностей: «оно вызывает, если можно так выразиться, те функции организма, которые необходимы для удовлетворения **наиболее насущной** потребности» (Perls, 1947, p. 146). Эго идентифицирует себя с организмом и его потребностями, отчуждая себя от неприемлемых потребностей или требований. Таким образом, Эго структурирует окружение (поле) в терминах потребности организма. Если организм голоден, фигурой в гештальте становится пища, если же добыть пищу можно лишь путем кражи, а данный человек скорее умрет, чем станет красть, Эго отчуждает получение пищи.

Рост и созревание

Рост происходит в процессе ассимиляции из окружения, как физической, так и психической. Организм испытывает некую потребность, контактирует со своим окружением, удовлетворяет потребность посредством ассимиляции энергии из окружения. Здоровый организм пребывает в непрерывном процессе: потребность — нарушение равновесия — агрессивный контакт с окружением — удовлетворение потребности через ассимиляцию — равновесие. «Жизнь — это практически не что иное, как бесконечное число незавершенных ситуаций — неполных гештальтов. Не успевает завершиться одна ситуация, как тут же возникает другая» (Perls, 1969a, p. 15). Здоровый индивид успешно завершает каждую ситуацию, каждый незавершенный гештальт, и растет в процессе этого.

Психологический рост происходит при участии сознания. Ощущение, возбуждение, формирование гештальта и контакт сопровождаются или характеризуются у нормального индивида осознанием.

«Контакт как таковой возможен без осознания, однако для осознания контакт незаменим... Ощущение определяет природу осознания, дистантное (например, слуховое), близкое (например, тактильное) или подкожное (проприоцептивное)... Возбуждение... включает физиологическое возбуждение, а также недифференцированные эмоции... Осознание всегда сопровождается формированием гештальта... Формирование полных и всесторонних гештальтов является предпосылкой психического здоровья и роста» (Perls et al., 1951, pp. VIII-IX).

Нормальный организм функционирует как единое целое. Его поведение находится в полном согласии с собственными потребностями, а не с внешними требованиями или «долженствованиями». При этом вовлекается весь организм, все его части без исключения. Эго — самосознание — включает все потребности и функции организма.

Фрустрация не столько предотвращает рост, сколько его ускоряет. Фрустрация бросает индивиду вызов, позволяет выявить свой потенциал, научиться совладать с миром. «Без фрустраций нет потребностей, нет смысла мобилизовать резервы, обнаружить, что сами вы способны что-либо сделать; для предотвращения фрустрации, которая сама по себе достаточно болезненна, ребенок учится манипулировать окружением» (Perls, 1969a, p. 32).

В процессе роста ребенок созревает. Созревание — это переход от поддержки со стороны окружения к самоподдержке, самостоятельности. Ребенок обретает независимость, перестает столь сильно зависеть от других. Ребенок, не научившийся преодолевать фрустрацию, скорее всего в результате гиперопеки со стороны родителей, не растет. Сохраняя зависимость от других, ребенок манипулирует окружением для получения поддержки, представляясь беспомощным, глупым или послушным. Ребенок начинает манипулировать окружением, когда он не может получить поддержку извне и не может

проявлять самостоятельность; это называется «тупиком».

Нормальный рост и развитие не обходятся без проблем, как показывают трудности достижения зрелости. **Тревога** является неизбежной спутницей научения. Это следствие «разрыва между настоящим и будущим. Теряя твердую опору настоящего и начиная заботиться о будущем, вы испытываете тревогу» (Perls, 1969a, p. 30). Такова же природа страха перед публикой: когда действие начинается, возникает возбуждение, обеспечивающее успех. В более поздней формулировке Перлз (Perls, 1973) использует слово **ужас** (*dread*) в качестве синонима **тревоги**; ужас — это смутное, недифференцированное ощущение опасности, которое перерастает в страх, когда возникает объект, которому придется противостоять.

Возникают также и другие проблемы, сходные с инстинктом голода или связанные с ним. Хотя в своих последних работах Перлз обсуждает их в рамках невроза, более раннее признание их проявлений при нормальном развитии также сохраняется. Таким образом, эти проблемы рассматриваются именно здесь, а не в контексте невроза.

Процесс ассимиляции не всегда проходит гладко, на его пути встречаются разнообразные препятствия. Здесь прослеживаются параллели физиологического и психического функционирования.

«Наша установка по отношению к пище оказывает огромное влияние на умственные способности, на способность к пониманию, к вонзанию зубов в стоящую перед нами задачу. Тот, кто не использует свои зубы, утрачивает способность использовать на собственное благо эти деструктивные функции» (Perls, 1947, pp. 114-115).

Такие люди чрезмерно скромны и бесхребетны, однако за их кажущимся равнодушием к пище скрывается жадность. Другим типичным примером такой паразитической природы является человек, живущий в постоянном бессознательном страхе голода и ищущий финансовой безопасности в жизни. Все это отражает нарушения границы контакта между индивидом и окружением.

Другая форма такого нарушения заключается в **сопротивлении**, связанном с оральным развитием, включая отсутствие голода в форме сниженного аппетита: «Я не могу проглотить ни кусочка». Аналогией является неспособность переварить неприемлемую информацию. Еще одна форма сопротивления — **отвращение**, неприятие или эмоциональное отвержение пищи. Отвращение к объекту — это реакция на него, словно он находится в желудке. Существует четыре других основных нарушения границ: интроекция, проекция, слияние (*confluence*) и ретрофлексия.

«**Интроекция** означает сохранение структуры поглощенных вещей, в то время как организм требует их разрушения» (Perls, 1947, p. 129), чтобы могла произойти ассимиляция. Интроецированное, не «пережеванное», а «проглоченное» остается интактным как инородное тело в системе. Интроекция — это естественная форма питания на этапе сосания. Сохранение этой формы в более позднем возрасте связано с нарушениями на этапе кусания и жевания. Оральная агрессия (кусание) блокируется в сочетании с навязыванием ребенку пищи. Оральная агрессия смещается, отчасти направляется на других людей. Насильственное кормление также ведет к появлению отвращения к пище, которое подавляется, а пища проглатывается в непрожеванном виде или крупными кусками. При интроекции организм реагирует на объект или ситуацию как на пищу, «проглатывая целиком», однако впоследствии не может их «переварить».

С психологической точки зрения интроекция представляет собой некритичное принятие чужих концепций, стандартов поведения и ценностей. Человек с привычкой к интроекции не развивает собственную личность. Интроекция противоречивых или несовместимых концепций или ценностей ведет к дезинтеграции личности. При интроекции граница между самостью и миром смещена вглубь самости, поэтому от нее мало что остается.

Проекция — это помещение во внешний мир тех частей собственной личности, с которыми индивид не желает (или не может) отождествить себя (или которые не может выразить). «Проецирующий человек не может удовлетворительно различать внешний и внутренний миры» (Perls, 1947, p. 157). Чувство вины приводит к проекции вины на что-либо или кого-либо другого. Проекция обычно делается на внешний мир, однако могут иметь место и внутри личности, например проекция на сознание. Проекция приносит временное

облегчение, однако препятствует контакту, отождествлению и принятию ответственности.

При проекции граница между самостью и миром смещена во внешний мир, в связи с чем неприемлемые аспекты самости выносятся вовне. Спроецированные аспекты являются неприемлемыми, поскольку они несовместимы с интроецированными установками и ценностями.

Слияние возникает, когда индивид не ощущает границы между собой и окружением. Это состояние присуще новорожденным, а также взрослым людям в момент экстаза, сильной концентрации или при ритуальных действиях. Длительно существующее состояние слияния, когда индивид не способен отличить себя от других, является патологическим. В состоянии слияния человек не терпит различий; все должны быть похожи.

«Ретрофлексия означает, что некоторая функция, изначально направленная от индивида на мир, меняет свое направление и возвращается к инициатору» (Perls, 1947, pp. 119-120). Одним примером этого процесса является нарциссизм. Суицид, замена убийства, — второй пример. Агрессия и ненависть меняют направление и адресуются себе. Подобное поведение есть реакция на враждебность и фрустрацию. Торможение или подавление эмоций и поведения иногда необходимо, однако это может войти в привычку, приводя к невротическому подавлению. В результате в личности возникает раскол между собой-исполнителем и собой-реципиентом.

Человек, склонный к ретрофлексии, обращается с собой так, как он хотел бы обращаться с окружающими. В данном случае сам индивид заменяет собой окружение: энергия направлена на себя, вместо того, чтобы быть направленной вовне на окружение с целью удовлетворения своих потребностей.

«Ретрофлексирующий человек знает, как провести границу между собой и окружением, он проводит тонкую аккуратную черту чуть ниже середины, но проводит ее ниже середины самости. Интроецирующий человек ведет себя в соответствии с желаниями и ожиданиями окружающих, проецирующий поступает с другими так, как они, по его мнению, поступают с ним, при патологическом слиянии человек не знает, кто, что и в отношении кого делает, а ретрофлексирующий человек поступает в отношении себя так, как хотел бы поступить в отношении других» (Perls, 1973, pp. 40-41).

Функция интроекции, проекции, слияния и ретрофлексии состоит в

«прерывании усиления возбуждения данного типа до уровня, с которым индивид не может совладать... Эти механизмы приводят к неврозу лишь при их неадекватном и хроническом действии. Все они полезны и необходимы при временном применении в конкретных обстоятельствах» (Perls et al., 1951, pp. 211-212).

Невроз

Невроз есть прекращение или задержка роста; таким образом, это «расстройство роста» или «нарушение развития» (Perls, 1969a, p. 28). Это нарушение включает отношения индивида с обществом, которые представляют собой конфликт между потребностями и требованиями индивида и общества. Индивид вовлекается в конфликт между биологическими потребностями человеческого рода и социальными (этическими и моральными) требованиями общества, которые могут быть направлены против биологических законов саморегуляции. «Однако довольно часто социально обусловленный самоконтроль достигим лишь ценой нарушения функций обширных частей человеческой личности, ценой создания коллективного и индивидуального невроза» (Perls, 1947, p. 61). Вместе с тем конфликт между индивидом, его основными инстинктами и обществом не является запрограммированным. Индивид по натуре своей не является антисоциальным, у него есть потребность в социальном контакте. Возникающие трудности связаны с ростом, созреванием и реализацией собственной природы и потенциала в борьбе с лишениями и фрустрациями.

При этом нельзя винить ни индивида, ни общество; каждый является частью целого, а причинные связи между частями целого не существуют. И индивид, и общество больны или же страдают какими-либо нарушениями. Тем не менее

«человек, по-видимому, рождается с чувством социального и психологического равновесия, столь же острым, как ощущение физического равновесия. Каждое движение,

которое он делает на социальном или психологическом уровне, — это движение в направлении поиска равновесия, установления баланса между личными потребностями и требованиями окружающего его общества. Трудности индивида проистекают не из желания отвергнуть такое равновесие, а из неверных движений, направленных на его поиск и поддержание» (Perls, 1973, p. 27).

Когда, в поисках границы контакта, индивид слишком глубоко вторгается в общество, он становится делинквентной личностью, или преступником. Если же в процессе поиска индивид отступает назад, так что общество слишком глубоко вторгается в него, развивается невроз. Невроз представляет собой защитный маневр против угрозы со стороны внешнего мира. Это попытка сохранить равновесие и саморегуляцию в ситуации, которая складывается не в пользу индивида.

Таким образом, невротическая личность не способна удовлетворить свои потребности и организовать свое поведение в соответствии с иерархией потребностей. Невротическая личность плохо осознает свои потребности, не сможет их разделить и ранжировать, чтобы удовлетворять по очереди. В данном случае не существует очередности осознания потребностей в соответствии с их неотложностью, в окружении не ведется поиск соответствующего удовлетворения, чтобы гештальт завершился и разрушился, освобождая дорогу следующей насущной потребности. Невротическая личность не способна различать объекты и людей, имеющих позитивный катексис, от тех, кто имеет негативный катексис; в результате человек не знает, вступать ему в контакт или отстраняться. Последняя тенденция гораздо сильнее. Таким образом, невроз характеризуется избеганием контакта.

Интроекция, проекция, слияние и ретрофлексия в крайней или патологической форме выступают в качестве защитных механизмов невротической личности. Независимо от основных форм проявления, невроз — это прежде всего нарушение отождествления себя с другим, приводящее к дезинтеграции личности и нарушению координации мыслей и действий. Поведение становится ригидным и компульсивным, а не спонтанным. Усилия невротической личности смещаются от самоактуализации к актуализации представлений о себе, то есть нереалистичных концепций о том, каким надлежит быть. Человек, страдающий неврозом, утрачивает цельность, поскольку его части, не соответствующие представлениям о себе, отчуждаются. Эти (отсутствующие) части называются «дырами».

Невротическая тревога является базовым, общим симптомом любого невроза. Она проявляется в приступах тревоги, а при отсутствии внешних проявлений может выражаться в возбуждении, беспокойстве и затруднении дыхания. Физиологическими коррелятами возбуждения являются усиленный метаболизм, повышение частоты дыхания и сердечных сокращений. Если возбуждение тормозится или подавляется с помощью искусственного замедления дыхания, возникает нехватка кислорода, которая в свою очередь также ведет к затруднению дыхания. «В состоянии тревоги имеет место острый конфликт между потребностью дышать (преодолеть чувство удушья) и противодействующим ему самоконтролем. **Тревога есть возбуждение в сочетании с неадекватным поступлением кислорода**» (Perls, 1947, p. 77). Невротическая личность тормозит или подавляет возбуждение, поэтому испытывает тревогу.

Вина возникает в том случае, когда вместо контактов с другими посредством взаимодействия на границах возникает слияние между людьми «без признания существующей между ними границы» и «без дискриминации точек различия между ними» (Perls et al., 1951, p. 118). Таким образом, отсутствует различие фигура/фон, отсутствует осознание и контакт. Слияние в результате контакта — явление вполне нормальное. Оно патологично, когда мешает контакту. Здоровое слияние может развиваться между близкими людьми, например в браке, или между старыми друзьями. Когда слияние прерывается, возникает чувство вины или обиды: в первом случае человек считает себя ответственным за случившееся, а во втором полагает, что ответственность лежит на другом (Perls et al., 1951). Кроме того, чувство вины возникает, когда люди не могут усомниться в том, что им навязано, ощущают необходимость это принять, однако не могут ассимилировать. Таким образом, вина представляет собой проекцию обиды (Perls, 1969a).

Нарушение равновесия в поле организм—окружение ведет к неврозу (Perls, 1973).

«Мне представляется, что дисбаланс возникает, когда индивид и группа испытывают

различающиеся потребности и при этом человек не способен определить, какая из них доминирующая. Группой может быть семья, государство, социальное окружение, сотрудники, любое сочетание людей, имеющих в данный момент функциональные взаимоотношения друг с другом. Индивид, который является частью группы, испытывает как одно из первичных психологических влечений потребность в контакте с ней... однако когда в то же самое время он испытывает личную потребность, удовлетворение которой требует отстранения от группы, могут начаться проблемы. В ситуации конфликта потребностей человеку приходится принимать определенное решение. Если ему это удастся... тогда ни он сам, ни его окружение не сталкиваются с тяжелыми последствиями. Однако когда он не может решиться... то не возникает ни хорошего контакта, ни хорошей отстраненности, страдают он сам и его окружение» (р. 28).

Психоз

Невроз — это нарушение функций «Я» (Эго), в то время как психоз — это нарушение функций Ид (Perls et al., 1951). При неврозе существует конфликт в самом «Я» или между потребностями индивида и социума; при психозе человек утрачивает контакт с реальностью, теряет способность отличать фантазии от реальных событий, у него развиваются бред и галлюцинации.

Маниакально-депрессивный цикл включает агрессию. «В маниакальном периоде не сублимированная, дентально заторможенная агрессия не ретрофлексируется как при меланхолии, а направляется во всей своей мощи против мира. Частым симптомом циклотимии является дипсомания, которая, с одной стороны, проявляется пристрастием к бутылке, а с другой — является средством саморазрушения» (Perls, 1947, р. 133).

В параноидном характере **«важнейшую роль играет подавленное отвращение»** (Perls, 1947, р. 113). При **параноидной агрессии** предпринимается «попытка переварить проекции», которые переживаются «не как дентальная агрессия, относящаяся к алиментарной сфере, а как личная агрессия против другого человека или группы людей, служащих экранами для проекций» (Perls, 1947, р. 116). Интроекция является частью **параноидного псевдометаболизма**.

«Здоровый характер выражает свои эмоции и идеи, параноидный характер их проецирует» (Perls, 1947, р. 157). «Параноидный характер демонстрирует то, что называется "псевдометаболизмом"». Материал интроецируется, а не ассимилируется, поэтому представляется чужеродным (так оно и есть), после чего подвергается проекции. Интроекция соответствует «проглатыванию» без предварительной пробы на вкус, чтобы избежать чувства отвращения. Материал нельзя пережевать без возникновения впоследствии рвоты (отвращение). Следовательно, он изгоняется (проецируется). Параноидная личность агрессивно воспринимает внешний материал, который в действительности является частью собственного «Я». Может возникнуть повторная интроекция, тогда весь процесс снова повторяется.

Каждая параноидная личность характеризуется комплексом неполноценности/ манией величия. **«В период интроекции, отождествления с фекалиями параноидный характер ощущает себя грязью; во время проекции, отчуждения, он чувствует свое превосходство и смотрит на мир, как на грязь»** (Perls, 1947, р. 170). Невроз навязчивых состояний в основе своей имеет психотическое (параноидное) ядро. Постоянное мытье рук призвано побороть ощущение грязи.

Терапевтический процесс

Цели

«Человек, способный жить в контакте с обществом, не будучи проглоченным и не отстраняясь от него полностью, может считаться хорошо интегрированным... Такой человек

способен сознавать границу контакта между собой и обществом, может дать кесарю кесарево и оставить себе свое собственное. Целью психотерапии является создание таких людей» (Perls, 1973, p. 26).

Если патология заключается в нарушении равновесия в организме, «цель каждого вмешательства, психотерапевтического или любого другого, состоит в восстановлении равновесия и оптимального функционирования» (Perls, 1947, p. 69). Стойкий дисбаланс характеризуется разного рода избеганиями, в том числе эмоций и возбуждения, часто в силу тормозящего влияния стыда. Таким образом, терапия неизбежно имеет дело с избеганиями, доводя их до сознания индивида. **«Осознание и способность переносить нежелательные эмоции служит обязательным условием успешного лечения»** (Perls, 1947, p. 179).

Что касается взаимоотношений организма с окружением, цель терапии состоит в восстановлении контакта и нормального взаимодействия, а также в замене аномальных ретрофлексии, интроекции, проекции и слияния на ассимиляцию. «Лишь благодаря восстановлению деструктивного отношения к пище и всему тому, что препятствует цельности индивида, благодаря восстановлению успешной агрессии возможна реинтеграция обсессивной и даже параноидной личности» (Perls, 1947, p. 136).

Если рассматривать патологию как нарушение функции Эго, то целью терапии является восстановление интегративной функции Эго. «Итак, проводя терапию, мы пытаемся, шаг за шагом, помочь индивиду **присвоить** отчужденные части личности, пока человек не станет достаточно сильным для самостоятельного роста» (Perls, 1969a, p. 38). Целостность организма должна быть восстановлена.

Поскольку невроз является прекращением или замедлением роста, терапия этот рост ускоряет. Фокусирование на самоконтроле позволяет индивиду **самоактуализироваться**, не пытаясь актуализировать **представления о себе** (Я-образ). В связи с незрелостью и зависимостью невротической личности от других терапия нацелена на созревание, независимость и переход от внешней поддержки к самостоятельности.

Основой для решения всех этих задач является осознание: **«осознание само по себе может оказать целительное действие»** (Perls, 1969a, p. 16). Здоровый человек «пребывает в тесном контакте с собой и с реальностью» (Perls, 1969a, p. 46). Осознание ведет к саморегуляции организма на основе «мудрости организма» в отличие от «патологии самоманипуляции, контроля окружения и тому подобного, что нарушает этот тонкий организменный контроль» (Perls, 1969a, p. 17). При наличии осознания «организм может работать, исходя из принципа здорового гештальта: всегда возникает наиболее важная незавершенная ситуация, с которой можно справиться» (Perls, 1969a, p. 51). Это происходит во время терапии, поэтому психотерапевту нет нужды глубоко копать, ведь незавершенные ситуации всегда выходят на поверхность.

Терапия, как и сама жизнь, происходит здесь и сейчас. «Все существует здесь и сейчас» (Perls, 1969a, p. 41). Прошлое существует только потому, что представлено в теперешней памяти, а будущее выражается исключительно в ожиданиях и антиципации. Прошлое влияет на индивида, проявляя себя в незавершенных ситуациях.

Процесс

Пациент обращается за терапией, поскольку пребывает в экзистенциальном кризисе: его психологические потребности не удовлетворяются. Так возникает мотивация, однако при этом он испытывает некие ожидания и предпринимает невротические (безуспешные) попытки заставить поработать на себя окружение. Пациент ожидает от психотерапевта поддержки, использует специальные приемы манипуляции, например «надевает маску ребенка-паиньки».

Хотя гештальт-терапия дает пациенту многое из того, что он хочет (исключительное внимание, например), она не дает всего, что пациент ожидает (необходимые, по мнению пациента, ответы, восхищение, похвалу). Таким образом, получая некоторое удовлетворение, пациент также испытывает и фрустрацию.

Гештальт-терапия не проявляет интереса к причинам поведения пациента, которые можно попытаться отыскать в личной истории пациента, его бессознательном, то есть

сновидениях. Она отвергает тезис о первопричине. Кроме того, причины мало что объясняют и могут привести к проекции ответственности. Гештальт-терапия фокусируется на текущих характеристиках поведения пациента, которые сам он не осознает. Неосознанное гораздо шире бессознательного и включает в себя не только материал, который подавляется, но также материал, который никогда не достигал сознания, который стерся или не был ассимилирован; оно «включает навыки, стереотипы поведения, моторные и вербальные привычки, слепые пятна и т. д.» (Perls, 1973, p. 54). Таким образом, осознанное и неосознанное являются продуктами психической, а также сенсорной и моторной деятельности.

Большое значение имеют сновидения, которые отражают попытку отыскать решение очевидного парадокса. Они не подлежат интерпретации психотерапевтом. Напротив, психотерапевт опирается на них, пытаясь помочь пациенту выявить этот парадокс, представленный двумя несовместимыми стремлениями. Все элементы сновидения, объекты и люди, отражают спроецированные и отчужденные части личности, которые предстоит присвоить и интегрировать.

Проблемы невротической личности лежат не в прошлом, а в настоящем. Терапевт должен, следовательно, работать с имеющимися видами поведения и проблемами через развитие осознания здесь и теперь. Разрешение текущих трудностей способствует разрешению остаточных проблем прошлого, которые одновременно являются и текущими проблемами. С помощью терапии пациент учится жить в настоящем, переживая терапевтическую ситуацию здесь и сейчас.

Фокусируясь на текущих проблемах, гештальт-терапия является эмпирической терапией. Пациенту предлагают пережить как можно больше собственных проявлений — жестов, дыхания, голоса и т. д. Переживая способы блокирования, или «прерывания», себя, пациент лучше осознает, в чем, собственно, заключается его самость. Сосредоточение на себе, то есть на человеке, испытывающем переживания или понимание, возлагает на пациента ответственность за чувства, мысли и действия. Пациент начинает осознавать взаимоотношения между чувствами и поведением в разных сферах, приобретая, таким образом, способность интегрировать разрозненные части своей личности, восстанавливать равновесие и соответствующие границы между собой и окружением.

Незавершенные или прерванные дела пациента в прошлом необходимо пережить вновь, а не просто припомнить, чтобы разрешить их здесь и теперь. Разумного объяснения или понимания (инсайта) тут недостаточно. Психотерапевт предлагает пациенту сосредоточиться на каждой конкретной области незавершенного дела. В отличие от свободных ассоциаций в психоанализе, гештальт-терапия придает особое значение концентрации. (Перлз называл свой метод «терапией концентрации», пока не подыскал название **гештальт-терапия**.) Свободные ассоциации ведут к избеганию, полету идей, или «диссоциации». Концентрация подразумевает фокусирование на фигуре, а не на фоне.

Несмотря на присущие пациенту нарушения и замешательство, на первом плане всегда можно разглядеть некое гештальт-образование, пусть даже загрязненное и фрагментарное. Причиной его появления служит тот факт, что оно отражает наиболее насущную в настоящий момент потребность. Как правило, это бывает потребность в безопасности и поддержке со стороны психотерапевта в сочетании с сопротивлением, связанным с сохранением самостоятельности. В безопасной обстановке терапии незавершенные ситуации (или проблемы) могут образовать более четкие фигуры. Концентрация необходима для преодоления сопротивления. Когда каждый элемент незавершенного дела наконец завершен, гештальт также завершается и уничтожается, а пациент готов перейти к другому элементу незавершенного дела. В конце концов удается достичь того, что пациент уже не прерывает себя и процесс ассимиляции/деструкции.

Терапия, таким образом, с помощью фокусирования на признании и осознании интересов и потребностей, пытается восстановить нормальный процесс, благодаря которому эти интересы и потребности могут сформировать фигуру и быть проработаны либо путем поиска их удовлетворения в окружении, либо путем решительного отстранения от них с закрытием гештальта. Следовательно, гомеостаз, или процесс саморегуляции, может быть продолжен без прерывания и аккумуляции незаконченных дел или незавершенных гештальтов. Поскольку целью терапии является не разрешение проблем пациента, а

обучение пациента их разрешению, терапия не является процессом решения проблем. После завершения терапии пациент должен уметь решать собственные текущие проблемы, а также самостоятельно предотвращать, уменьшать или разрешать будущие проблемы.

Проведение и техники

Систематическое описание методов и техник гештальт-терапии отсутствует. Конкретные упражнения представлены в книге «*Ego, Hunger and Aggression*» (Perls, 1947), а также в «*Gestalt Therapy*» (Perls et al., 1951). Вместе с тем поскольку невроз является признаком задержки роста, лекарством должна быть не столько терапия, сколько метод возобновления роста. Именно эту цель преследуют упражнения. Задача состоит в обнаружении своего «Я», что достигается не путем интроспекции, а через действие.

У среднего человека осознание развито недостаточно. Первая половина книги «*Gestalt Therapy*» содержит упражнения, призванные помочь человеку развить осознание своего функционирования как организма и как личности. Первый комплекс упражнений предназначен для всех и направлен на:

- контактирование с окружением с помощью осознания текущих чувств, ощущения противонаправленных сил, концентрации внимания, дифференциации и объединения;
- развитие самоосознания через воспоминания, оттачивание чувства тела, переживание непрерывности эмоций, слушание собственных вербализаций, интегрирующее осознание;
- направление осознания посредством превращения слияния в контакт и изменения тревоги на возбуждение.

Другой комплекс упражнений нацелен на хронические нарушения функционирования организма, его назначение состоит в изменении этих процессов посредством:

- ретрофлексии, путем исследования ошибочного поведения, напряжения мышц, выполнения противоположного действия;
- интроекции, путем интроецирования и процесса еды, и смещения и переваривания интроектов;
- проекции, путем обнаружения проекций и ассимиляции проекций.

Эти упражнения являются неотъемлемой частью терапии.

Особое внимание уделяется уникальным способам, при помощи которых пациенты пытаются манипулировать своим окружением (включая психотерапевта) для получения внешней поддержки. Таким образом, терапия строится в духе импровизации. Методы варьируют в зависимости от пациента и конкретной ситуации, при этом психотерапевт опирается на уже известные техники. «Годится все, что способствует осознанию» (Enright, 1975). Вместе с тем у психотерапевтов имеется некоторое единство, несмотря на различия в методах и стиле. «Вариантов гештальт-терапии столько же, сколько гештальт-терапевтов» (Latner, 1973). Некоторые техники все же можно считать общими, если не сказать, стандартными. Все они направлены на осознание.

Во многих случаях гештальт-терапия проводится в группах либо в форме семинаров, которые предложил Перлз, когда психотерапевт работает с индивидом в условиях группы, или в более традиционной групповой форме, когда психотерапевт обычно уделяет внимание только одному человеку в каждый конкретный момент. В предисловии к книге «*Ego, Hunger and Aggression*» 1969 г. издания Перлз заявляет, что индивидуальная и долгосрочная терапия устарели, а индивидуальные сессии скорее являются исключением, чем правилом. Групповой формат вызвал развитие техник, получивших название «игр» (см. далее примеры).

Роль психотерапевта

Как ни парадоксально это звучит, но психотерапевт не должен оказывать помощь. Однако пациент хочет заручиться его поддержкой. Психотерапевта, оказывающего помощь, пациент побуждает эту помощь наращивать, если же психотерапевт не помогает или не может помочь, пациент дает ему почувствовать себя неадекватным. Помощь означает оказание

поддержки, причем требование пациентом поддержки является его собственной проблемой. Хорошо сформулировал это Гудмен: «Худшее, что вы можете сделать для людей, это помочь им» (Glasgow, 1971). Предоставление помощи не помогает.

Напротив, задача психотерапевта состоит во фрустрации просьб пациента о поддержке и помощи, чтобы пациент сумел выявить собственные ресурсы для разрешения проблем.

«Мы фрустрируем пациента так, чтобы он был вынужден раскрывать собственный потенциал. Мы искусно прибегаем к фрустрации, чтобы заставить пациента искать собственный путь, выявлять собственные возможности, свой собственный потенциал и обнаружить, что **все ожидаемое от психотерапевта он может сделать самостоятельно**» (Perls, 1969a, p. 37).

Энергия, ошибочно направленная на поиск внешней поддержки, может быть использована для самоактуализации, а не для актуализации нереалистичных представлений о себе. Пациент должен понять это самостоятельно; обучение, обусловливание, предоставление информации, толкование не могут сделать это за него.

Пациент противостоит этой фрустрации, избегает «дыр» и отчужденных частей собственной личности. Пациент боится, и у него развивается дефект поля зрения; он не замечает очевидного. Психотерапевт фрустрирует пациента, пока «тот не окажется лицом к лицу со своими блоками, запретами, нежеланием видеть, слышать, обладать силой, властью, самостоятельно обеспечивать свою безопасность» (Perls, 1969a, p. 39).

В тот момент, когда пациент утрачивает способность манипулировать окружением (психотерапевтом), получая помощь извне, и когда он еще не способен вести себя самостоятельно, говорят, что пациент находится **в тупике**. Он заблокирован. Осознание того, **как именно** он заблокирован, само по себе может привести к выздоровлению. Пациент обнаруживает, что тупик в основном является плодом фантазии, что у него всегда было достаточно ресурсов для выхода, однако эти ресурсы не использовались по причине мысленного представления катастрофических последствий.

Вместе с тем задача психотерапевта — создать ситуацию, в которой пациент ощущает принятие и не испытывает угрозы. Фрустрация не связана с враждебностью. Психотерапевт проявляет симпатию, участие в пациенте и фрустрирует его в контексте этой симпатии лишь потому, что это единственный способ оказать реальную помощь.

Психотерапевт создает «безопасную обстановку», в которой пациент может приступать к процессу обретения самостоятельности. Психотерапевт выступает в роли фасилитатора. Психотерапевт является экспертом, направляя процесс попадания пациента в тупик, выхода из него, осознания и обретения независимости. При этом психотерапевт должен быть чутким, наблюдательным, способным получать информацию от пациента по всем каналам коммуникации, особенно в невербальной ее части, поскольку «вербальная коммуникация обычно лжива» (Perls, 1969a, p. 53).

Осознавание здесь и сейчас

Девиз гештальт-терапии гласит: «Я и ты, здесь и сейчас». «Сейчас» — это нулевая отметка между прошлым и будущим, которых в действительности не существует; существует только **сейчас**. Невротическая личность имеет проблемы не столько в прошлом, сколько в настоящем, причем эти проблемы могли проявляться также и в прошлом. Прошлое влияет на поведение только в том случае, если оно представлено в настоящем. Если пациент

«сможет в каждый момент времени **осознавать** себя и свои действия на любом уровне, фантастическом, вербальном или физическом, он увидит, как сам создает себе трудности, поймет, в чем они заключаются, сможет самостоятельно разрешить их в настоящем, в ситуации здесь и сейчас» (Perls, 1973, p. 62).

Будут затронуты также все прошлые проблемы, коль скоро они являются частью текущих. Настоящее, здесь и сейчас, — это собственно терапевтическая ситуация. Пациент проживает свою проблему в интервью. Психотерапевту нет необходимости обращаться к личной истории пациента. Пациенту даже не надо формулировать свою проблему словами, поскольку она неизбежно проявится в невербальном поведении. Пациенту не разрешают говорить «о» проблемах в прошедшем времени или в терминах воспоминаний; пациенту

предлагают пережить их сейчас. Говоря в общем, пациента просят пережить как можно полнее свое дыхание, жесты, чувства, эмоции и голос. Важна выразительная манера, а не содержание переживаний.

«Вслушайтесь в то, что говорит вам голос, поза, образ. Если у вас есть уши, вы узнаете о другом человеке все. Не надо слушать, **что** говорит другой человек: слушайте звуки... Живой голос, жесты, поза, выражение лица, психосоматический язык... Если воспользоваться глазами и ушами, можно понять, как выражает себя тот или иной человек» (Perls, 1969a, pp. 53-54).

Пациенту следует повторять основное предложение: «Сейчас я осознаю». Обязательно использование настоящего времени. Возможны следующие варианты вопроса: «Что вы осознаете сейчас?», «Где вы сейчас?», «Что вы видите? чувствуете?», «Что вы делаете рукой? ногой?» или «Осознаете ли вы, что вы сейчас делаете своей...?», «Что вы хотите?», «Чего ждете?».

Задача психотерапевта — привлечь внимание пациента к его поведению, чувствам, переживаниям, не давая им интерпретации. Задача состоит в том, чтобы выяснить как, а не почему — как пациент мешает собственному осознанию незавершенного или прерванного дела, «дыр», или недостающих частей личности, отвергаемых или диссоциированных ее аспектов. Осознание нельзя вызвать силой; формирование гештальтов — процесс автономный. Таким образом, если пациент сопротивляется работе с материалом, к которому привлекает его внимание психотерапевт, не следует его подталкивать. Придут другие времена, когда пациент будет готов к такой работе.

Само по себе осознание может оказаться целительным, поскольку ведет к контакту с незавершенными делами, которые могут быть завершены. Цель всех техник гештальт-терапии, а не только метода здесь и сейчас, — пробудить в пациенте осознание, чтобы он мог интегрировать отчужденные части своей личности.

Пробуждение у пациента ответственности

Реакции пациента на вопросы об осознании, как вербальные, так и невербальные, дают информацию о личности в целом; они служат выражением самости. Психотерапевт наблюдает за этими реакциями, задавая дополнительные вопросы. Реакции пациента часто проявляются в форме избегания или встречных вопросов в адрес психотерапевта, они также могут содержать другие указания на попытку избежать ответственности за поведение. «Для него ответственность есть вина, поэтому он боится быть обвиненным, но готов обвинять сам. Он словно говорит: "Я не несу ответственности за свои установки, все дело в моем неврозе"» (Perls, 1973, p. 78). Или пациент проецирует ответственность на других людей, чаще родителей, или ранние переживания. Кроме того, пациенты могут диссоциировать себя от невербальных реакций, говоря о своем теле или его частях «оно», а о его действиях «они».

Психотерапевт требует от пациента изменить формулировку с вопросов на утвердительные предложения, заставляя пациента взять на себя ответственность за них. Психотерапевт предлагает пациенту говорить **я** вместо **оно**, когда речь идет о частях тела и их действиях. «Главная задача психотерапевта — не оставить без внимания ни одного утверждения или вида поведения, которое не отражает самости и свидетельствует о недостатке у пациента ответственности за себя» (Perls, 1973, p. 79). Следовательно, пациента подводят к тому, чтобы он взял ответственность за себя и свое поведение здесь и сейчас, чтобы он лучше осознавал себя.

Работа с драмой и фантазией

Хотя техника улучшения осознания дает хороший эффект, работает она медленно. Психотерапевт может ускорить процесс, вводя ряд других техник, требующих драматической деятельности (принятие ролей) и воображения пациента. Психотерапевт может работать с поведением и переживаниями пациента как в воображаемом, так и в реальном мире. Этот подход особенно полезен, если взаимодействие пациента с реальностью заблокировано. Фантазия с помощью символов отображает реальность в миниатюре, хотя имеет с ней

значимую связь. Фантазия может быть вербализована, записана или отыграна в различных формах с психотерапевтом, другими участниками группы или в процессе **монотерапии**. При монотерапии пациент создает и направляет все действие, сам играет все роли. Фантазия предполагает отыгрывание в терапии невротических тенденций, которые впоследствии могут быть взяты под контроль. Работа с воображением включает ряд различных драматических техник.

На Перлза произвело большое впечатление использование драмы, сам он имел некоторый опыт работы в театре, сотрудничал с Джекобом Морено, создателем психодрамы как метода лечения для госпитализированных пациентов. Вместе с тем, в отличие от Морено, Перлз не вовлекал других в драматическое действие. Напротив, он поручал пациенту самому играть все роли. Используя различные техники и ситуации, он поощрял исполнение ролей пациентом.

Техника челнока. Речь идет о переключении внимания пациента попеременно с одного вида деятельности или переживания на другой. Так, пациент может чередовать говорение и слушание себя. Психотерапевт может облегчить процесс, привлекая внимание пациента к тому, что было сказано и как это было сказано, например с помощью вопроса: «Осознаете ли вы это предложение?»

Кроме того, пациент может переключаться с переживания прошлого опыта в воображении и в ситуации «здесь и сейчас». Переживание вызывает внутренние ощущения, которые, будучи осознаны, заполняют пробелы, связанные с переживанием, и способствуют завершению соответствующего незавершенного дела. Техника челнока частично входит в другие техники, в частности в диалоги нападающий/защищающийся (*topdog / underdog*) и технику «пустого стула».

Диалог нападающий/защищающийся. Невротические конфликты затрагивают противоположные или противостоящие черты или аспекты личности. Когда психотерапевт обнаруживает подобный раскол в личности, он предлагает пациенту провести эксперимент с вовлечением каждой конфликтующей стороны в диалог. Наиболее распространенным является раскол между двумя аспектами, или двумя «я», в личности, называемыми «нападающим» (*top dog*) и «защищающимся» (*underdog*). «Нападающий» соответствует фрейдовскому Суперэго. Он представляет «долженствования», интроецированные индивидом, обычно от родителей. Это праведное, перфекционистское, авторитарное, наказующее и запугивающее образование. «Защищающийся» соответствует Ид, или **инфразго**, по терминологии Перлза. Это нечто примитивное, уклончивое, оправдывающееся по типу «да, но», пассивно саботирующее требования «нападающего» и обычно одерживающее верх. Успех этот, однако, не разрешает конфликта; конфликт может быть разрешен только путем интеграции пациентом двух аспектов своей личности. Процесс интеграции происходит, когда пациент осознает «нападающего/защищающегося», вступая в диалог, в котором он попеременно выступает от имени того и другого.

Пустой стул. Одной из наиболее распространенных гештальтистских техник является **пустой стул**. По сути дела, это метод фасилитации ролевого диалога между пациентом и другими людьми или между частями личности пациента. Эта техника обычно используется в групповой ситуации. Два стула ставят друг напротив друга: один соответствует пациенту или одному из аспектов его личности (например, «нападающему»), а другой соответствует другому человеку или противостоящей части личности (например, «защищающемуся»). Меняя роли, пациент пересаживается с одного стула на другой.

Психотерапевт может ограничиться наблюдением за диалогом или рекомендовать пациенту, когда следует пересесть на другой стул, предлагать варианты ответов, привлекать внимание пациента к сказанному и к тому, как это было сказано, или же просить пациента повторить или усилить слова или действия. В процессе такой работы пробуждаются эмоции и конфликты, возникают и разрешаются тупики, может произойти осознание и интеграция полярностей, или расколов, внутри пациента, между пациентом и другими людьми, между желаниями пациента («защищающимся») и социальными нормами (представленными «нападающим»).

Техника пустого стула часто используется в групповой ситуации, когда психотерапевт работает с участником группы один на один. Человек, с которым проводится работа, занимает

«горячий стул» и садится напротив пустого стула перед группой.

Замешательство

В книге «*The Gestalt Approach and Eyewitness to Therapy*» (Perls, 1973) Перлз описывает технику работы с замешательством, не приводя показания к ее использованию. Всем пациентам свойственно замешательство, которое проявляется в колебаниях между контактом и отстраненностью, последняя представляет действительную потребность невротической личности. Поскольку замешательство — чувство неприятное, пациент пытается избавиться от него путем избегания, заглушения, многословия и фантазирования. В терапевтической ситуации все это выглядит как «обесцвеченное моторное поведение» (*faded motoric behavior*). Психотерапевт должен помочь пациенту осознать, выдержать и пережить это замешательство. Если не избегать замешательства, не прерывать его, а позволить развиться, оно трансформируется в чувство, которое можно пережить и предпринять адекватные действия. Попытка разумного понимания замешательства, напротив, не разрешает его, а прерывает, преждевременно прекращает его развитие.

Затуманенность (*blankness*) является коррелятом замешательства. Пациент не может создать четкого мысленного образа; в его воображении все находится как в тумане. Если пациент выдержит такое состояние, все очистится и сформируется четкий образ. Еще одним проявлением замешательства может быть густая пелена или чернота, подобная черному бархатному занавесу. Пациенту можно предложить мысленно распахнуть занавес, за которым обычно находится то, что пациент пытается скрыть. Смущение можно преодолеть также с помощью «ухода в плодотворную пустоту», что является мрачным переживанием, сходным с гипнагогическими галлюцинациями перед засыпанием. Это может привести к «ага!»-переживанию, когда смущение трансформируется в ясность.

Работа со сновидениями

Фрейд говорил о сновидении как о прямом пути в бессознательное. Перлз полагал, что это прямой путь к интеграции. Если психоаналитик работает с ассоциациями к отдельным элементам сновидения и дает им интерпретацию, то гештальт-терапевт пытается заставить пациента повторно пережить сновидение в настоящем, в терапевтической ситуации, включая его отыгрывание. Интерпретации не даются, поскольку они ведут лишь к интеллектуальному пониманию. Давать интерпретацию поручают самому пациенту. «Чем больше вы воздерживаетесь от вмешательства и сообщения пациенту о том, на кого он похож и как он себя чувствует, тем больше оставляете ему шансов открыть себя самого, а не быть введенным в заблуждение вашими концепциями и проекциями» (Pagan & Shepherd, 1970, p. 29).

Сновидение отражает или содержит в той или иной форме незавершенную, не ассимилированную ситуацию.

«Сновидение представляет собой экзистенциальное сообщение. Это больше, чем незавершенная ситуация; это больше, чем неисполненное желание, это больше, чем пророчество. Это сообщение от вас вам, той вашей части, которая слушает. Сновидение, вероятно, является наиболее спонтанным самовыражением человека» (там же, p. 27).

Разные его части есть проекции разных и конфликтующих сторон самости. В принципе сновидение содержит все необходимое для исцеления, если понять и ассимилировать все его части. «Здесь есть все... Мы находим в сновидении все, что нам требуется... Понимание сновидения означает осознание, когда вы избегаете очевидного» (Perls, 1969a, p. 70). Формы меняются, однако в каждом сновидении по-прежнему есть все. «Сновидение есть концентрированное отражение нашего существа» (там же, p. 147).

Сновидения выявляют недостающие части личности и методы избегания, которыми пользуется пациент. Пациенты, не запоминаящие сновидений (всех сновидений), отказываются взглянуть на свои проблемы; они «**думают**, что заключили сделку с жизнью» (Perls, 1969a, p. 120). Таким пациентам предлагают обратиться к ускользнувшим сновидениям: «Сны, где вы?»

При работе со сновидением пациента просят сыграть роль разных людей и объектов. В процессе игры пациент отождествляет себя с отчужденными частями своей личности и интегрирует их. Затруднения при игре или отказ означают, что пациент не желает присвоить или получить назад свои отвергнутые части. Облегчает процесс использование техники пустого стула, когда пациент пересаживается со стула на стул при взаимодействии с героем сновидения, объектом или частью себя.

Домашнее задание

«Мы просим всех своих пациентов попробовать выполнить те или иные домашние задания, причем многим удается за счет этого заметно ускорить процесс терапии» (Perls, 1973, p. 82). Вместе с тем не все пациенты способны выполнить домашние задания, причем иногда они готовы приложить немалые усилия, чтобы этого избежать. Домашнее задание заключается в том, что пациент заново переживает сессию, представляя себя в терапевтической ситуации. Если почему-либо это дается с трудом, надо постараться выяснить, в чем проблема, может быть, что-то было недосказано на сессии. Если это так, то может ли пациент теперь это сказать? Акцент делается на осознании факта избегания и прерывания самовыражения.

Интеграция

Эти техники (осознание, вручение ответственности, работа с драмой и воображением, замешательство, работа со сновидениями и домашнее задание) применяются не изолированно, путем фокусирования на самих по себе конкретных действиях, чувствах, переживаниях или осознании. Все они направлены на интеграцию цельной личности. В гештальт-терапии основной упор делается на интегрировании, а не на анализе, как в психодинамической терапии. Все, что подверглось проекции, встречает сопротивление, должно быть присвоено, ассимилировано.

Все, отчужденное индивидом, может быть восстановлено, этому служит понимание, игра, представление себя отчужденными частями. Позволив пациенту играть и

«обнаружить, что все это у него имеется (все, что, как он полагает, могут дать ему только другие), мы повышаем его потенциал... Таким образом, в процессе терапии мы пытаемся шаг за шагом помочь пациенту **присвоить** отчужденные части личности, пока он сам не станет достаточно сильным для фасилитации собственного роста» (Perls, 1969a, pp. 37-38).

Интеграцию можно ускорить, если пациент поработает с любой частью своей личности (телом, эмоциями, мышлением или речью), с одной стороны, и физическим и социальным окружением, с другой стороны, поскольку все они взаимосвязаны и существуют в функциональном единстве. Вместе с тем, если работать исключительно с одной из них,

«результаты не распространятся на те сферы, которые не были затронуты. Если придерживаться какого-либо частного подхода в изоляции от других методов, сопротивление прочих компонентов функционирования настолько усилится, что избранный подход перестанет быть эффективным, пока не будут подключены другие виды материала; лишь тогда будет достигнуто «исцеление» в виде нового, более адекватного стереотипа» (Perls et al., 1951, pp. 112-113).

Основное правило психоанализа, что пациент должен высказывать все, что приходит ему на ум, расширяется. Помимо выражения мыслей и эмоций пациент должен выражать все телесные ощущения, причем не только выраженные физические симптомы, но и минимальные ощущения. Кроме того, поскольку пациента заставляют говорить все, пациент подавляет смущение посредством

«уклончивых высказываний на вызывающие смущение темы, сдерживания себя или приглушения эмоций... Нам следует разъяснить пациенту, что не надо подавлять или насиловать свои проявления, что следует непременно сообщать аналитику о каждом случае сознательного сопротивления в форме смущения, стыда и т. п.» (Perls, 1947, p. 74).

Стыд и смущение

«являются основными инструментами подавления... Переживание смущения позволяет вынести подавляемый материал на поверхность... и помогает пациенту принять ранее отвергаемый материал, испытав удивительное облегчение оттого, что стоящие за смущением факты не столь ужасны и даже могут представлять интерес для аналитика... **Осознание нежелательных эмоций и способность их выдерживать являются залогом успешного исцеления**; эти эмоции смогут разрядиться только после того, как станут Эго-функциями. Этот процесс, а не процесс воспоминания, формирует путь к здоровью.» (Perls, 1947, pp. 178-179).

Таким образом, терапия для пациента не является приятным и легким делом. Работа с избеганием болезненна. Как результат, большинство из тех, кто начинает терапию, прекращают ее досрочно. Однако пациент, проявляющий настойчивость,

«усваивает, что трудная работа не обязательно должна быть нудной. Как бы сильно она ни отличалась от его представлений о том, что нужно делать и с чего начать, пациент постепенно начинает ориентироваться в происходящем. Он теперь сознает, что частные симптомы служат лишь поверхностным проявлением более общей и сложной системы нарушенного функционирования, которая лежит в основе симптомов и поддерживает их. Хотя теперь стоящие перед пациентом задачи выглядят грандиознее, а для их решения потребуется заведомо больше времени, чем первоначально предполагалось, работа обретает смысл, а усилия представляются оправданными» (Perls et al., 1951, p. 141).

Психотерапевт более тактично, чем родные и друзья, подводит пациента к необходимости взглянуть в лицо фактам, которых пациент желает избежать. Тем не менее после «медового месяца» возрожденных надежд в начале терапии пациент обычно склоняется к критике терапии и психотерапевта; возникает то, что фрейдисты называют «негативным переносом». Если пациент способен на открытое выражение и обсуждение своей обиды, терапия продолжается и даже ускоряется; если этого не происходит, терапия замедляется, возрастает риск досрочного ее прекращения пациентом.

Осознание направлено на подавленный материал. Однако, в отличие от психоанализа, который фокусируется на восстановлении подавленного, гештальт-терапия делает акцент на самом факте подавления или избегания и формах их проявления. Блокированный импульс проявится сам собой. При **ретрофлексии** импульс, направленный на самого индивида вместо его окружения, адресуется естественному объекту в окружении. Этот процесс нельзя назвать легким или быстрым. Сначала пациент должен осознать ретрофлексию, подавление, подавленный импульс, его принятие, изменение его направления (возможно, после модификации), а также его адекватное выражение. Реинтеграция разрозненных частей болезненна; «она всегда предполагает конфликт, разрушение и страдание» (Perls et al., 1951, p. 166).

В отличие от лечения ретрофлексии, которое предполагает принятие и интеграцию разрозненных частей личности, вмешательство при **интроекции** заключается в «осознании чужеродного для вас материала, обретении избирательной и критичной установки в отношении всего, что вам предлагается, и, главное, в развитии способности "откусывать" и "пережевывать" опыт для извлечения из него пользы» (Perls et al., 1951, p. 191).

Интроекция ведет к формированию Эго, представляющего собой набор неассимилированных черт и качеств, заимствованных у авторитетных фигур без критического осмысления. Осознание привычки заглатывать большими кусками, даже целиком, своей жадности и отвращения — это первый шаг. Далее следует мобилизовать переживание отвращения, прожевав кусочек пищи до полного размягчения; затем надо взять отрывок печатного текста или трудное предложение, тщательно его проанализировать и «пережевать». В процессе терапии все, что было проглочено целиком, должно быть заново пересмотрено, с тем чтобы быть отвергнутым или пережеванным, то есть ассимилированным. Катарсиса недостаточно; пациент должен научиться не прибегать к интроекции. «Проработка» в психоаналитическом понимании возможна в отношении ограниченного набора аспектов поведения.

Если предстоит иметь дело с проекциями, их следует выявить и распознать. Проекции провоцируются нашей речью, склонностью приписывать свое поведение внешним причинам. Процесс отчуждения необходимо повернуть вспять, изменив наш язык и мышление с языка типа **«оно»** (Ид) на ответственное **«Я»**. «Цель заключается в том, чтобы заново осознать свою

креативность и ответственность за окружающую вас действительность — именно ответственность, а не вину, в том смысле, что вы вольны ее сохранить или изменить» (Perls et al., 1951, p. 216). Когда проекции распознаны, их следует принять как аспекты себя, ассимилировать и модифицировать.

Правила и игры. Правила и игры гештальт-терапии обобщены Левицки и Перлзом (Levitsky & Perls, 1970). Правила включают **принцип «сейчас»** (употребление настоящего времени), **«я и ты»** (прямое обращение к человеку, а не обсуждение этого человека с психотерапевтом), **использование Я-высказываний** (замена **оно** на **«Я»**, когда речь идет о теле, его действиях и поведении), **использование континуума осознания** (фокусирование на **как** и **что** опыта, а не на **почему**), **недопустимость сплетен** (прямое обращение к присутствующему человеку, а не комментарии о нем), **просьбу к пациенту переводить вопросы в утверждения**.

Игры — это основные техники, используемые в группах. Коротко охарактеризовать их можно следующим образом.

1. **Игры в диалог.** Пациент играет роли аспектов расщепленной личности и ведет диалог между ними. Эти части включают «нападающего» (Суперэго или долженствования) / «защищающегося» (пассивное сопротивление), агрессивное/пассивное, хорошего парня/скандалиста, мужественность/женственность и т. д.

2. **По кругу.** Пациент развивает общее утверждение или тему (например, «Терпеть не могу всех, кто находится в этой комнате») перед каждым человеком в отдельности, с соответствующими дополнительными комментариями.

3. **«Я беру на себя ответственность».** Пациенту предлагают заканчивать каждое утверждение о себе или своих чувствах высказыванием «и я беру на себя ответственность за это».

4. **«У меня есть секрет».** Каждый человек думает о своем личном секрете, связанном с виной или стыдом и, не делаясь этим секретом, представляет себе, как, по его мнению, отреагировали бы на него окружающие.

5. **Отыгрывание проекции.** Когда пациент высказывает мнение, являющееся проекцией, ему предлагают сыграть роль человека, вовлеченного в эту проекцию, с целью обнаружить скрытый конфликт.

6. **Перестановки.** Пациенту предлагается роль, противоположная его явному поведению (например, быть агрессивным, а не пассивным); ему следует распознать и наладить контакт с латентным, скрытым аспектом себя.

7. **Смена контакта на отстраненность и обратно.** Распознается и принимается естественная склонность к отстраненности, пациенту позволяют временно пережить безопасность отстраненности.

8. **Репетиция.** Поскольку мышление по большей части представляет собой репетиционную подготовку к исполнению социальной роли, участники группы проводят совместные репетиции.

9. **Преувеличение.** Преувеличение также относится к репетиционным играм. Когда пациент произносит важное утверждение обычным тоном, свидетельствующим о недооценке его важности, ему предлагается повторить это утверждение снова и снова, повышая громкость и делая на нем акцент.

10. **«Можно мне подсказать вам предложение?»** Психотерапевт предлагает пациенту повторить определенное предложение, которое, по мнению психотерапевта, отражает нечто важное для пациента, чтобы пациент мог примерить его на себя. Часто сопровождается интерпретацией.

Продолжительность и область применения

Продолжительность. Гештальт-терапия может проводиться в форме индивидуального вмешательства. Она также может использоваться в группах — на семинарах или в формате групповой терапии. При индивидуальной терапии сессии, как правило, происходят раз в

неделю; при групповой терапии сессии обычно длятся в течение двух часов (тоже раз в неделю); в условиях семинара вмешательство может продолжаться в течение целого дня и даже уик-энда (Simkin & Yontef, 1984). При гештальт-терапии могут одновременно использоваться индивидуальная и групповая формы лечения.

Область применения. Гештальт-терапия используется при лечении широкого спектра проблем и состояний, включая супружеские проблемы, психосоматические расстройства, неврозы и даже расстройства характера и психозы. Однако «работа с психотическими, дезорганизованными людьми и пациентами с другими тяжелыми нарушениями более трудна и требует "осторожности, чуткости и терпения"» (Yontef & Simkin, 1989, p. 346). Кроме того, поскольку осознание является важнейшей предпосылкой успеха терапии, «желающие избавиться от симптомов без работы по осознанию, возможно, являются более подходящими кандидатами для поведенческой модификации, лекарственной терапии, биологической обратной связи и т. д.» (Yontef & Simkin, 1989, p. 338).

Примеры из практики

Эти примеры взяты из демонстрационных семинаров, которые составляли основное поле деятельности Перлза в терапии. Эти семинары не были терапевтическими группами; они проводились для подготовки специалистов. Участники выражали готовность «работать с» Перлзом на индивидуальной основе. Группа привлекалась лишь в тех случаях, когда доброволец приходил к терапевтическому осознанию и ему предлагалось выразить его во взаимодействии с другими участниками процедуры или игры под названием «по кругу». Приведенные далее случаи заимствованы из книги «*Gestalt Therapy Verbatim*» (Perls, 1992, pp. 101-103, 298-306).

«Линда»

Линда. Мне приснилось, что я видела... озеро... пересыхающее, с маленьким островком посередине, и круг из дельфинов — эти существа выглядели как дельфины, но они еще умели стоять. То есть это были дельфины, похожие на людей, они образовали круг, словно во время религиозной церемонии, это было грустно — мне было грустно оттого, что им трудно дышать. Они словно танцевали по кругу, но вода, их родная стихия, постепенно уходила. Она умирала, как умирают живые существа. Дельфины были в основном самками, но было несколько самцов, однако они не проживут достаточно долго, чтобы вырастить потомство, их среда обитания умирает. Один из дельфинов сидит рядом со мной, мы разговариваем, у него на животе иглы, как у дикобраза, они выглядят чужеродными. Мне приходит в голову мысль о том, что в пересыхании озера есть и положительный момент; по крайней мере, на дне можно найти то, что когда-то уронили в озеро, какие-нибудь сокровища, монеты. Я внимательно исследую дно, но нахожу только старый номерной знак... Такой вот сон.

Фриц. Не могли бы вы сыграть номерной знак?

Л. Я старый номерной знак, лежащий на дне озера. Я никому не нужен, потому что не имею ценности, хотя я вовсе не ржавый, я устарел, поэтому не могу больше быть номерным знаком... меня выбросили в кучу мусора. Вот что я сделала с номерным знаком, я выбросила его в кучу мусора.

Ф. Итак, что вы ощущаете в связи с этим?

Л. (тихо) Мне это не нравится. Мне не нравится быть номерным знаком, бесполезным номерным знаком.

Ф. Не могли бы вы немного об этом рассказать? Это был такой длинный сон, только в конце вы нашли номерной знак. Я уверен, что это чрезвычайно важно.

Л. (вздыхает) Бесполезный. Устаревший... Назначение номерного знака — разрешение пользоваться машиной... а я не могу никому дать такого разрешения, потому что устарел... В Калифорнии их просто заклеивают, берут наклейку и закрепляют ее на машине или на старом номерном знаке. Возможно, кто-то прикрепит меня на машину и закроет наклейкой...

Ф. Ладно, изобразите озеро.

Л. Я озеро... Я пересыхаю и исчезаю, уйду в землю... (с некоторым удивлением)

умираю... но когда я уйду в землю, я становлюсь ее частью; возможно, я орошаю прилегающую местность, чтобы... даже в озере, в моей колыбели могли расти цветы (*вздыхает*)... Новая жизнь может расти из меня (*всхлипывает*)...

Ф. Вы получили экзистенциальное сообщение?

Л. Да (*печально, но с убеждением*). Я могу рисовать — могу творить — могу создавать красоту. Я не могу объяснить точнее, я как дельфин... но я... я... хочу сказать, что я **пища**... я... Как вода орошает... я питаю землю, даю жизнь. Вода — всему нужна вода, земля, а также... воздух и солнце, и я, вода из озера, я играю большую роль, я питаю.

Ф. Вы замечаете разницу: вроде бы вы обнаружили некий артефакт, номерной знак, себя искусственную, но заглянув глубже, вы обнаружили, что кажущаяся смерть озера в действительности — залог плодородия...

Л. И мне не нужен номерной знак, или разрешение, лицензия, чтобы...

Ф. (*Мягко.*) Природа не нуждается в номерном знаке, чтобы расти. Вам не обязательно быть бесполезной, если вы полны творческой энергии, то есть участвуете в процессе жизни.

Л. И мне не требуется разрешения на то, чтобы быть креативной.... Благодарю вас.

Джейн

Джейн: Сон, о котором я рассказывала в прошлый раз, мне его никак не закончить, мне кажется, что заключительная его часть не менее важна, чем первая. Я остановилась на том, что попала в Туннель Любви...

Фриц: Что вам мешает? (*Джейн чешет ногу.*)

Д. Гм (*прочищает горло*). Я просто посижу немного, чтобы вернуться сюда. Трудно одновременно испытывать это чувство и рассказывать о нем... Теперь я на перепутье, я думаю о двух вещах: следует ли мне работать над сновидением или лучше поработать над моей привычкой щипать себя. Я пощипываю свое лицо и... Лучше я вернусь к сновидению. Итак, я в Туннеле Любви, где-то слева мой брат, здесь большое помещение, оно окрашено в цвет... в такой цвет были окрашены классные комнаты в моей школе, серо-зеленый цвет, слева от меня скамейки, как на стадионе. Я смотрю туда, там сидит множество людей. Такое впечатление, что они чего-то ждут. Вокруг одного человека, Реймонда (жениха), собралась толпа. Он разговаривает с этими людьми, что-то им объясняет, они его слушают. Он шевелит пальцами — вот так, жестикулирует. Я удивляюсь, глядя на него. Я подхожу к нему, мне совершенно ясно, что он не желает со мной разговаривать. Ему нравится быть среди этих людей, развлекать их. Я говорю ему, что подожду. Я сажусь на три ...три ряда выше и смотрю вниз, как разворачиваются события. Я ощущаю раздражение, злость, поэтому говорю: «Реймонд, я уйду. Я не собираюсь больше тебя дожидаться». Я выхожу за дверь. Стою некоторое время за дверью. Возникает тревога. Я испытываю тревогу во сне. Я и теперь испытываю тревогу, потому что мне не хочется уходить. Я хочу быть там, с Реймондом. Поэтому я вхожу, я возвращаюсь через дверь....

Ф. Вы пересказываете нам свой сон или выполняете работу?

Д. Пересказываю ли я сон...

Ф. Или выполняете работу?

Д. Я пересказываю сон, однако постойте... это не так.

Ф. Гм. Разумеется, нет.

Д. Я выполняю работу.

Ф. Я дал вам только две альтернативы.

Д. Не могу сказать, что я действительно осознаю, что делаю, разве что физически. Я осознаю, что происходит со мной физически, но не знаю, что делаю. Я не прошу вас говорить мне, что я делаю... просто говорю, что я этого не знаю.

Ф. Я заметил одну вещь: когда вы сели на горячий стул, вы перестали разыгрывать из себя глупую гусыню.

Д. Гм. Я испугалась, когда оказалась здесь.

Ф. Вы умерли.

Д. Ну... я закрыла глаза и погрузилась в себя, я знаю, что не умерла. Если я открою глаза и «сделаю работу», тогда я умерла... Я сейчас во взвешенном состоянии, интересно, умерла я или нет. Я отмечаю, что мои ноги стали холодными. Руки тоже похолодели. У меня

странное ощущение... я где-то витаю. Я... не в своем теле и я не с группой. Я отмечаю, что мое внимание приковано к маленькой коробке спичек на полу.

Ф. Хорошо. Давайте встретимся с коробкой спичек.

Д. Сейчас, я перестану смотреть на вас, потому что... я не понимаю, что происходит, не знаю, что делаю. Я даже не знаю, говорю ли я правду.

Ф. Что отвечает коробка спичек?

Д. Мне все равно, говоришь ли ты правду. Это мне безразлично. Я просто коробка спичек.

Ф. Примерьте это на себя. Скажите нам: «Я просто коробка спичек».

Д. Я просто коробка спичек. Я чувствую себя глупой, когда произношу это. Это глупо быть коробкой спичек.

Ф. Гм.

Д. Полезно, но не очень. Таких, как я, миллионы. Вы можете смотреть на меня, я могу вам нравиться, но, используя все спички, вы можете выбросить меня. Мне никогда не нравилось быть коробкой спичек... Я... Я не знаю, правда ли это, когда говорю, что не знаю, что делаю. Я уверена, часть меня знает, что я делаю. Я подозреваю... постойте. Я не чувствую себя расслабленной. Теперь я пытаюсь понять, почему за две секунды, которые потребовались на то, чтобы занять горячий стул, я так изменилась... Возможно, оттого... что я хотела поговорить с Джейн на том стуле.

Она заявляет (*авторитетно*): что же, **ты** знаешь, где находишься. Ты разыгрываешь из себя дурочку. Ты делаешь это, ты делаешь то, ты втягиваешь в это людей и ты (*громче*) не говоришь правды! Ты заиклилась на этом и ты мертва...

А когда я **здесь**, я тут же... Джейн, которая здесь, сказала бы (*тихим, дрожащим голосом*)... сейчас, сидя на этом стуле, я вынуждена защищаться. Мне кажется, я должна себя защищать. И я знаю, что это неправда... Кто же тебя щиплет? **Та** Джейн меня щиплет.

Ф. Да.

Д. Она говорит... Она говорит (*быстро*): теперь, когда ты сидишь на стуле, тебе надлежит быть здесь и сейчас, ты должна сделать все **правильно**, ты должна все знать.

Ф. «Ты должна сделать свою работу».

Д. Ты должна сделать свою работу и сделать ее **правильно**. И еще ты должна... Главное, ты должна полностью самоактуализироваться, тебе следует избавиться от всех своих слабостей, и, кроме того... не обязательно, но желательно, чтобы по ходу дела ты была забавной. Постарайся подать все так, чтобы люди не скучали и не уснули, потому что это заставляет тебя тревожиться. И ты должна **знать**, почему оказалась на этом стуле. Ты не можешь выйти просто так, не зная зачем. Тебе следует знать **все**, Джейн.

Ты сильно осложняешь мне жизнь. Мне трудно. Ты предъявляешь ко мне чрезмерно высокие требования... я не могу знать все. И это трудно сказать. Я не знаю всего, более того, мне неизвестно, что я делаю половину времени... Я не знаю. Я не знаю, правда ли это. Я даже не знаю, ложь это или нет.

Ф. Это опять был ваш «нападающий».

Д. Это действительно?..

Ф. Ваш «нападающий». Знаменитый «нападающий». Праведный «нападающий». В нем ваша сила.

Д. Да. Ну... я твой «нападающий». Ты не можешь без меня жить. Я тот, который... Я слежу за тобой, Джейн. Я слежу за тобой. Если бы не я, кто бы за тобой следил? Тебе следует проявить больше благодарности за то, что я существую.

Но я не хочу, чтобы за мной следили, **ты** хочешь. Ты хочешь, чтобы за тобой следили. Я не хочу, не хочу... Я не хочу, чтобы за мной следили столь пристально, как это делаешь ты.

Ф. Я бы хотел, чтобы вы напали на праведность «нападающего».

Д. Напасть... на праведность.

Ф. «Нападающий» всегда прав. «Нападающий» **знает**, что вам надо делать, имеет право критиковать и т. д. «Нападающий» ноет, пристаёт, вынуждает вас защищаться.

Д. Да... Ты сволочь! Ты как моя мать. Ты знаешь, что для меня лучше. Ты... ты **осложняешь** мне жизнь. Ты велишь мне делать то и это. Ты велишь мне быть... **реальной**.

Ты приказываешь мне самоактуализироваться. Ты заставляешь меня... говорить правду.

Ф. Теперь, пожалуйста, не переставая двигать руками, расскажите нам, что происходит с ними.

Д. Моя левая рука...

Ф. Пусть руки поговорят между собой.

Д. Моя левая рука. Я дрожу, я сжата в кулак, напряжена и *(голос прерывается)* словно... кулак сжат слишком сильно, ногти... вонзаются в руку. Это неприятно, но я часто так делаю. Я ощущаю напряжение.

Ф. А правая рука?

Д. Я держу тебя за запястье.

Ф. Расскажите, зачем вы это делаете.

Д. Если я отпущу тебя, ты... ты стукнешь кого-нибудь. Не знаю, кого или что ты ударишь, но ты не должна этого сделать... поэтому я держу тебя. Ты не можешь крушить все вокруг.

Ф. А теперь стукните вашего «нападающего».

Д. *(короткий резкий крик)* Вот тебе!

Ф. Теперь скажите своему «нападающему»: «перестань ныть».

Д. *(громко, с болью)* Оставь меня в покое!

Ф. Еще раз.

Д. Оставь меня в покое!

Ф. Еще.

Д. *(кричит и плачет)* **Оставь меня в покое!**

Ф. Еще.

Д. *(выкрикивает)* ОСТАВЬ МЕНЯ В ПОКОЕ! Я НЕ ДОЛЖНА ДЕЛАТЬ ТО, ЧТО ТЫ МНЕ ВЕЛИШЬ! *(Плачет.)* Я не должна быть хорошей!.. Я не должна сидеть на этом стуле! Я **не должна**. Ты меня заставляешь. Ты заставил меня сюда прийти! *(Вскрикивает.)* Ах! Ты вынуждаешь меня щипать лицо *(плачет)*, это все ты *(кричит и плачет)*. Ах! Мне хочется тебя убить.

Ф. Скажите это еще раз.

Д. Мне хочется тебя убить.

Ф. Еще.

Д. Мне хочется тебя **убить**.

Ф. Вы можете убить его левой рукой?

Д. Он ростом с меня... Я душу его.

Ф. Хорошо. Скажите еще раз: «Я душу...»

Д. *(тихо)* Я тебя задушу... хватаю тебя за шею. Хрр. *(Фриц протягивает ей подушку, которую она сдавливает, издавая звуки.)* Рр. Как тебе нравится **это!** *(Звуки сдавленных криков и плача.)*

Ф. Издавайте больше звуков.

Д. Хрр! Ахх! Ррр! *(Она продолжает мять подушку, плачет и выкрикивает.)*

Ф. Отлично. Расслабьтесь, закройте глаза... *(Продолжительное молчание. Мягко.)* Хорошо. Возвращайтесь к нам. Вы готовы?.. Теперь вы опять «нападающий»....

Д. *(слабо)* Ты не должна была этого делать. Я накажу тебя за это... Я накажу тебя за это, Джейн. Ты пожалеешь, что так поступила. Берегись.

Ф. Теперь поговорите в таком духе с каждым из присутствующих... Словно хотите отомстить каждому из нас. Обвините каждого в каком-то конкретном проступке... Начните с меня. За что вы хотите меня наказать в качестве «нападающего»?

Д. Я собираюсь вас наказать за то, что вы заставили меня почувствовать себя дурой.

Ф. Как вы собираетесь меня наказать?

Д. *(решительно)* Глупостью. Вы глупее меня.

Ф. Хорошо. Дальше.

Д. Реймонд, я хочу наказать тебя за твою глупость. Я заставлю тебя почувствовать себя ослом... Я заставлю тебя думать, что я умнее, ты будешь чувствовать себя глупцом, а я буду чувствовать себя умной... Я действительно напугана. Я не должна была этого делать *(плачет)*. Это нехорошо.

Ф. Скажите это ему. Поверните наоборот: «Ты не должен был...»

Д. Ты должен... ты не должен был... ты не должен был... ты не должен был делать... ты не должен был быть таким тупым. Ты не должен был разыгрывать из себя тупицу. Потому что это нехорошо.

Ф. Вы опять выполняете работу.

Д. Да, я знаю. Я не хочу этого делать (*плачет*), я... Я знаю, как я тебя накажу (*вздыхает*). Я накажу тебя своей беспомощностью.

Реймонд. За что ты меня наказываешь?

Джейн. Я накажу тебя за любовь ко мне. Вот за что я тебя накажу. Я сделаю так, что тебе будет **трудно** меня любить. Я не стану больше сообщать тебе, когда прихожу и ухожу.

Фриц. «Как ты можешь опуститься до того, чтобы любить такую, как я?», верно?

Д. Правильно.

Ф. Знаю. Как можно любить коробку спичек?

Д. Фергюс, я собираюсь наказать вас за вашу медлительность... физическую и быстроту мысли. Вот что я сделаю... Я попытаюсь возбудить вас, честное слово. Я накажу вас за вашу сексуальную заторможенность. Я заставлю вас считать меня сексуальной. Я заставлю вас чувствовать себя плохо рядом со мной... И я накажу вас за то, что вы притворяетесь, будто знаете гораздо больше, чем на самом деле.

Ф. Что вы испытываете, планируя наказание?

Д. (*оживленно*). Очень странное чувство. Не уверена, что оно возникало у меня раньше, во всяком случае, надолго. Это сродни... это чувство возникало, когда я... когда я мстила своим братьям за плохое со мной обращение. Я стискиваю зубы, представляю себе **самую страшную** кару и чувствую какое-то наслаждение.

Ф. Да. А у меня сложилось другое впечатление; вы не испытывали радости здесь.

Д. Мм.

Ф. Хорошо. Вернитесь назад и вновь побудьте «нападающим», ощутите **наслаждение**, наказывая Джейн. Щипайте ее, мучайте.

Д. Ты единственная, кого я люблю наказывать... Когда ты говоришь слишком громко, я наказываю тебя за это (*без удовольствия*). Когда ты говоришь недостаточно громко, я говорю тебе, что ты заторможена. Когда ты много танцуешь, слишком много, я говорю тебе, что ты хочешь сексуально возбудить окружающих. Когда ты не танцуешь, я говорю тебе, что ты мертва.

Ф. Можете ли вы сказать Джейн: «Я свожу тебя с ума?»

Д. (*кричит*) Я свожу тебя с ума.

Ф. Еще раз.

Д. Я свожу тебя с ума.

Ф. Еще раз.

Д. Я свожу тебя **с ума**... Я привыкла сводить с ума всех, а теперь я свожу с ума **тебя**... (*голос слабеет*) однако это для твоей же пользы. Именно так сказала бы моя мать. «Для твоей же пользы». Я заставлю тебя почувствовать свою **вину**, когда ты поступаешь плохо, чтобы ты этого больше не делала. И похлопываю тебя по спине, когда ты делаешь что-либо стоящее, чтобы ты запомнила и сделала это снова. И я буду мешать тебе жить сегодняшним днем. Я... я программирую тебя, я не позволю тебе жить... сегодняшним днем. Я не позволю тебе наслаждаться жизнью.

Ф. Я бы хотел, чтобы вы использовали это: «Я неумолима».

Д. Я... я неумолима.

Ф. Еще раз.

Д. Я неумолима. Я сделаю все, особенно если кто-то бросит мне вызов. Тогда я заставлю тебя сделать это, Джейн, тебе предстоит завоевать свое место в этом мире.

Ф. Попробуем это. «Тебе предстоит поработать».

Д. (*смеется*) Тебе предстоит поработать. Тебе придется перестать валять дурака... ты и так ничего не делала в течение долгого времени.

Ф. Так. А теперь не меняйте положения тела. Правая рука движется к левой, а левая к правой. Произнесите то же самое, осознавая движение рук.

Д. Ты и так ничего не делала в течение долгого времени. Тебе надо что-то делать. Джейн. Ты должна **быть** чем-то... Ты должна заставить всех гордиться тобой. Ты должна

вырасти, должна стать женщиной, все плохие свои качества следует таить в себе, чтобы никто не заметил, пусть все считают, что ты совершенство, само совершенство. Надо лгать. Я заставлю тебя лгать.

Ф. Теперь вновь уступите место Джейн.

Д. Ты... ты (*плачет*) сводишь меня с ума. Ты щиплешь меня. Мне очень хотелось бы тебя задушить... ах... за это ты меня накажешь. Ты вернешься... и задашь мне жару за это. Почему бы тебе не уйти совсем? Я не буду... Я больше не буду тебе досаждать. Уходи и оставь меня в покое... я не прошу тебя, я приказываю! Пошла прочь!

Ф. Еще раз.

Д. Прочь!

Ф. Еще.

Д. **Убирайся прочь!**

Ф. Смените стул.

Д. Если я уйду, от тебя останется лишь половина! Полчеловека. Тогда ты точно проиграешь. Ты не можешь меня прогнать. Тебе придется придумать, что со мной делать, тебе придется меня использовать... Я бы изменила твое мнение о многих вещах, если было бы нужно.

Ф. А!

Д. Я говорю тебе, что не могу сделать ничего дурного... Я имею в виду, если ты оставишь меня в покое, я не сделаю ничего дурного...

Ф. Хорошо. Передохните немного.

Д. (*закрывает глаза*) Я не могу отдыхать.

Ф. Тогда возвращайтесь к нам. Расскажите нам о своем беспокойстве.

Д. Я по-прежнему не знаю, что мне со всем этим делать. Когда я закрыла глаза, я услышала: «Скажи ей, чтобы она расслабилась».

Ф. Хорошо. Сыграйте теперь **ее «нападающего»**.

Д. Расслабься.

Ф. Пусть она будет «защищающимся», а ты «нападающим».

Д. Тебе ничего не надо делать, никому ничего не надо доказывать (*плачет*). Тебе только двадцать лет! Тебе не обязательно быть королевой...

Она говорит: Хорошо. Я понимаю это. Я знаю это. Я просто **тороплюсь**. **Очень тороплюсь**. Нам предстоит очень многое сделать... и сейчас я знаю, когда я спешу, ты не можешь... когда я спешу, ты не можешь жить этой минутой. Тебе следует... тебе следует торопиться, дни бегут, ты думаешь, что теряешь время или что-то в этом роде. Я **слишком** строга к тебе. Я должна... я должна оставить тебя в покое.

Ф. Мне хотелось бы вмешаться. Пусть ваш «нападающий» скажет: «Я буду относиться к тебе более терпимо».

Д. Да. Я буду... Я буду относиться к тебе более терпимо.

Ф. Скажите это еще раз.

Д. (*мягко*) Мне очень трудно проявлять терпение. Ты это знаешь. Тебе известно, что я нетерпелива. Однако я... я попытаюсь быть с тобой помягче. «Я попытаюсь»... Я **буду** относиться к тебе более терпимо. Когда я говорю это, я топаю ногой и качаю головой.

Ф. Ладно. Скажите: «Я **не буду** терпимо относиться к тебе».

Д. (*легко*) Я **не буду** терпимо относиться к тебе, Джейн! Я **не буду** терпимо относиться к тебе.

Ф. Еще раз.

Д. Я **не буду** терпимо относиться к тебе.

Ф. Еще раз.

Д. Я **не буду** терпимо относиться к тебе.

Ф. Теперь скажите это нам. Выберите нескольких людей.

Д. Ян, я не буду терпимо относиться к тебе. Клэр, я не буду терпимо относиться к тебе. Дик, я не буду терпимо относиться к тебе. Мюриэл, я не буду терпимо относиться к тебе. Джинни, я не буду терпимо относиться к тебе. И к тебе, Джун, я тоже не буду терпимо относиться.

Ф. Достаточно. Как вы себя чувствуете сейчас?

Д. Прекрасно.

Ф. Понимаете, «нападающий» и «защищающийся» пока не вместе. Во всяком случае, стал ясен конфликт; возможно, он **несколько** смягчился.

Д. Мне показалось, когда я работала раньше над сновидением, что конфликт проработан. Я чувствовала себя хорошо. Но я продолжаю... он продолжает... я продолжаю к нему возвращаться.

Ф. Да. Это известная игра в самобичевание.

Д. Я очень хорошо в нее играю.

Ф. Это удастся каждому. Вы делаете это не лучше, чем любой из нас. Каждый думает: «Я худший».»

Заключение и оценка

Заключение. В основе гештальт-терапии лежат два принципа, разработанных Перлзом: это холистический принцип (человек есть организованное целое) и диалектический принцип противоположности, включая принцип гомеостаза. Переживание потребности ведет к нарушению равновесия в организме. Организм как единое целое реагирует в попытке восстановить равновесие, удовлетворяя возникшую потребность. В гештальтистских терминах потребность возникает из фона и становится фигурой. Организм включается в сенсорное и моторное поведение при взаимодействии со своим окружением с целью удовлетворения потребности. Когда потребность удовлетворена, завершая гештальт, гештальт растворяется или разрушается, организм при этом готов к возникновению другой доминантной потребности. Постоянный процесс осознания возникающих потребностей ведет к нарушению равновесия, далее следует агрессивный контакт с окружением и удовлетворение потребности через ассимиляцию, в результате на короткое время устанавливается равновесие, что ведет к росту и развитию.

Нарушение этого процесса вызывает невроз или психоз. Страдающий психическим расстройством индивид не осознает своих потребностей, не способен организовать их в иерархию или не может достичь удовлетворения потребности, поэтому прибегает к патологической интроекции, проекции, слиянию и/или ретрофлексии.

Терапия заключается в возобновлении процесса роста, в осознании пациентом своих неудовлетворенных потребностей, незавершенных дел или неполных гештальтов, так чтобы пациент смог завершить или разрешить их, переходя затем к удовлетворению насущных потребностей. Гештальт-терапия не пытается возродить прошлое с помощью анализа. Незавершенное дело прошлого проявляет себя в настоящем, в частности в невербальном поведении и сновидениях. Таким образом, терапия фокусируется на поведении здесь и сейчас, что ведет к осознанию неразрешенных конфликтов с другими и с собой. По мере осознания пациент обретает способность разрешать конфликты или интегрировать свои отчужденные части.

Оценка. Гештальтистский подход предлагает весьма соблазнительную теорию. Она преодолевает ограниченность психоанализа и интерперсональной теории Салливана, с ее пренебрежением к индивиду. Она идет дальше теорий, которые концентрируются на разуме и интеллекте в ущерб аффекту и эмоциям, а также дальше тех, которые все это учитывают, но не отдают должное физическому телу и моторной деятельности. Теория Перлза вместе с тем не ограничивается последним, как некоторые другие подходы, такие как терапия Райха или биоэнергетика Лоуэна. Концепция целостного организма в его окружении все это включает.

Гештальтистская концепция «Я» как системы границы контакта с окружением и осознания этой границы является важнейшим дополнением психоаналитической концепции Эго. Подчеркнуты различия между актуализацией себя и актуализацией Я-образа. Гештальтистская концепция мотивации — это унитарная концепция, почти идентичная другим подобным концепциям (Combs & Snygg, 1959; Rogers, 1951). Признание того, что потребности возникают в порядке важности для процесса самоактуализации, позволяет преодолеть проблему, с которой столкнулась теория иерархии Маслоу (Maslow, 1969), точно так же, как

это предложил Паттерсон (Patterson, 1964). Подобно клиент-центрированному подходу, гештальт-терапия феноменологична по своей ориентации. Она признает, что человек создает субъективный (и фактически реальный) мир в соответствии со своими интересами и потребностями. На самом деле значение имеет не внешняя, а только внутренняя реальность.

Еще одним сходством с клиент-центрированным подходом служит параллель между саморегуляцией организма и роджерсовской концепцией целостной реакции организма на феноменальное поле. Существует также параллель с роджерсовской концепцией полностью функционирующего человека, открытого всем переживаниям, способного отразить эти переживания в осознании, а также способного переживать себя как локус оценивания, когда процесс оценивания происходит в самом организме, а не в окружении. Разработанная Перлзом концепция интроекции ценностей («нападающее» Эго) обладает сходством с роджерсовской концепцией неконгруэнтности как результата смены местоположения локуса оценки, который в детстве располагался в самом индивиде, но под влиянием чужих (родительских) представлений о ценности сместился вовне. Наконец, обнаруживается близкое сходство целей клиент-центрированной терапии и гештальт-терапии: осознание у клиента, ведущее к процессу самоактуализации.

Теория Перлза выглядит довольно привлекательно; мало что в ней можно отвергнуть, мало с чем можно резко разойтись. Можно задать вопрос относительно применения теории: являются ли методы и техники гештальт-терапии обязательными следствиями теории, действительно ли они необходимы и наиболее действенны для достижения целей гештальт-терапии без нежелательных побочных эффектов? Здесь-то и возникают сомнения.

Проблема главным образом возникает в связи с отсутствием систематического анализа гештальт-терапии в той ее части, которая касается связи с теорией. Следовательно, приходится опираться на описание методов, фрагменты сессий и примеры, чтобы понять суть происходящего. Значительная часть этого материала взята из проведенных Перлзом семинаров. Вместе с тем, как указывают Полстеры (Polsters, 1973): «Когда работает мастер, крайне трудно различить, где кончается стиль и начинается теория, поддерживающая этот стиль» (р. 286). Трудно, если вообще возможно, отделить метод от человека, суть от стиля. Перлз был, как он сам признавал, шоуменом. В своей автобиографической книге он писал: «Я чувствую себя лучше всего, когда могу быть центральной фигурой, могу демонстрировать свое умение быстро проникнуть в суть человека и его затруднения» (Perls, 1969b). Перлз (Perls, 1969b) был в высшей степени самоуверенным человеком: «Полагаю, что являюсь лучшим психотерапевтом, занимающимся неврозами, в Соединенных Штатах, а может быть и в мире. Это отдаёт манией величия. Но я действительно готов и желаю подвергнуть свою работу любой исследовательской проверке».

К сожалению, кроме торжественных заявлений, поддержать притязания Перлза нечем. Его короткие демонстрации часто производили сильное впечатление. Они, как и отзывы свидетелей, иногда кажутся чудом, однако нет фактических данных об устойчивости и ценности сильных эмоциональных переживаний участников семинаров. Те, кто знал Перлза и видел его в работе, отдают ему должное как эффективному терапевту. Кемплер (Kempler, 1973), например, писал, что «его умение заключалось в удивительной способности воспринимать поведение и влиять на него. Его собственное поведение было провокационным, вызывающим и вселяющим воодушевление. У людей после встречи с ним нередко возникало ощущение большей цельности». Однако сам Перлз явно сомневался в собственной эффективности. Сразу же после утверждения о своей эффективности как психотерапевта, он отмечает: «В то же время я вынужден признать, что не могу исцелить всякого, что так называемые чудесные исцеления хотя и зрелищны, но не многого стоят с экзистенциальной точки зрения» (Perls, 1969b).

Шеферд (Shepherd, 1970) предостерегал против веры в то, что гештальт-терапия сулит «мгновенное исцеление», на основании порой драматических эффектов во время кратких демонстраций. Пока не ясно, каково происхождение подобных эффектов. По-видимому, воздействие личности Перлза, его репутации, уверенности в себе, техник наряду с установками и ожиданиями участников, или «пациентов», как он их называл, оказывало мощный плацебо-эффект. Кемплер, лично знавший Перлза, писал (Kempler, 1973):

«Ни в коей мере поведение Перлза не может быть названо «Я» (в контексте «я и ты»).

Он был кукольным, манипулятором, руководителем. Всякое предложение Перлзу взглянуть на свое собственное поведение наталкивалось на рекомендацию участнику рассмотреть его собственные мотивы данного предложения. Несомненно, Перлз делал свое дело мастерски, однако всегда чего-то недоставало. Недоставало личности самого Перлза» (р. 280).

Кроме того, следует помнить, что «пациенты», с которыми он работал во время своих демонстраций, были в основном профессионалами. Вероятно, они были людьми, для которых гештальт-терапия наиболее эффективна: «чрезвычайно социализированные, сдержанные, ограниченные люди — часто описываемые как невротичные, фобические, перфекционистские, неэффективные, подавленные и т. д. — чье функционирование ограничено или непоследовательно, главным образом в силу внутренних ограничений, а радость жизни у них минимальна» (Shepherd, 1970, р. 235); другими словами, это, по сути, «нормальные» люди, однако заторможенные, придавленные своим интеллектом.

Во многих случаях, результаты создавались или провоцировались самим терапевтом, отчасти путем суггестии, а не достигались пациентом спонтанно. Есть что-то искусственное, насильственное в том, что пациенты пытались угадать, чего хочет Перлз, чтобы затем ему повиноваться. Иногда Перлз даже не слушал пациента, а ждал или манипулировал, чтобы проявился раскол, а затем начинал диалог «пустого стула». Это придавало представлению вид технического вмешательства. Перлз избегал трюков и игр, хотя его демонстрации были к ним опасно близки. В своем обзоре избранных публикаций под заголовком «*Gestalt Therapy Now*» Стоун (Stone, 1971) указывал, что «наиболее непривлекательным аспектом терапии Перлза является то, что он и его последователи иногда явно играли людьми, вместо того чтобы играть вместе с ними». Хотя мы не заходим так далеко в своих оценках, психотерапевт действительно зачастую играет с пациентом в игры типа «угадай-ка».

Перлз имел все основания беспокоиться об увлеченности техниками без знания соответствующей теории. Гештальт-терапевтические техники получили широкое распространение, были подхвачены терапевтами без четкой теоретической ориентации или дополнили арсенал других школ, в частности транзакционного анализа Берна. Кемплер (Kempler, 1973) отмечал, что «величайшей опасностью для движения является психотерапевт-трюкач, тактик... Многие ученики, жаждущие научения и искушенные в гимнастике для ума, увлеклись тактикой, выучились противостоять людям с помощью тактических приемов, появившихся с легкой руки Перлза, и считают себя гештальт-терапевтами».

На одном из семинаров Перлза был задан такой вопрос:

«Доктор Перлз, будьте добры, поясните, что такое гештальт-терапия. Вы сказали, что это сродни процессу открытия. Я полагаю, что люди способны подстроиться, чтобы оправдать ожидания психотерапевта. Так, я сижу здесь и наблюдаю за тем, как все друг за другом обнаруживают в себе полярности, конфликт сил, и мне кажется, что я тоже с этим справлюсь. Вместе с тем я не знаю, насколько спонтанным это будет, но уверен, что мне это покажется спонтанным. Вы имеете большой опыт общения с людьми; как вам кажется, мы подстраиваемся под вас или же вы нас открываете? (На что Перлз (Perls, 1969a) ответил: Не знаю)» (рр. 214-215).

Хотя до сих пор наши критические замечания адресовались Перлзу, важно отдавать себе отчет в том, что гештальт-терапевтическая теория и терапия — это не только Перлз, гештальт-терапевты могут сильно различаться в методах своей работы, да и гештальт-терапия, несомненно, претерпела за эти годы заметные изменения. Так, Симкин и Йонтеф (Simkin & Yontef, 1984) утверждают, что

«в практике гештальт-терапии проявляется тенденция к большей мягкости, большему самовыражению со стороны психотерапевта, большему акценту на диалоге, меньшему использованию стереотипных техник,... усиленному использованию группового процесса... пациент имеет больше шансов встретить... мягкую манеру психотерапевта себя вести, большее доверие к феноменологии пациента, более явную работу с психодинамическими темами» (р. 287).

Эта точка зрения недавно подтверждена другими авторами (Rice & Greenberg, 1992).

«Гештальт-терапия также претерпевает любопытные изменения, одно из которых состоит в том, что отношениям «я—ты» придается значения больше, чем использованию техник. Кроме того, проявляется растущий интерес к Я-психологии, признается важность

эмпатии для создания целительного окружения (Yontef, 1981). Интересным достижением представляется развитие... межличностного взгляда в гештальт-терапии» (р. 217).

Итак, относительное невнимание к взаимоотношениям между людьми, присущее раннему гештальтистскому мышлению, переросло в фокусирование на этих взаимоотношениях. По-видимому, это наиболее серьезная модификация гештальт-терапии за последние годы. По нашему мнению, это позитивное изменение.

Гештальтистская теория в настоящее время поддерживается и развивается в США и Европе сетью крупнейших учебных институтов. Например, такие институты существуют в Нью-Йорке, Лос-Анджелесе, Кливленде и Атланте, там обучаются многие из тех, кто хотел бы стать гештальт-терапевтами. Журнал *Gestalt Journal* давно является главным источником статей о гештальт-терапии. Журнал *British Gestalt Journal* начал издаваться в 1991 г. Такие клиницисты, как Эрвин Полстер (Erving Polster, 1987, 1992), Мириам Полстер (Miriam Polster, 1987), Джозеф Зинкер (Joseph Zinker, 1977) и другие (например, Edwin Nevis, 1987) продолжают развивать и достойно представлять гештальтистский подход.

А как насчет исследований эффективности гештальт-терапии? Сам Перлз не делал заявлений о сенсационном успехе гештальт-терапии. На вопрос «Где ваши доказательства?» Перлз ответил в 1951 г.:

«Нашим стандартным ответом будет то, что все наши доказательства вы можете **проверить на себе в терминах вашего собственного поведения**, однако если у вас характер экспериментатора,... это вас не удовлетворит и вы потребуете «объективных данных» вербального толка, прежде чем сделать хотя бы один невербальный шаг процедуры» (Perls et al., 1951, p. 7).

Спустя десятилетия некоторые из этих соображений высказали другие авторы (Yontef & Simkin, 1989): «Гештальт-терапевты неподвластны влиянию... номотетической исследовательской методологии. Ни один статистический подход не скажет конкретному пациенту или психотерапевту, какие методы лучше применить в данном случае. Что годится для большинства, не всегда работает в конкретном случае» (р. 347).

Все же некоторые интересные исследования, посвященные гештальт-терапии, были выполнены, и нам бы хотелось сообщить об их результатах. В частности, наиболее систематическая попытка изучить гештальт-терапию была предпринята Гринбергом, одним из выдающихся современных исследователей. В серии работ (Greenberg, 1979, 1980; Greenberg & Clarke, 1979; Greenberg & Dompierre, 1981; Greenberg & Higgins, 1980; Greenberg & Rice, 1981; Greenberg & Webster, 1982; ср. Greenberg, Rice, Rennie & Toukmanian, 1991) он исследовал влияние диалога «двух стульев» на разрешение конфликта. «Эти исследования показали, что диалог "двух стульев" оказался более эффективным, чем использование эмпатической рефлексии для фасилитации разрешения конкретных конфликтов, если судить по глубине переживаний на сессии и постсессии сообщений клиента, а также по достижению цели» (Greenberg, 1984, pp. 102-103).

Гринберг (Paivio & Greenberg, 1992; Singh & Greenberg, 1992) и другие (например, Beutler et al, 1987) также изучили влияние диалога «пустого стула» на работу с незавершенными делами. «Хотя требуются дальнейшие исследования, собранные на данный момент сведения подтверждают, что использование экспрессивного метода "пустого стула"... обнадеживает, во всяком случае при депрессии и для разрешения стойких негативных чувств к значимому другому» (Greenberg, Elliott & Lietaer, 1994, p. 529). Все эти исследования достаточно надежны и показывают ценность методов «двух стульев» и «пустого стула» для терапии.

За исключением Гринберга, нам неизвестны другие попытки систематического исследования гештальт-терапии. Мы также не осведомлены о том, проводится ли какая-либо работа по оценке эффективности гештальт-терапии в целом. Вероятно, если судить по работам Гринберга, такие исследования должны вскоре появиться.

Каково будущее гештальт-терапии? Как упоминалось ранее, в гештальт-терапии возник интерес к взаимоотношениям, который, скорее всего, сохранится. Несомненно, будут продолжены и расширены усилия по дополнению гештальтистской теории (например, Polster, 1992; Wheeler, 1991), а также усилия по совершенствованию и дополнению гештальт-терапии (см. Rice & Greenberg, 1992). Мы предсказываем сохранение интереса к гештальтистскому

подходу. За последние 10-15 лет этот подход набрал хорошие темпы, институты продолжают готовить гештальт-терапевтов, периодически появляются гештальтистские публикации, предпринимаются попытки совершенствования терапии. Не столь популярная, как в 1960-1970-е гг., гештальт-терапия в настоящее время представляется более стабильной. Если судить о будущем по последним 10-15 годам, можно представить себе, что гештальт-терапия будет развиваться и дальше.

Глава 13. Клиент-центрированная терапия: Роджерс

Подход к терапии, изначально называвшийся «недирективным», а теперь получивший название «клиент-центрированного», наилучшим образом представлен в произведениях его создателя, Карла Рэнсома Роджерса (1902-1987). Роджерс получил степень бакалавра в Университете Висконсина в 1924 г., а степень магистра и доктора философии в Колумбийском университете в 1928 и 1931 гг. соответственно. С 1928 по 1938 г. он работал психологом в департаменте изучения детей Общества по предотвращению жестокого обращения с детьми в Рочестере, был психологом в Рочестере, штат Нью-Йорк, а в 1931 г. стал руководителем департамента. В 1939 г. департамент становится рочестерским Детским психолого-педагогическим центром (*Guidance Center*); Роджерс оставался его руководителем еще год, а затем перешел в Университет штата Огайо на должность профессора клинической психологии, где работал с 1940 по 1945 г. В период 1944-1945 гг. он работал руководителем консультативных служб в Объединенной службе организации досуга войск (*USO*).

В 1945 г. Роджерс стал профессором психологии и исполнительным секретарем Консультативного центра при Чикагском университете. Он уехал из Чикаго в 1957 г. и занял должность профессора психологии и психиатрии в Университете Висконсина. В 1962-1963 гг. он стал сотрудником Центра продвинутых исследований в области поведенческих наук в Стэнфорде, в 1964 г. стал работать в качестве постоянного сотрудника в Западном институте поведенческих наук (*WBSI*) в Ла-Джолла, штат Калифорния. В 1968 г. совместно с другими учеными принял участие в создании Центра по исследованию личности в Ла-Джолла, где и работал вплоть до своей смерти. Он был представителем по клинической психологии в Американском совете профессиональной психологии.

Роджерс является автором ряда книг: «*The Clinical Treatment of the Problem Child*» (1939); «*Counseling and Psychotherapy*» (1942); «*Client-centered Therapy*» (1951); «*On Becoming a Person*» (1961a); «*Freedom to Learn: A View of What Education Might Become*» (1969, revised edition 1983); «*Carl Rogers on Encounter Groups*» (1970); «*Becoming Partners: Marriage and its Alternatives*» (1972); «*Carl Rogers on Personal Power*» (1977); «*A Way of Being*» (1980).

Он также стал соавтором (вместе со Стивенсом) книги «*Person to Person*» (1967). Он редактировал книги «*Psychotherapy and Personality Change*» (1954, совместно с Dymond); «*The Therapeutic Relationship and Its Impact*» (1967, совместно с Gendlin, Kiesler and Truax); «*Man and the Science of Man*» (1968, совместно с Coulson). В журнале «*Person -Centered Review*» (1986) была опубликована хронологическая библиография «*Chronological Bibliography of the Works of Carl R. Rogers 1930-1985*».

В период работы в институте *WBSI* Роджерс включился в групповое движение и распространил свою теорию на группы встреч. Он также интересовался применением своей теории к обучению. Книга «*Becoming Partners: Marriage and Its Alternatives*» (1972) стала результатом его разработок в области супружеских отношений. Публикация «*Carl Rogers on Personal Power*» (1977) способствовала распространению его теории на межличностные взаимоотношения в целом.

В 1977 г. на съезде Американской психологической ассоциации в Сан-Франциско семидесятипятилетняя годовщина Роджерса была отмечена тремя программами специальных докладов. Его работа была отмечена Американской психологической ассоциацией, президентом которой он был в 1946 г., еще в 1956 г., когда Роджерсу была вручена одна из первых трех наград за заслуги перед наукой. В 1972 г. он получил первую награду за выдающийся профессиональный вклад. (Биография Роджерса была опубликована Киршенбаумом (1979).) Киршенбаум и Хендерсон были редакторами собрания сочинений

Роджерса (1989а) и диалогов Роджерса с Полем Тиллихом, Б. Ф. Скиннером, Грегори Бейтсоном, Майклом Полани, Ролло Мэем и другими (1989b). Недавно вышедший том из серии «Ключевые фигуры в консультировании и психотерапии» (*Key Figures in Counselling and Psychotherapy*) был посвящен Роджерсу, его вкладу и влиянию (Thorne, 1992).

Становление и развитие

В период работы в Рочестере Роджерс ощутил неудовлетворенность общепринятыми подходами в психотерапии и занялся развитием собственного подхода. Традиционные, ориентированные на диагностику, проверку и интерпретацию методы себя не оправдывали. Собственный практический опыт в психотерапии нуждался в упорядочении. Взгляды Отто Ранка, привнесенные в работу рочестерской группы обучавшимися у него клиницистами, оказали сильное влияние на развитие психотерапевтических методов Роджерса.

Формирующиеся принципы терапии подвергались критическому осмыслению выпускниками факультета клинической психологии университета штата Огайо, при этом обнаружилось, что идеи Роджерса, неожиданно для него самого, не стали квинтэссенцией традиционных принципов, а положили начало новой оригинальной теории. Работа «*Counseling and Psychotherapy*» (Rogers, 1942) стала попыткой представить новый подход.

Опыт преподавательской и исследовательской деятельности в университетах Огайо и Чикаго, а также непрерывная психотерапевтическая практика увенчались созданием роджерсианского подхода, теоретических представлений о природе терапии и предварительной теории личности. В 1951 г. в книге «*Клиент-центрированная терапия*» (*Client-centered Therapy*, Rogers, 1951) были изложены основные концепции с их применением к игровой терапии (в трактовке Элейн Дорфман), группо-центрированной психотерапии (в трактовке Николаса Хоббса), группо-центрированному лидерству и управлению (в трактовке Томаса Гордона), а также студент-центрированному обучению. Туда же вошла и теория личности и поведения. Позиция Роджерса развивалась и комментировалась во многих докладах и статьях, некоторые из них собраны под одной обложкой в книге «*О становлении человека*» (*On Becoming a Person*, Rogers, 1961a). Теория личности, пересмотренная и расширенная, была представлена в 1959 г. в книге «*Психология: изучение науки*» (*Psychology: A Study of Science*, Rogers, 1959).

В основе теоретических формулировок лежат некоторые базовые убеждения и установки (Rogers, 1959).

1. Исследование и теория направлены на удовлетворение потребности в упорядочении важного опыта.

2. Наука — это точное наблюдение и вдумчивое, творческое мышление на основе этого наблюдения, а не просто лабораторное исследование с использованием инструментов и вычислительной техники.

3. Наука начинается с общих наблюдений, грубых измерений и спекулятивных гипотез и развивается в сторону более точных гипотез и измерений.

4. Язык независимых-смешанных-зависимых переменных, вполне пригодный для продвинутых этапов научного исследования, неприменим на начальных и промежуточных этапах.

5. На ранних этапах исследования и создания теории более целесообразны индуктивные, а не гипотетически-дедуктивные методы.

6. Каждая теория предполагает большую или меньшую вероятность ошибки; теория лишь приближается к истине и требует постоянного изменения и модификации.

7. Истина едина, поэтому «всякая теория, выведенная из практически любого сегмента опыта, при соблюдении условий полноты и точности может быть продолжена до бесконечности, чтобы придать смысл любому другому аспекту опыта» (р. 191). Вместе с тем всякая ошибка в теории, спроектированная на удаленный аспект, может привести к ложным выводам.

8. Несмотря на возможное существование так называемой объективной истины, люди живут в своих собственных личных и субъективных мирах. «Таким образом, не существует

Научных Знаний, это лишь индивидуальное восприятие того, что предстает перед каждым человеком в качестве таких знаний» (р. 192).

Философия и концепции

Природа людей и отдельного человека

Общепринятая концепция гласит, что люди по природе своей отличаются иррациональностью, низкой социализацией, деструктивностью в отношении себя и других. С позиции клиент-центрированного подхода люди, напротив, по сути своей рациональны, социализированы, устремлены вперед и реалистичны (Rogers, 1961a, pp. 90-92, 194-195). Эта точка зрения сформировалась на основе терапевтического опыта, а не предшествовала ему. Антисоциальные эмоции, в частности ревность, враждебность и т. п., существуют и в полной мере проявляются в терапии, однако это не спонтанные импульсы, которые следует контролировать. Напротив, они являются реакциями на фрустрацию базовых влечений к любви, принадлежности, безопасности и т. д. Люди в основе своей готовы к сотрудничеству, конструктивны, достойны доверия, при отсутствии защитной реакции ведут себя позитивно, устремлены вперед. Следовательно, нет необходимости контролировать агрессивные, антисоциальные импульсы; потребности саморегулируются, уравнивая друг друга. Потребность в любви или дружеском общении, например, уравнивает агрессивную реакцию или выраженную потребность в сексуальном общении, а также любые потребности, способные помешать удовлетворению других людей.

Как индивиды, люди обладают способностью к переживанию путем осознания факторов психологической дезадаптации, а также обладают способностью и склонностью перемещаться от состояния дезадаптации к состоянию психологической адаптации. Эти способности и эта склонность будут реализованы во взаимоотношениях, обладающих характерными особенностями терапевтических отношений. Тенденция к адаптации есть не что иное, как тенденция к самоактуализации. Психотерапия, таким образом, служит высвобождению уже существующих у индивида способностей. С философской точки зрения, индивид «обладает способностью руководить собой, регулировать и контролировать себя, при существовании некоторых вполне определенных условий. Только в отсутствии этих условий, то есть далеко не всегда, возникает необходимость осуществлять внешний контроль» (Rogers, 1959, p. 221). Если человеку предоставлены разумные условия для роста, он станет конструктивно развивать свой потенциал, подобно тому как из семян вырастают плоды.

Философская ориентация психотерапевта

Базовая философия психотерапевта представлена установкой уважительного отношения к человеку, его способности и праву на самоопределение, а также к ценности и значимости каждого индивида (Rogers, 1951, pp. 20-22). Ориентация вытекает из этих концепций о человеческой природе.

Определения конструктов

Теория терапии и личности использует ряд концепций, или конструктов. Ниже приводятся их краткие определения (Rogers, 1959, pp. 195-212).

Тенденция к актуализации. «Врожденная тенденция организма к развитию всех своих способностей с целью самоподдержания и самосовершенствования».

Тенденция к самоактуализации. Проявление общей тенденции к актуализации «в той части переживаний организма, которая символизируется в «Я»».

Опыт. Все происходящее в организме в данное время, осознаваемое или потенциально осознаваемое, имеющее психологическую природу; то же самое, что «эмпирическое поле» или «феноменальное поле» Комбса и Снигга (Combs & Snygg, 1959).

Переживать. Испытывать «влияние сенсорных или физиологических событий, которые

происходят в данный момент».

Чувство, переживание чувства. «Эмоционально окрашенное переживание в сочетании с его личностным смыслом».

Осознание, символизация, сознание. Репрезентация некоей части переживаний.

Доступность для осознания. Способность подвергаться свободному представлению в виде символов без отрицания или искажения.

Точная символизация. Потенциальное соответствие символизации в осознании результатам проверки представляемой в виде символов промежуточной гипотезы.

Воспринимать, восприятие. «Гипотеза или прогноз действия, которые осознаются при воздействии на организм стимулов». Восприятие и осознание синонимичны, в первом содержится акцент на действующем в данный момент стимуле. Восприятие есть осознание стимулов.

Подпороговое восприятие. «Различение без осознания».

Переживание себя. «Любое событие или сущность в феноменальном поле, определяемое человеком как «Я», "меня", "сам" или имеющее отношение к «Я»».

«Я», Я-концепция, Я-структура. «Организованный, устойчивый концептуальный гештальт, составленный из восприятия характеристик «Я» и восприятия взаимоотношений «Я» с другими людьми и различными аспектами жизни, наряду с ценностями, связанными с этими ощущениями».

Идеальное «Я». «Я-концепция, которой индивид в наибольшей степени хотел бы соответствовать».

Несоответствие между «Я» и опытом. Расхождение между воспринимаемым «Я» и актуальным переживанием, сопровождаемое напряжением, внутренним замешательством, а также дезорганизованное или необъяснимое (то есть невротическое) поведение, вытекающее из конфликта между тенденциями к актуализации и самоактуализации.

Уязвимость. «Состояние несоответствия между «Я» и опытом» с акцентом на «потенциальном значении этого состояния для создания психологической дезорганизации».

Тревога. «С феноменологической точки зрения это состояние беспокойства или напряжения, причиной которого служит неизвестное. Во внешней системе координат тревога есть состояние, при котором несоответствие между Я-концепцией и общим опытом индивида приближается к осознанию».

Угроза. «Состояние, при котором переживание сознательно или подсознательно воспринимается как неконгруэнтное с Я-структурой; внешняя точка зрения на такое явление, как тревога».

Психологическая дезадаптация. Состояние, при котором организм отвергает или искажает значимое переживание в осознании, что ведет к неконгруэнтности между «Я» и переживанием; неконгруэнтность с социальной точки зрения.

Защита, защитная позиция. «Поведенческая реакция организма на угрозу, цель которой состоит в поддержании существующей структуры «Я»».

Искажение при осознании, отрицание осознания. Отрицание или искажение переживания, не согласующегося с Я-концепцией, благодаря чему достигается цель защиты; защитные механизмы.

Интенциональность. Характеристики поведения индивида, находящегося в защитном состоянии, в частности ригидность, сверхгенерализация, отход от реальности, абсолютная и безусловная оценка опыта и т. д.

Конгруэнтность, конгруэнтность «Я» и переживания. Состояние, при котором Я-переживания точно представлены в Я-концепции, — интегрированное, целостное, подлинное.

Открытость опыту. Отсутствие угрозы; противоположность защитной позиции.

Психологическая адаптация. Полная конгруэнтность; полная открытость опыту.

Экстенциональность. Дифференцированное восприятие, определяемое скорее фактами, чем концепциями, с осознанием пространственно-временного положения фактов и разных уровней абстрагирования.

Зрелый, зрелость. Индивид является зрелым, «когда его восприятие реалистично и экстенционально, он не склонен к защитной позиции, ощущает ответственность за свое

отличие от других, несет ответственность за собственное поведение, оценивает опыт на основании собственных ощущений, изменяет оценку опыта лишь основываясь на новом опыте, принимает других как уникальных, отличных от себя индивидов, ценит других»; поведение, демонстрируемое конгруэнтным индивидом.

Контакт. Минимальная основа отношений, при которых каждый из двух индивидов «вносит воспринимаемое или подсознательно воспринимаемое изменение в экспириенциальном поле другого».

Позитивное отношение. Восприятие некоего Я-переживания другого, которое создает позитивное изменение в своем эмпирическом поле, приводящее к ощущению теплоты, симпатии, уважения и принятия другого человека.

Потребность в позитивном отношении. Вторичная или выученная потребность в любви, расположении и т. п.

Безусловное позитивное отношение. Восприятие Я-переживания другого без различения большей или меньшей ценности; одобрение, принятие.

Комплекс отношений. «Все Я-переживания и их взаимоотношения, которые индивид связывает с позитивным отношением конкретного социального другого».

Позитивное самоуважение. «Позитивная установка к «Я», которая прямо не зависит от установок других».

Потребность в самоуважении. Вторичная или выученная потребность в позитивном самоуважении.

Безусловное самоуважение. Восприятие «Я», «при котором Я-переживания не разделяются на заслуживающие более или менее позитивного отношения».

Условия ценности. Оценивание индивидом своего опыта как позитивного или негативного «исключительно на основании... условий ценности, заимствованных от других, а не потому, что он поддерживает или ослабляет его собственный организм».

Локус оценки. Источник доказательства ценности, внутренний или внешний.

Организмический оценивающий процесс. «Постоянный процесс, при котором ценности никогда не становятся фиксированными, или ригидными, а переживания точно отображаются в символах, постоянно и заново оцениваются с точки зрения организмического удовлетворения»; критерием служит тенденция к актуализации.

Внутренняя система координат. «Вся сфера опыта, доступная для осознания индивидом в данный момент»; субъективный мир индивида.

Эмпатия. Состояние точного восприятия «внутренней системы координат другого вместе с эмоциональными компонентами и смыслами, как если бы человек встал на место другого, не утрачивая, однако, этого условия "как если бы"».

Внешняя система координат. Восприятие «исключительно с позиции своей собственной субъективной системы координат без эмпатии к наблюдаемому человеку или объекту».

Теория личности

Особенности младенца. Младенец воспринимает переживание как реальность; для него переживание **и есть** реальность. Младенец наделен врожденной склонностью к актуализации своего организма. Его поведение направляется целью, то есть направлено на удовлетворение потребности в актуализации во взаимодействии с воспринимаемой реальностью. В этом взаимодействии младенец ведет себя как организованное целое. Переживания оцениваются позитивно или же негативно через организмический оценивающий процесс на основании их вклада в поддержание тенденции к актуализации. Младенец стремится к позитивно оцениваемым переживаниям, избегая оцениваемых негативно.

Развитие «Я». В результате тенденции к дифференциации (которая является аспектом тенденции к актуализации) часть переживаний индивида символизируются в сознании как самоощущение. Через взаимодействие со значимыми другими в окружении самоощущение приводит к Я-концепции, объекту восприятия в эмпирическом поле.

Потребность в позитивном отношении. С осознанием «Я» развивается

потребность в позитивном отношении со стороны других. Удовлетворение этой потребности зависит от взаимодействия с эмпирическими полями других. Взаимное удовлетворение проявляется при взаимодействии с людьми, которые удовлетворяют позитивное отношение индивида, когда индивид воспринимает себя как удовлетворяющего потребность другого. Позитивное отношение значимого социального другого может быть более важно, чем собственный организмический оценивающий процесс.

Развитие потребности в самоуважении. Потребность в самоуважении развивается из ассоциации удовлетворения или фрустрации потребности в позитивном отношении с самоощущением. Переживание утраты позитивного отношения, таким образом, зависит от трансакций с любым социальным другим.

Развитие условий ценности. Самоуважение становится селективным, когда значимые другие разделяют самоощущения индивида на более или менее заслуживающие позитивного отношения. Оценка самоощущения как более или менее заслуживающего самоуважения и составляет условие ценности. Переживание одного лишь безусловного позитивного отношения препятствует развитию условий ценности и ведет к безусловному самоуважению, к конгруэнтности потребностей в позитивном отношении и самоуважении с организмической оценкой, а также к поддержанию психологической адаптации.

Развитие неконгруэнтности между «Я» и опытом. Потребность в самоуважении ведет к селективному восприятию опыта с учетом условий ценности, так что переживания, согласующиеся с присущими индивиду условиями ценности, воспринимаются и точно символизируются в сознании, в то время как переживания, противоречащие условиям ценности, воспринимаются избирательно и искаженно или даже совсем не осознаются. Наличие самоощущений, не организованных в Я-структуру в символизированной форме, ведет к некоторой неконгруэнтности между «Я» и опытом, к ранимости и психологической дезадаптации.

Развитие расхождений в поведении. Неконгруэнтность между «Я» и опытом ведет к неконгруэнтности в поведении, так что некоторые виды поведения согласуются с Я-концепцией и точно представляются в сознании, в то время как другие актуализируют переживания организма, не ассимилированные в Я-структуру, следовательно, не осознаются или подвергаются искажению, чтобы стать конгруэнтными «Я».

Переживание угрозы и процесс защиты. Переживание, неконгруэнтное Я-структуре, подсознательно воспринимается как угрожающее. Если это переживание точно представлено в сознании, оно внесет разногласия и вызовет состояние тревоги. Процесс защиты предотвращает это, приводя общее восприятие переживания в соответствие с Я-структурой и условиями ценности. Последствиями действия защитных механизмов являются ригидность в восприятии, неточное восприятие реальности, а также интенционность.

Процесс распада и дезорганизации. В ситуации, когда значимое переживание говорит о наличии выраженной или существенной неконгруэнтности между «Я» и опытом, процесс защиты не может протекать успешно. Таким образом, тревога переживается с интенсивностью, зависящей от степени угрозы Я-структуре. Переживание точно осознается, в результате развивается состояние дезорганизации. Организм иногда поступает в соответствии с переживаниями, подвергшимися отрицанию или искажению, а иногда в соответствии с Я-концепцией, со всеми ее искаженными или отвергнутыми переживаниями.

Процесс реинтеграции. Для увеличения конгруэнтности необходимо ослабление условий ценности и усиление безусловного самоуважения. Восприятие безусловного позитивного отношения значимого другого является одним из способов выполнения этих условий. Чтобы быть переданным, безусловное позитивное отношение должно существовать в контексте эмпатического понимания. Когда это отношение воспринимается индивидом, это ведет к ослаблению, или растворению, существующих условий ценности. За счет этого усиливается собственное безусловное позитивное отношение индивида к себе, угроза снижается и развивается конгруэнтность. Человек становится менее восприимчивым к восприятию угрозы, менее склонным с защитной позиции, более конгруэнтным, усиливается его самоуважение и позитивное отношение к другим, возрастает психологическая адаптированность. Процесс организмического оценивания постепенно становится основой регуляции поведения, индивид приближается к полному функционированию. Психотерапия,

собственно, заключается в создании таких условий и получении соответствующих результатов.

Теория межличностных взаимоотношений

Условия ухудшения отношений.

«Индивид Y желает вступить в контакт с индивидом X и получать от него сообщения. Индивид X желает (хотя бы в минимальной степени) общаться и быть в контакте с Y. Выраженная неконгруэнтность у X существует между следующими тремя элементами: его переживанием предмета общения с Y; осознанием этого переживания в его связи с Я-концепцией; сознательной экспрессии (вербальной и/или двигательной) этого переживания.»

Процесс ухудшения отношений. В перечисленных выше условиях происходит следующий процесс.

«Коммуникация X и Y противоречива и/или двусмысленна, включает экспрессивное поведение, соответствующее осознанному индивидом X сообщению, а также экспрессивное поведение, соответствующее тем аспектам переживания, которые не были точно осознаны X. Индивид Y переживает эти противоречия и двусмысленность. Он склонен осознавать только сознательную коммуникацию X. В связи с этим переживание им коммуникации индивида X также становится неконгруэнтным осознанию его, и... он реагирует противоречиво и/или двусмысленно... В силу своей ранимости X склонен воспринимать реакции Y, как потенциально угрожающие.»

Следовательно, X склонен воспринимать реакции Y искаженно, конгруэнтно собственной Я-структуре. Кроме того, он неточно, а значит, без эмпатии воспринимает внутреннюю систему координат индивида Y. В результате он не может переживать и не переживает безусловного позитивного отношения к Y. Таким образом, Y переживает в лучшем случае избирательное позитивное отношение при отсутствии понимания и эмпатии. Вследствие этого он менее свободен в выражении своих чувств, менее склонен к экстенциональности и выражению неконгруэнтности между «Я» и опытом, а также не готов к реорганизации Я-концепции. В результате X в свою очередь еще менее склонен к эмпатии и более склонен к защитным реакциям. «Эти аспекты переживания, которые неточно осознаются индивидом X, воспринимаются индивидом Y с защитными искажениями»: таким образом, Y ощущает угрозу и демонстрирует защитное поведение.

Результат ухудшения отношений. Процесс ухудшения отношений ведет к усилению защитной позиции как индивидом X, так и Y. Общение становится поверхностным. Восприятие себя и других тесно связано. Как следствие, неконгруэнтность «Я» и опыта сохраняется или даже усиливается. Психологическая дезадаптация нарастает у обоих участников коммуникации.

Условия улучшения отношений. «Индивид Y' желает вступить в контакт с индивидом X', обмениваться с ним сообщениями. Индивид X' желает общаться и быть в контакте с Y'. Высокая степень конгруэнтности существует у X' между тремя следующими элементами: а) его переживанием предмета коммуникации с Y'; б) символьным осознанием этого переживания в его взаимосвязи с Я-концепцией и в) его выражении этого переживания».

Процесс улучшения отношений. «Коммуникация X' с Y' характеризуется конгруэнтностью переживания, осознания и общения. Y' переживает эту конгруэнтность как ясную коммуникацию. Поэтому его реакция с высокой вероятностью будет выражать конгруэнтность его собственных переживаний с осознанием». Индивид X', конгруэнтный и неранимый, также способен к точному и экстенциональному восприятию реакции Y' с проявлением эмпатии. Индивид Y' ощущает себя понятым и испытывает удовлетворение своей потребности в позитивном отношении. «X' переживает себя как внесшего позитивное изменение в экспириенциальное поле Y'». X' взаимно склонен к усилению чувства позитивного отношения к Y', и это позитивное отношение, скорее всего, окажется безусловным. Испытываемые индивидом Y' отношения характерны для процесса терапии. «В результате коммуникация в обоих направлениях становится все более конгруэнтной, все более точной и содержит больше взаимных позитивных моментов».

Результат улучшения отношений. Налаживание отношений может привести к любым

результатам терапии в рамках этих отношений.

Гипотетический закон межличностных взаимоотношений

«Принимая в расчет минимальное взаимное желание находиться в контакте и обмениваться сообщениями, можно сказать, что чем выше передаваемая конгруэнтность переживания, осознания и поведения со стороны индивида, тем более вероятно, что отношения разовьются во взаимную коммуникацию с аналогичными характеристиками, точное взаимопонимание сообщений, хорошую психологическую адаптацию и функционирование обоих участников, взаимное удовлетворение отношениями» (р. 240).

Концепция конгруэнтности представляется чрезвычайно важной. Конгруэнтность есть точное соответствие физиологического переживания и осознания, а также соответствие того и другого содержанию сообщения. При недостаточной конгруэнтности возникает двусмысленность в коммуникации: слова не соответствуют невербальному сообщению. При неконгруэнтности между переживанием и осознанием неконгруэнтный индивид этого не сознает. Например, человек может не знать о том, что тон его голоса или телодвижения выражают гнев, в то время как, судя по словам, он спокоен и логичен в споре. Неконгруэнтность между осознанием и коммуникацией может быть преднамеренной, если человек неискренен, склонен к обману. Когда человек конгруэнтен, мы знаем его позицию, однако трудно судить о действительных мыслях и чувствах инконгруэнтного человека, с ним трудно общаться. При взаимодействии два конгруэнтных человека способны выслушивать друг друга, не прибегая к защите, эмпатически понимать друг друга, проявлять взаимное уважение — короче говоря, оказывать друг на друга терапевтическое воздействие. Каждый от этого выигрывает, что проявляется в улучшении психологической адаптации, усилении интеграции, ослаблении конфликта, большей зрелости и удовлетворенности отношениями. Каждый из участников коммуникации должен воспринимать адресованные ему сообщения в их первоначальном виде, то есть без искажений или ложных трактовок. Это происходит в той степени, в какой каждый индивид конгруэнтен и не испытывает угрозы.

Теория терапии и личностного изменения

Условия терапевтического процесса. Чтобы терапия состоялась, необходимы следующие условия.

1. Два человека находятся в контакте.
2. Один из них, клиент, пребывает в состоянии неконгруэнтности, ранимости и тревожности.
3. Другой человек, психотерапевт, конгруэнтен в отношениях.
4. Психотерапевт испытывает безусловное позитивное отношение к клиенту.
5. Психотерапевт переживает эмпатическое понимание внутренней системы координат клиента.
6. Клиент воспринимает, во всяком случае в минимальной степени, условия 4 и 5.

Процесс терапии. Наличие вышеперечисленных условий приводит к процессу со следующим характеристиками.

1. Клиент все более свободно начинает выражать свои чувства через вербальные и/или моторные каналы.
2. Выражаемые им чувства имеют отношение скорее к «Я», чем к не-«Я».
3. Он все лучше различает объекты своих чувств и восприятий... его переживания точнее представляются в символах.
4. Выражаемые им чувства все чаще указывают на неконгруэнтность между некоторыми его переживаниями и Я-концепцией.
5. Он приходит к осознанию угрозы такой неконгруэнтности... благодаря устойчивому безусловному позитивному отношению со стороны психотерапевта...
6. Он полностью осознает чувства, которые в прошлом искажались или не осознавались.
7. Его Я-концепция реорганизуется, чтобы ассимилировать и включить эти

переживания, которые ранее искажались или не осознавались.

8. По мере продолжения реорганизации Я-структуры Я-концепция становится все более конгруэнтной переживаниям... ослабляется защита.

9. Он все более способен к переживанию безусловного позитивного отношения со стороны психотерапевта без ощущения угрозы.

10. Он все сильнее ощущает безусловное позитивное самоуважение.

11. Он все сильнее чувствует себя как локус оценки.

12. Он реагирует на переживание в меньшей степени с учетом условий ценности, а в большей степени основываясь на организмическом оценивающем процессе (Rogers, 1959, p. 216).

Результаты для личности и поведения. Процесс терапии приводит к следующим результатам.

1. Клиент становится более конгруэнтным, более открытым к своим переживаниям, менее склонным к защите.

2. Соответственно он склонен к большей реалистичности, объективности, экстенциональности в своем восприятии.

3. Таким образом, он более эффективно решает стоящие перед ним задачи.

4. Улучшается, приближается к оптимуму его психологическая адаптация...

5. Как результат возрастания конгруэнтности «Я» и опыта... снижается восприимчивость к угрозе.

6. Как следствие пункта 2, восприятие своего идеального «Я» становится реалистичным, более достижимым.

7. Вследствие изменений 4 и 5 реальное «Я» становится более конгруэнтным идеальному «Я».

8. В результате этого и исходя из 4 ослабляется всякое напряжение...

9. Возрастает степень позитивного самоуважения.

10. Он воспринимает локус оценки и локус выбора находящимися внутри себя... ощущает себя более уверенным и более ответственным за свою жизнь... его ценности определяются процессом организмического оценивания.

11. Как следствие 1 и 2, он точнее и реалистичнее воспринимает других.

12. Он более склонен принимать других вследствие снижения потребности в искажении их восприятия.

13. Его поведение заметно меняется.

а) ...возрастает доля поступков, которые могут быть «присвоены», как принадлежащие «Я».

б) ...удельный вес поведения... ощущаемого как «не мое», снижается.

в) ...в результате поведение воспринимается как находящееся под собственным контролем.

14. Как следствие 1, 2, 3, поведение становится более креативным, исключительно адаптивным... более полно выражающим собственные цели и ценности (Rogers, 1959, pp. 218-219).

Эта теория терапии представляет собой теорию типа «если... то...», не содержащую мешающих переменных. Хотя существует множество гипотез о том, почему взаимоотношения между условиями и последующими событиями именно таковы, ответа на вопрос «почему?» теория не содержит.

Теория полностью функционирующей личности

Каждый человек обладает врожденной склонностью к самоактуализации. Каждый имеет склонность и способность точно осознавать переживания. Индивид испытывает потребность в позитивном отношении со стороны других и в позитивном самоуважении. Когда эти потребности удовлетворены, наиболее полно реализуются склонности к актуализации своего организма и точному осознанию переживаний. Когда эти условия максимально соблюдены, человек становится **полностью функционирующим**. Полное функционирование является синонимом оптимальной психологической адаптации, оптимальной психологической зрелости,

полной конгруэнтности, полной открытости переживаниям и полной экстенциональности. Это задача, или конечная цель, оптимальной психотерапии.

Можно выделить три характеристики, или аспекта полного функционирования человека, хотя они объединены в единое целое.

1. Открытость переживаниям. Пользуясь позитивным отношением со стороны других и позитивным самоуважением, полностью функционирующая личность свободна от угрозы и, следовательно, свободна от необходимости защищаться. Человек открыт всем своим переживаниям, раздражители принимаются и обрабатываются в нервной системе без избирательности или искажения. Хотя не обязательно имеет место самоосознание организмических переживаний, они доступны сознанию, отсутствуют препятствия или запреты каких бы то ни было переживаний.

2. Экзистенциальный образ жизни. Открытость переживаниям означает наличие в каждый момент жизни новизны, поскольку сочетание внешних и внутренних раздражителей всякий раз уникально. Наблюдается поток переживаний, в которых проявляется «Я» и личность; поскольку каждое переживание отличается новизной, человек не может заранее предсказать свои действия. Участие в переживании не предполагает полного его контроля. Жизнь характеризуется гибкостью и приспособляемостью, а не ригидностью. Личность и «Я» индивида пребывают в постоянном движении; открытость переживаниям является наиболее стабильной личностной характеристикой.

3. Организм как верный ориентир к доставляющему удовлетворение поведению. Полностью функционирующая личность делает то, что «представляется ей правильным», и обнаруживает, что это адекватное или удовлетворяющее поведение. Это происходит потому, что, будучи открыта всем переживаниям, она обладает всей доступной информацией без отрицания или искажения отдельных элементов. Сюда входят также и социальные требования, а также собственная комплексная система потребностей человека. Организм в целом, включая сознание человека, обрабатывает эту информацию подобно компьютеру. Часто весь организм мудрее одного сознания. Полностью избежать ошибочных решений невозможно, поскольку информация может быть неполной или вообще отсутствовать, однако любое не приносящее удовлетворения поведение дает корректирующую обратную связь.

Эти характеристики полностью функционирующей личности имеют прямое отношение к ценностям и процессу оценивания. Организмический оценивающий процесс предполагает внутренний локус оценки, который локализуется в самом индивиде. Это напоминает подход к оцениванию в младенческом возрасте, однако в процессе социализации локус оценки обычно смещается вовне, когда человек ищет любви, принятия и социального одобрения от значимых других в своем окружении. Таким образом, ценностные стереотипы интроецируются, а не становятся результатом собственных процессов организмического оценивания или переживаний. Эти стереотипы ригидны и редко подвергаются пересмотру, хотя содержат, как правило, противоречивые ценности. Стереотипы эти часто приходят в несоответствие с переживаниями, и это расхождение служит основой небезопасности и отчуждения у индивида. В терапевтической атмосфере в жизни или в процессе терапии некоторые индивиды достигают открытости собственным переживаниям и зрелости, возвращая локус оценки в себя. Хотя оценивающий процесс у них протекает как у младенцев, он более сложен, включает все прошлые переживания, эффекты и последствия тех или иных поступков для себя и других. Критерием процесса оценивания, как и у младенца, служит степень, в которой данное поведение ведет к самосовершенствованию или самоактуализации.

Направления оценивания у людей, обретающих полное функционирование, не являются уникальными, напротив, они имеют много общего даже у представителей разных культур, что говорит об их универсальности; они способствуют развитию самого человека и других людей, вносят вклад в выживание и эволюцию вида. Эти направления включают реальное бытие, а не создание видимости, принятие ценности собственного «Я» и руководство собой, принятие ценности процесса, а не факта достижения фиксированных целей, принятие ценности чуткости к другим и принятия их, принятие ценности глубоких взаимоотношений с другими и, как самое важное, принятие ценности открытости всем своим внутренним и внешним переживаниям, включая реакции и чувства других. Другими словами, древние ценности — искренность, независимость, руководство собой, знание себя,

социальная отзывчивость, социальная ответственность, полные любви межличностные отношения, — по-видимому, являются универсальными, вытекающими из природы людей, которые в условиях эффективной психотерапии (или им подобных) становятся полностью функционирующими личностями. Характеристики полностью функционирующей, или самоактуализирующейся, личности включают условия, необходимые для ее развития.

Представляют интерес несколько следствий из этой концепции.

1. Полностью функционирующая личность — это личность творческая. Это представитель «самоактуализирующихся людей» по Маслоу, одной из особенностей которых является креативность. Его открытость чувствам и экзистенциальной жизни способствует креативности через осознание отношений, невидимых другим людям. Такой человек не отличается конформностью и далеко не всегда «адаптирован» к культуре, но он способен жить конструктивно, удовлетворяя свои базовые потребности. «Подобная личность, как мне представляется, может быть отнесена знатоком эволюции к типу, наиболее успешно приспособляющемуся и выживающему при перемене окружающих условий. Он сможет творчески адаптироваться как к новым, так и к старым условиям. Он следует в авангарде человеческой эволюции» (Rogers, 1969, p. 290).

2. Полностью функционирующая личность конструктивна и достойна доверия. Базовая природа людей истинна как с индивидуальной, так и с социальной точек зрения, когда они действуют свободно.

«Когда нам удастся освободить человека от готовности к защите, чтобы перед ним открылся широкий диапазон собственных потребностей, а также не менее широкий диапазон требований окружения и социума, можно быть уверенным в том, что его реакции будут позитивными, устремленными вперед и конструктивными. Отпадает необходимость заботиться о его социализации, поскольку одной из глубочайших его потребностей является контакт и общение с другими людьми. Когда человек становится собой, он не может не быть реалистично социализированным. Нет необходимости контролировать его агрессивные импульсы, ведь открытость всем своим импульсам, потребность в добром отношении окружающих и склонность к доброжелательности не менее сильны, чем агрессивные устремления». Он будет вести себя агрессивно в ситуациях, где такое поведение оправданно, однако сама по себе потребность в агрессии будет отсутствовать. Его поведение в целом, в этих и других областях, когда он открыт всему своему опыту, уравновешено и реалистично, это поведение соответствует задачам выживания высокосоциализированного животного» (Rogers, 1969, pp. 290-291).

3. Поведение полностью функционирующей личности зависимо, но не может быть предсказано заранее. Поскольку конкретный стереотип внутренних и внешних раздражителей в каждый момент времени уникален, полностью функционирующие люди не могут предсказать свое поведение в новой ситуации, однако сохраняют верность себе и уверены в адекватности своего поведения. Если впоследствии поведение полностью функционирующей личности будет проанализировано другим человеком, например ученым, поведение это будет сочтено вполне оправданным; ученый способен объяснить поведение, но не способен его предсказать. Наука, даже с помощью компьютера, не может заранее собрать и проанализировать все необходимые сведения. Таким образом, наука психология, имея дело с полностью функционирующей личностью, сможет понять (оправданность имевшего место поведения), но не сможет предсказать его или контролировать.

4. Полностью функционирующая личность свободна и не детерминирована. Наука показала, что мы живем в мире причин и следствий. Поведение может контролироваться внешними, или средовыми, условиями и событиями. Вместе с тем человек может свободно выбирать, как ему действовать. Клиенты во время терапии принимают решения и делают выбор, меняющий их поведение и всю жизнь. «Я затрудняюсь объяснить позитивные изменения, которые происходят во время психотерапии, если не учитывать важность ощущения свободного и ответственного выбора со стороны моих клиентов. Я полагаю, что это переживание свободы выбора является одним из важнейших элементов, лежащих в основе изменения» (Rogers, 1969, p. 268).

Это свобода внутренняя, это установка или представление о том, что люди обладают способностью иметь собственные мысли и жить своей жизнью, выбирая, кем им быть, и неся

ответственность за себя. Такая свобода скорее феноменологическая, чем внешняя. Она не противоречит закону причины—следствия, действующему в психологическом мире, а дополняет его. «Свобода в истинном ее понимании есть соблюдение человеком упорядоченной последовательности своей жизни. Свободный человек движется по своей воле, свободно, ответственно, играет важную роль в мире, причем определенные события проходят через него, через его спонтанный выбор и желание» (Rogers, 1969, p. 269). Свобода существует в ином измерении, чем внешние причины и следствия.

Люди различаются по степени свободы от влияния и контроля со стороны других людей и внешних событий. В нескольких исследованиях конформные, подверженные внешнему контролю участники психологических экспериментов отличались от неконформных. Они были склонны к панике в условиях стресса, проявляли чувства неадекватности и собственной неполноценности, им не доставало открытости и свободы в эмоциональных процессах, спонтанности, они были эмоционально сдержанными и заторможенными. Нонконформисты, напротив, эффективно справлялись со стрессом, обладали более независимым и автономным мышлением, испытывали чувство компетентности и собственной адекватности, были более открытыми, свободными и спонтанными. Таким образом, ощущение личной свободы и ответственности вносит заметное изменение в поведение (Rogers, 1969, pp. 271-272).

Идеальной полностью функционирующей личности не существует. Можно наблюдать, как некоторые люди движутся к этой цели в терапии, в лучших семейных и групповых взаимоотношениях, в переживании оптимального обучения.

Терапевтический процесс

Терапевтический процесс вытекает из изложенной выше теории терапии. Более детальное обсуждение процесса может проводиться в двух системах координат: феноменологической, или системе координат клиента; и внешней системе координат, или системе координат наблюдателя.

Процесс, переживаемый клиентом

Большое значение имеет восприятие процесса клиентом, поскольку терапевтическое изменение, помимо личности, установок и техник психотерапевта, зависит также от восприятия переживаний клиентом. Восприятие процесса клиентом изначально зависит от его ожиданий в отношении психотерапевта и терапевтической ситуации. Эти ожидания сильно варьируют, включая чувства от страха до предвкушения, хотя двойственное ощущение страха преобладает. Прогрессу терапии способствуют сходные ожидания клиента и психотерапевта. Вербальное структурирование отношений психотерапевтом, ранее считавшееся желательным, как выяснилось, не обязательно ведет к сходному восприятию отношений.

Если психотерапевт воспринимается как человек, способный оказать помощь, от него ждут теплоты, интереса и понимания. Поначалу клиент-центрированные методы представляются клиенту фрустрирующими, однако впоследствии он сознает, что именно они способствуют самоанализу и самопознанию. Терапевтическая сессия дает опыт стабильности и принятия в нестабильной жизни, поэтому воспринимается как поддерживающая, хотя психотерапевт не оказывает клиенту поддержки в обычном смысле слова.

Переживание ответственности. Клиент вскоре обнаруживает, что несет ответственность за самого себя в отношениях с терапевтом, что может привести к возникновению различных чувств, в том числе чувства одиночества, раздражения, гнева, а также усиливающегося ощущения ответственности.

Обнаружение отвергнутых установок. В результате исследования обнаруживаются установки, которые были пережиты, а затем отвергнуты. Это может касаться как позитивных, так и негативных установок. Переживания, несовместимые с Я-концепцией, ранее искаженные или отвергнутые, начинают символизироваться и осознаваться.

Переживание реорганизации «Я». Привнесение отвергнутых переживаний в осознание подразумевает реорганизацию «Я», которая начинается с изменения восприятия и

установки в отношении «Я». Клиент начинает смотреть на себя более позитивно, как на более адекватного человека; возрастает принятие клиентом себя. Это изменение самовосприятия должно начаться до того, как клиент сумеет осознать и принять отвергнутые переживания. Осознание реальных фактов ведет к более реалистичной оценке себя, взаимоотношений, своего окружения, к признанию внутреннего локуса оценки. Изменение «Я» может быть значительным или небольшим, с более или менее выраженной болью и замешательством. Более или менее выраженная дезорганизация может предшествовать конечной организации, и этот процесс может идти с переменной скоростью. Сопровождающие этот процесс эмоции хотя и подвержены колебаниям, но представлены преимущественно страхом, депрессией и ощущением безысходности; эмоции эти не согласуются с реальным прогрессом, поэтому за глубоким инсайтом может последовать сильнейший приступ отчаяния.

Процесс реорганизации «Я», превращения в самого себя, в личность, включает различные аспекты. Человек может представляться «скрывающимся за маской». В атмосфере свободы терапевтических отношений, клиент начинает избавляться от ложных ролей или масок, пытается обнаружить что-то истинно свое. Клиент способен исследовать свое «Я» и его переживания, признать существование обнаруживаемых им противоречий и фасадов, за которыми он прятался. Клиент может обнаружить кажущееся отсутствие у себя индивидуального «Я», которое существует лишь в связи с ценностями и запросами других людей. Вместе с тем существует настоятельная потребность искать себя, становиться собой.

Частью реального «Я» является переживание чувств до их пределов, так что человек **становится** своим страхом, гневом, любовью и т. д. Это

«свободное переживание актуальных чувственных и висцеральных реакций организма без усиленных попыток связать эти переживания с собственным «Я». Этому обычно сопутствует убеждение в том, что данный материал не принадлежит «Я» и не может быть в него организован. Конечной точкой в этом процессе является обнаружение клиентом своей способности **быть** собственным переживанием во всем его многообразии и поверхностных противоречиях; что он может выразить себя из своего опыта, вместо того чтобы пытаться наложить формулировку «Я» на свой опыт, отказываясь осознавать те элементы, которые не соответствуют Я-концепции» (Rogers, 1961 a, p. 80).

Из переживания этих элементов «Я» вырастает единство, гармония или стереотип. Все эти переживания являются частью потенциального «Я», которое находится в процессе открытия.

Результатом реорганизации «Я» служит не только принятие себя, но и симпатия к себе. Это не хвастливая, самоуверенная любовь к себе, а «тихая радость быть собой, вместе с примирительной установкой, что в нашей культуре ощущается необходимость подобного переживания» (Rogers, 1961a, p. 87). Это приносящая удовлетворение и радость оценка себя как целостной и функционирующей личности.

Процесс терапии не направлен на разрешение проблем; это переживание чувств, ведущее к тому, чтобы стать самим собой. Это «процесс превращения человека в собственный организм, без самообманов и искажений» (Rogers, 1961a, p. 103). Вместо того чтобы вести себя в соответствии с ожиданиями других людей, человек действует исходя из собственных переживаний. Полное осознание этих переживаний, достигаемое в терапии, позволяет человеку **стать** (в осознании) тем, что он **есть** (в переживании) — полностью и полноценно функционирующим человеческим организмом.

Переживание прогресса. Практически с самого начала клиент ощущает происходящий прогресс. Этот прогресс чувствуется даже при наличии замешательства и депрессии. Обращение к некоторым вопросам и разрешение их, реконструкция сегмента личности и составляют прогресс, вселяя в клиента уверенность в необходимости продолжать исследование себя, несмотря на обескураживающие результаты такого исследования.

Переживание завершения. Клиент определяет, когда терапия должна быть завершена. Иногда перед ее окончанием бывает период, когда промежутки между интервью удлиняются. Это часто сопровождается чувством страха, утраты, нежелания прекращать терапию, поэтому завершение может быть отложено на одну-две сессии.

Представления о процессе психотерапии

На основании прослушивания многочисленных терапевтических интервью были сделаны краткие заключения о ходе терапевтического процесса. Возникает континуум от застоя к процессу, а не от неподвижности к движению. Выделены семь этапов процесса. В каждый конкретный момент клиент, взятый как единое целое, попадает в сравнительно узкий диапазон этого континуума личностных изменений, хотя в разных областях личностного смысла клиент может находиться на разных этапах. Вместе с тем для каждой конкретной области существует определенная последовательность преодоления этапов, хотя могут быть и некоторые отступления от общего направления.

Первый этап. На первом этапе отмечается

«нежелание выражать себя. Общение происходит только на внешние темы. Чувства и личностные смыслы не сознаются и не присваиваются... Близкие, доброжелательные взаимоотношения воспринимаются как опасные. На этом этапе проблемы не признаются и не воспринимаются. Желание изменения отсутствует» (Rogers, 1961 а, р. 132).

На этом этапе добровольно за помощью не обращаются.

Второй этап. Если на первом этапе человека можно привлечь, обеспечив оптимальные условия для фасилитации изменений, то «начинается экспрессия в отношении тем, связанных с "не-«Я»"» (Rogers, 1961а, р. 133). Вместе с тем проблемы считаются внешними, клиент не берет личной ответственности. Чувства могут проявляться, однако они не признаются и не присваиваются. Переживания касаются прошлого. Практически отсутствует дифференциация личностных смыслов и не признаются противоречия. Клиенты на этом этапе могут добровольно прийти для терапии, однако они часто завершают ее досрочно или не достигают успехов.

Третий этап. На третьем этапе продолжается ослабление (с более свободным выражением себя) Я-переживаний как объектов, а также «своего «Я» как отраженного объекта, существующего преимущественно в других» (Rogers, 1961а, р. 135). Выражаются прошлые чувства и личностные смыслы, обычно негативные, без их принятия. Дифференциация чувств не столь глобальна, признаются противоречия в переживаниях. Многие клиенты приступают к терапии на этом этапе.

Четвертый этап. Принятие, понимание и эмпатия на третьем этапе позволяют клиенту перейти на четвертый этап, выражаются более интенсивные чувства, хотя и не текущие, а также некоторые сиюминутные чувства и переживания, однако с некоторой сдержанностью, страхом или недоверием. В определенной степени проявляется принятие чувств. «Происходит ослабление представлений о переживании. Обнаруживаются личностные конструкты (глава 10); они определенно признаются конструктами; начинают возникать вопросы об их валидности» (Rogers, 1961а, р. 138). Дифференциация чувств усиливается, возникает интерес к противоречиям. Появляется чувство собственной ответственности за проблемы. Отношения с психотерапевтом начинают формироваться на основе чувств. Эти особенности присущи психотерапии, как и те, которые проявляются на следующем, пятом этапе.

Пятый этап. На пятом этапе текущие чувства выражаются свободно, однако с удивлением и страхом. Они приближаются к полному переживанию, хотя страх, недоверие и недопонимание по-прежнему сохраняются. Чувства и смыслы дифференцируются с большей точностью. Я-чувства все больше присваиваются и принимаются. Переживание ослаблено и касается текущих событий, противоречия четко сознаются. Принимается ответственность за проблемы. На этом этапе клиент довольно близок к своему организмическому существу, к потоку собственных чувств. Переживания дифференцируются.

Шестой этап. Шестой этап отличается драматичностью. Переживаются ранее фиксированные чувства или же чувства переживаются непосредственно во всей своей полноте. Само переживание и сопровождающие его чувства принимаются без страха, отрицания или сопротивления. Переживание проживается, а не ощущается. Исчезает «Я» как объект. Неконгруэнтность становится конгруэнтностью. «Происходит четкая дифференциация переживаний. На этом этапе более не существует "проблем", внешних или внутренних. Клиент субъективно переживает этап своей проблемы. Проблема перестает быть объектом» (Rogers, 1961а, р. 150). Появляются физиологические корреляты ослабления и расслабления, слезы, вздохи, мышечная релаксация, а также, как предполагают, улучшение кровообращения и

прохождения нервных импульсов. Этот этап чрезвычайно важен и, по-видимому, необратим.

Седьмой этап. На седьмом этапе клиент продолжает самостоятельное движение; данный этап может происходить вне терапевтической сессии и быть на ней обсужден. Клиент испытывает новые чувства в момент их возникновения во всем богатстве, использует их для формирования представлений о себе, своих желаниях и установках. Меняющиеся чувства принимаются и присваиваются; присутствует доверие к общему организмическому процессу. Переживания спонтанны с явным процессуальным аспектом, «Я» все больше превращается просто в субъективное и рефлексивное осознание переживаний. Гораздо реже «Я» — это воспринимаемый объект, а чаще нечто, ощущаемое в процессе» (Rogers, 1961a, p. 153). Поскольку все элементы переживания осознаются, возможен реальный и эффективный выбор. Этот этап, которого достигает сравнительно небольшое число клиентов, характеризуется открытостью переживаниям, что ведет к появлению качества движения, изменения. Внутренняя и внешняя коммуникация протекает свободно. Подводя итоги, можно сказать, что данный процесс включает:

- ослабление чувствования;
- изменение стиля переживания;
- переход от неконгруэнтности к конгруэнтности;
- изменение манеры и степени, в которой индивид желает и способен выразить себя в благоприятной обстановке;
- ослабление когнитивных схем переживания;
- изменение отношения человека к своим проблемам;
- изменение манеры общения.

Проведение терапии

Если в начале становления клиент-центрированной терапии делался акцент на техниках, то теперь главное внимание уделяется философии и установкам психотерапевта, а не техникам, терапевтическим отношениям, а не словам и поведению психотерапевта. «Наше внимание переключилось с техники консультанта на его установки и философию, с признанием значимости техники на более высоком уровне» (Rogers, 1951, p. 14). Техники представляют собой реализацию философских взглядов и установок и, следовательно, должны им соответствовать. С переносом акцента на философию и установки возникли определенные изменения в относительной частоте использования различных техник. Расспрос, ободрение, поощрение, интерпретация, убеждение и раньше использовались не очень широко, а теперь используются еще реже. Вместе с тем постоянно ведется поиск новых техник для оптимальной реализации базовых философских взглядов и установок.

Техники, таким образом, служат способами выражения и коммуникации принятия, уважения, понимания, способами сообщить клиенту, что психотерапевт пытается создать внутреннюю систему координат за счет совместного с клиентом мышления, чувствования и исследования. Существует ряд способов установления и поддержания терапевтических отношений. Техники не могут использоваться осознанно, поскольку это означало бы неискренность, неистинность психотерапевта.

В то время как сам процесс психотерапии рассматривается с точки зрения клиента, с учетом его восприятия и происходящих в нем изменений, аспекты техник или их применения — это процесс с точки зрения позиции психотерапевта, с учетом поведения психотерапевта и его участия в отношениях. Таким образом, терапевтический процесс можно определить как фасилитацию у клиента личностного роста, как особенности взаимоотношений помощи или как необходимые и достаточные условия терапевтических личностных изменений, создаваемые психотерапевтом.

Терапевтические отношения

Отношения психотерапевта с клиентом основаны не на интеллектуальных построениях. Психотерапевт не может помочь клиенту своими знаниями. Разъяснение клиенту

особенностей его личности и поведения, предписание тех или иных действий не дают стойких эффектов. Отношения, способные помочь клиенту, позволяющие ему открыть в себе способность к изменению и росту, не имеют когнитивных, интеллектуальных аспектов.

Психотерапевтические отношения обладают или должны обладать рядом характеристик. Конечно, ни один психотерапевт не обладает полным их набором в их максимальной выраженности. Таким образом, это скорее желательные цели или идеальные характеристики.

Принятие. Психотерапевту следует принимать клиента как человека, таким, каков он есть, с его конфликтами и противоречиями, дурными и хорошими сторонами. Такая установка больше, чем просто нейтральное принятие; это позитивное отношение к клиенту как к ценной личности. Сюда также включается симпатия и теплота по отношению к нему. В отношении терапевта к клиенту не содержится оценки, позитивной или негативной. Его принимают безусловно, то есть без всяких условий такого принятия. Психотерапевт выражает безусловное позитивное отношение к клиенту.

Конгруэнтность. Идеального психотерапевта отличает конгруэнтность в терапевтических отношениях. Психотерапевт ведет себя последовательно, это личность интегрированная, целостная; отсутствуют противоречия между тем, каков психотерапевт, и его словами. Он осознает и принимает собственные чувства, готов выразить эти чувства и установки словами или поведением, когда наступит подходящий момент. Психотерапевт — реальная, истинная личность; он не играет роль.

Понимание. Понимание означает, что психотерапевт испытывает «точное, эмпатическое понимание мира клиента, рассматриваемого изнутри. Ощущать личный мир клиента, как если бы это был свой собственный, но без утраты "как если бы" — это и есть эмпатия, имеющая существенное значение для терапии» (Rogers, 1961a, p. 284). Такое понимание позволяет клиенту свободно и глубоко себя исследовать, составить о себе всестороннее представление. Это понимание не предполагает внешнего диагноза или оценки. Полное понимание, конечно же, невозможно, и к счастью, в нем нет необходимости. **Желание** психотерапевта понять ощущается клиентом как понимание, что позволяет клиенту делать успехи.

Сообщение принятия, конгруэнтности и понимания. Психотерапевту нет смысла быть принимающим, конгруэнтным и понимающим, если клиент не воспринимает его таковым. Таким образом, необходимо, чтобы принятие, конгруэнтность и понимание были сообщены клиенту. Психотерапевт, обладающий этими установками или характеристиками, выразит их естественно и спонтанно различными способами, вербально и невербально. Способы выражения можно считать техниками в узком смысле слова. Такие техники не являются искусственными, насильственными или выученными, это истинное и спонтанное выражение установок психотерапевта.

Отношения, дающие результат. Если психотерапевт обладает описанными выше особенностями и установками хотя бы в минимальной степени и если их удастся сообщить клиенту, развивающиеся отношения переживаются клиентом как безопасные, лишённые угрозы, поддерживающие, но не как подпорка. Психотерапевт воспринимается как заслуживающий доверия и последовательный в своем поведении. Это отношения, благоприятные для возникновения изменений. «Если я обладаю описанными установками и другой человек сможет в некоторой степени их испытать, то я уверен в **неизбежности** изменения и конструктивного личностного развития» (Rogers, 1961a, p. 35).

Подобное описание терапевтического процесса и его проведения довольно абстрактно и безлично. Прочтя его, Роджерс высказал предложение, чтобы раздел его статьи «Процессуальное уравнение психотерапии» (*The Process Equation of Psychotherapy*, 1961b) создавал бы у читателей впечатление о процессе терапии как о работе с теплыми живыми людьми теплых живых консультантов. Таким образом, с разрешения Роджерса, включен следующий материал из его статьи (Rogers, 1961b, pp. 27-35).

«Итак, что же представляет собой процесс консультирования и терапии? Я говорил об этом объективно, опираясь на имеющиеся факты, фактически составил приблизительное уравнение, куда можно хотя бы в порядке рабочей гипотезы включить некоторые термины. Позвольте мне, однако, попытаться подойти к этому изнутри, не игнорируя фактических

сведений, представить данное уравнение в субъективной трактовке психотерапевта и клиента.

Для психотерапевта это новое путешествие в неизведанное. Его чувства: «Это другой человек, мой клиент. Я немного его побаиваюсь, опасаясь таящихся в нем глубин так же, как боюсь своих собственных. Когда он говорит, я начинаю чувствовать к нему уважение, дружеское расположение. Я ощущаю, как его пугает собственный мир, как отчаянно он пытается удержать его на месте. Я хотел бы чувствовать его чувствами, и мне бы хотелось дать ему знать, что я стою рядом с ним в его тесном, ограниченном маленьком мире и что я гляжу на него без страха. Вероятно, я могу сделать этот мир для него более безопасным. Мне бы хотелось, чтобы мои чувства в отношениях с ним, моим клиентом, были бы максимально прозрачными и ясными, чтобы они стали для него заметной реальностью, в которую он может возвращаться вновь и вновь. Мне бы хотелось отправиться вместе с ним в пугающее путешествие в глубины его "я", в глубоко погребенный страх, ненависть и любовь, которым он никогда не давал проявиться в себе. Я признаю, что это путешествие непредсказуемо для меня так же, как и для него, и что я могу, даже не успев осознать собственного страха, уйти в себя от некоторых чувств, обнаруженных в глубинах моего клиента. Мне известно, что в некоторой степени я буду ограничен в своей способности оказать ему помощь. Я признаю, что иногда собственные страхи клиента будут заставлять его воспринимать меня как равнодушного, отвергающего, вторгающегося на чужую территорию, непонятного. Я искренне желаю принять эти его чувства, вместе с тем я надеюсь, что мои собственные реальные чувства проявятся так ясно, так что со временем он не сможет их не воспринять. Более всего мне хотелось бы, чтобы он видел во мне реального человека. У меня нет необходимости быть неестественным, чтобы мои собственные чувства были "терапевтическими". То, что я собой представляю и что чувствую, — вполне достаточная основа для терапии, если мне удастся быть самим собой в отношениях с ним. В этом случае, вероятно, он сможет быть самим собой открыто и без страха».

Клиент, со своей стороны, проходит гораздо более сложные перипетии, о которых можно лишь догадываться. Все же схематично его чувства меняются в некоторых из перечисленных ниже направлений. «Я его боюсь. Я хочу получить помощь, однако я не уверен, что ему можно доверять. Он может увидеть то, чего я сам в себе не замечаю — пугающие и дурные элементы. Он, по-видимому, не собирается меня осуждать, однако мне кажется, что это обманчивое впечатление. Я не могу сообщить ему своих настоящих проблемах, однако вполне могу рассказать о некоторых своих прошлых переживаниях, которые связаны с этими проблемами. Он вроде бы меня понимает, так что можно рассказать ему о себе кое-что еще».

«Теперь, когда я показал ему некоторые свои дурные стороны, он меня презирает. Я в этом уверен, хотя, как ни странно, не вижу ни малейшего тому подтверждения. Следует ли считать, что рассказанное мной вовсе не так уж плохо? Возможно ли, что мне вовсе не надо стыдиться этой своей части? Мне уже не кажется, будто он меня презирает. Напротив, я чувствую, что хочу двигаться дальше, исследуя **себя**, вероятно, больше себя выражая. Он кажется мне надежным компаньоном; видимо, он действительно меня понимает».

«Но теперь я вновь ощущаю страх, на этот раз я сильно напуган. Я не представлял себе, что исследование глубин собственного "я" заставит меня переживать ранее неведомое. Все это весьма странно, ведь чувства эти не новы. Я всегда догадывался об их существовании. Однако они представлялись настолько дурными и волнующими, что я не допускал их в себя. А теперь я заново часами переживаю эти чувства вместе с ним, я в ужасном волнении, словно мой мир рушится. Он всегда казался мне таким прочным и надежным. Теперь он ослаблен, пронцаем и уязвим. Не очень-то приятно испытывать чувства, которых всегда страшился. Это он во всем виноват. Любопытно, но я жду встреч с ним, рядом с ним я чувствую себя в большей безопасности».

«Я не знаю теперь, кто я такой, однако иногда, **ощущая** нечто, я на мгновение кажусь себе реальным и стабильным. Я обеспокоен противоречиями, которые во мне обнаружились: я делаю или думаю одно, а чувствую другое. Это лишено гармонии. Иногда исследование собственной сущности напоминает настоящее приключение, кружит голову. Временами я ловлю себя на мысли, что я ценен сам по себе, каким бы я ни был в действительности».

«Я начинаю привыкать, хотя это и очень болезненно, делиться своими чувствами, возникающими в данный момент, и даже нахожу это весьма полезным. Знаете, действительно полезно попытаться к себе прислушаться, чтобы заметить происходящее внутри. Я больше не боюсь того, что происходит во мне. Это заслуживает внимания и доверия. Отпущенное мне время совместной работы я использую на то, чтобы докопаться до своих глубин, узнать, что я чувствую на самом деле. Это тяжелая работа, но я хочу это **знать**. И я доверяю ему почти всегда, это помогает. Я ощущаю себя ранимым, но знаю, что он не хочет причинить мне боль, я даже верю в то, что он действительно обо мне заботится. Мне кажется, если я попытаюсь добраться как можно глубже, мне удастся понять, что во мне происходит, и уловить смысл происходящего, я узнаю, кто я такой, а также что мне следует делать. Во всяком случае, иногда в его присутствии у меня появляются такие чувства».

«Я даже могу сказать, что думаю о нем в каждый конкретный момент, и это не убивает отношения, как я раньше опасался, а еще больше их углубляет. Как, по-вашему, я мог бы поделиться своими чувствами также и с другими людьми? Вероятно, это не столь уж опасно».

«Понимаете, я чувствую, будто плыву в потоке жизни, рискуя и попадая в водовороты, но будучи самим собой. Иногда я терплю поражения, терплю обиду, однако я учусь тому, что переживания не фатальны. Я точно не знаю, **кто** я такой, однако я могу ощутить свои реакции в каждый конкретный момент и они, по-видимому, служат прочной основой для моего поведения. Возможно, это как раз и **значит** быть **собой**. Но, конечно же, я могу это делать только потому, что ощущаю себя в безопасности, общаясь с психотерапевтом. Могу ли я быть собой вне этих отношений? Мне хотелось бы это знать. Очень хотелось бы. Не исключено, что могу».

Все, о чем я здесь рассуждал, происходит не быстро. На это могут уйти годы. Иногда, по не вполне понятным причинам, этого может вообще не произойти. Во всяком случае, можно изнутри судить о фактических событиях, происходящих в процессе психотерапии с психотерапевтом и его клиентом.»

Продолжительность и область применения

Продолжительность. Сессии обычно назначаются раз в неделю, хотя они могут быть более или менее частыми. Продолжительность терапии определяет клиент. Ближе к концу терапии сессии могут проводиться реже, раз в две недели, например. Клиент-центрированная терапия иногда подвергается критике за свою длительность, за предоставление клиенту права принимать решение о завершении. Однако это не значит, что клиент-центрированная терапия не имеет конца; в действительности это сравнительно краткосрочное лечение.

Область применения. Принято считать, что клиент-центрированная терапия подходит только клиентам, имеющим уровень интеллекта выше среднего, в частности студентам колледжей или людям с относительно простыми проблемами. Вместе с тем метод хорошо зарекомендовал себя при работе с разными клиентами, имеющими широкий спектр проблем, включая пациентов психиатрических больниц (Gendlin, 1962a; Rogers et al., 1967).

Труа и Митчелл (Truax & Mitchell, 1971) сделали следующий вывод по результатам исследования, посвященного навыкам межличностного общения у психотерапевта.

«Психотерапевты и консультанты с установкой на точную эмпатию и теплоту без собственнических чувств и вдобавок подлинные, работают действительно эффективно. Но эти выводы касаются множества психотерапевтов и консультантов, независимо от их подготовки или теоретической ориентации, а также широкого круга клиентов или пациентов, включая непоступивших в колледж, малолетних преступников, госпитализированных пациентов с шизофренией, невротических личностей, страдающих умеренными или тяжелыми формами патологии, а также разного рода госпитализированных пациентов. Факты также свидетельствуют, что эти наблюдения затрагивают разные терапевтические контексты как при индивидуальной, так и при групповой психотерапии или консультировании» (р. 310).

Примеры из практики

«Переживание потенциального «Я»

Клиентка. Все это довольно неопределенно. Но мне кажется, что все это напоминает попытку исследовать части картинку-головоломки. Как мне представляется, я сейчас рассматриваю отдельные фрагменты, которые сами по себе не имеют смысла. Я просто держу их в руках и пока даже не приступила к обдумыванию, как их лучше сложить. Вот такая мысль постоянно приходит мне в голову. Этот процесс мне интересен, хотя, надо сказать, я не люблю картинок-головоломок. Они всегда вызывали во мне раздражение. Но тут дело касается моих чувств. Я хочу сказать, что просто подбираю маленькие фрагменты (*она жестикулирует на протяжении всего разговора иллюстрирует свои слова*), не вкладывая в них никакого смысла за исключением, конечно, чувства, которое возникает при обычном перебирании мелких вещей, не имеющих отношения друг к другу. Однако я ощущаю, что каждый из фрагментов, вероятно, имеет свое место.

Терапевт. В каждый момент вы ощущаете форму и расположение различных фрагментов, и у вас возникает смутное чувство, что они, вероятно, подходят куда-либо, однако внимание преимущественно концентрируется на другом: «На что это похоже? Какова структура?»

К. Совершенно верно. В этом есть нечто физическое. Что-то...

Т. Вы не можете точно описать это, не жестикулируя. Реальное, почти чувственное ощущение...

К. Правильно. К тому же это впечатление объективности, хотя я никогда так не приближалась к себе.

Т. Словно вы стоите и смотрите на себя со стороны, одновременно находясь максимально близко к себе...

К. Ага. Впервые за многие месяцы я не думаю о своих проблемах. Я и в самом деле над ними сейчас не работаю.

Т. У меня складывается впечатление, что вы специально не садитесь и не работаете над «своими проблемами». Это совсем иное чувство.

К. Верно. Совершенно верно. Думаю, в действительности я имела в виду не то, что я сижу и собираю картинку-головоломку, чтобы увидеть изображение целиком. Возможно, я просто наслаждаюсь самим процессом чувствования. Или что-либо изучаю.

Т. По крайней мере, имеется ощущение сиюминутной цели достичь этого чувства, словно вещи, а не того, что вы делаете это с целью увидеть картинку, ощущается удовлетворение от знакомства с каждым фрагментом. Не так ли?

К. Верно. Абсолютно верно. Это прикосновение, как особый вид чувствительности. Это очень интересно. Но иногда, я уверена, не слишком приятно, но это....

Т. Совершенно особый тип переживания.

К. Согласна.

Переживание доброжелательного отношения

К. Поздравьте меня, я сделала замечательное открытие. Я знаю, что... (*смеется*) я убедилась, что вы действительно беспокоитесь о том, как у меня идут дела. (*Оба смеются*.) Поэтому у меня возникло чувство вроде... «возможно, я дам вам какую-нибудь роль». Это... понимаете, как на экзаменационном бланке, я должна написать верный ответ... однако на меня внезапно что-то нашло... оказывается, в отношениях клиент—консультант вы **действительно проявляете заботу** о будущем этих отношений. Это для меня настоящее откровение... нет, не так. Я неправильно выразилась. Это было... наиболее точное слово, которое приходит мне в голову, — расслабленность... нет, не выпускание пара, а... (*пауза*) возможность потянуться без напряжения, если можно так выразиться. Точно не знаю.

Т. Складывается впечатление, что идея сама по себе не нова, новым оказалось переживание реального чувства моей заботы, и если я вас правильно понял, что-то вроде желания с вашей стороны позволить мне и дальше проявлять заботу в отношении вас.

К. Да. Следующая мысль, которая меня посетила и которая не оставляет меня и теперь, состоит в том, что каким-то образом, сама не знаю, как и почему, но это тот же вид заботы, который я имею в виду, когда говорю: «Я не люблю человечество». Это похоже на... я хочу

сказать, что всегда была в этом убеждена. То есть я имею в виду, оно не... я знаю, что это хорошее чувство, понимаете. И я полагаю, что уяснила для себя... какое отношение оно имеет к данной ситуации. Я не очень четко выражаюсь, но я выяснила, что я не ощущаю любовь, но мне совсем не все равно.

Т. Гм-гм. Понимаю...

К. Наверное, лучше сказать, я ужасно беспокоюсь о том, что произойдет. Однако беспокойство... принимает форму... его суть заключается в понимании, а не в желании принять участие, внести вклад в то, что я чувствую неискренним и... мне кажется, что в... в любви, есть своего рода **завершающий** фактор. Если вы это делаете, то вы некоторым образом сделали **достаточно**. Это...

Т. Именно так, некоторым образом.

К. Да. Мне представляется, это нечто другое, это беспокойство, забота, хотя это не очень удачный термин... Я хочу сказать, вероятно, потребуется что-то еще, чтобы описать это явление. Называть его безличным не имеет смысла, потому что оно небезлично. Я хочу сказать, чувствуется, что это часть единого целого. Однако это что-то такое, что почему-то не прекращается... мне представляется, вы можете любить человечество, любить людей и в то же время... вносить свою лепту в то, чтобы заставлять людей нервничать, болеть... а то чувство, которое я имею в виду, сопротивляется всему этому.

Т. Вы проявляете достаточную заботу, чтобы понимать и избегать всего, что может внести нервозность в жизнь людей.

К. Да, и это... *(Пауза.)* Да, что-то вроде этого... Теперь я хотела бы вернуться к другим своим чувствам. Это... я не испытываю желания выставить себя на... своеобразный аукцион. Здесь нет ничего окончательного.... Меня иногда тревожит, что я... могу сказать себе: «Я не люблю человечество». Однако я всегда вижу в этом нечто позитивное. Скорее всего, я права. И... возможно, я ошибаюсь, но мне кажется, что это как-то связано с... тем чувством, которое я... я испытываю сейчас и которое имеет терапевтическую ценность. Сейчас мне не удастся точно его охарактеризовать, однако точнее всего его можно объяснить... я бы сказала, процессом научения, я пришла к выводу, что... да, вы **проявляете заботу** в данной ситуации. Всего-навсего. Раньше я этого не осознавала. Я могла закрыть дверь и выйти, а потом, обсуждая терапию, сказать, да, консультант должен был чувствовать то-то и то-то, но у меня не было живого опыта.

К. У меня такое чувство... что вы прекрасно делаете это сами, однако вам нужно уметь проделывать это с другими людьми. *(Она упоминает, что «бессчетное» количество раз могла бы принять личную теплоту и доброту от других людей.)* У меня такое впечатление, что я попросту боялась быть опустошенной. *(Она возвращается к разговору о консультировании и своем отношении к нему.)* Я имею в виду эту попытку самостоятельно решить свои проблемы. Практически... я ощущала... я имею в виду, что пыталась время от времени сформулировать свою проблему... иногда почти не желая, чтобы вы ее переформулировали или отразили, ведь это **моя** проблема. Конечно, это можно назвать сопротивлением. Однако сейчас для меня это не ужасная вещь... Я думаю... в отношении этой конкретной проблемы... мне почти всегда казалось... что она **моя**. Я обязана ее решить самостоятельно. Понимаете?

Т. Это переживание чрезвычайно трудно выразить словами, но мне удалось уловить различия в этих отношениях, то есть имеется чувство «это мое», «я должна сама с этим справиться», «я работаю над этим» и тому подобное, и совсем иное чувство типа... «я могла бы впустить вас».

К. Да. Теперь могла бы. Я хочу сказать, это... так скажем, продолжение. Это... сродни тому, что я по-прежнему один на один со своей проблемой, но я не... вижу...

Т. Гм. Ну да, здесь имеется своеобразный парадокс, не так ли?

К. Да.

Т. Во всем этом есть чувство, что каждый аспект моего переживания принадлежит мне, он неизбежен, необходим и все такое прочее. Но это далеко не вся картина. Если другой человек проявит к нему интерес, он некоторым образом обновится.

К. Да. И это... правильно. Я хочу сказать, что... именно так и должно быть. Есть чувство и оно «правильное». Оно все для меня проясняет. Это чувство... забота, как если бы... вы

отстранялись... держались в стороне и если бы мне понадобилось подойти к проблеме... пробираясь через высокий бурьян... и я бы сделала это, а вы могли бы... я хочу сказать, вы бы не отказались пройти этот путь вместе со мной. Что-то вроде того. Это трудно выразить...

Т. За исключением очень реального ощущения правильности этого вашего чувства?

К. Ага.

К. Я переживаю новый вид... вероятно, единственный ценный вид научения... мне известно... я часто говорила, что мои знания мне несколько не помогают. Я хочу сказать, мне не помогают приобретенные мной знания. Однако мне кажется, что процесс научения здесь был... настолько живым, то есть касался столь многого во мне, что если я выйду из него... мне хотелось бы знать, смогу ли я выстроить в некое подобие системы те знания, которые здесь приобрела.

Т. Другими словами, происходящее здесь научение имеет свои особенности, иную глубину; оно жизненно и реально. И само по себе представляет для вас определенную ценность, однако ваш вопрос звучит так: «Смогу ли я когда-нибудь составить четкое интеллектуальное представление о том, что произошло на этом более глубоком уровне научения?».

К. Гм. Что-то вроде этого.

Симпатия к себе

К. Меня беспокоит один вопрос, и я спешу задать его, потому что это чувство может возникнуть в любой момент: иногда мне не хочется ничего делать. Возникает ощущение довольства собой. И опять же Q-техника. Как-то раз я вышла отсюда, и у меня внезапно возникла мысль: «Я не лишена привлекательности»; честно говоря, я сама была ошеломлена, но именно так все и было... это вызвало во мне беспокойство, которое не оставляет меня и сейчас. Всего лишь ощущение довольства, ничего особенного, просто... довольство, да и все. Все скромно и благопристойно. Но это меня обеспокоило. И хотя я редко запоминаю то, что здесь говорю, но мне хотелось бы знать, почему я в этом уверена и почему меня задевает, когда я подозреваю... в себе чувство, которое возникает у меня, когда кто-то говорит ребенку: «Не плачь». Я хочу сказать, что всегда была уверена в неправильности таких слов; если он обижен, ему плохо, пусть поплачет. А теперь еще это мое ощущение довольства. Я недавно ощутила, что это... почти то же самое. Это... Мы ведь не возражаем, когда **дети** довольны собой. Это... наверное, не напрасно. Возможно, именно так люди и **должны себя чувствовать**.

Т. Вы были склонны ругать себя за это свое чувство, а теперь, когда вы обдумали все как следует, возможно, вы представили себе обе стороны медали. Если ребенок хочет плакать, почему бы ему этого не позволить? А если он хочет быть довольным собой, разве не имеет он на это законного права? Что касается связей между этими чувствами, лично я вижу в этом вашу оценку себя, которую вы переживаете заново.

К. Да, да.

Т. «Я действительно одаренный и интересный человек».

К. Что-то вроде того. А еще я говорю себе: «Наше общество грубо с нами обращается, и мы его потеряли». Я продолжаю возвращаться к своим чувствам в отношении детей. Возможно, они богаче нас. Возможно, мы... мы что-то потеряли в процессе роста.

Т. Вполне возможно, что они мудры тем, что мы утратили.

К. Правильно. Мое время вышло.

Обнаружение позитивного ядра личности

К. Я ужасно довольна, что захотела говорить о себе. Я хочу сказать, это нечто очень личное, о чем обычно не говорят. Теперь-то я понимаю свое чувство, точнее легкое предчувствие. Это... словно я попросту отвергла, понимаете, все нормы западной цивилизации. И я хотела знать, права ли я, в правильном ли направлении я шла и иду сейчас, и конечно понять, правильно ли я действую. Таким образом, конфликт был неизбежен. Теперь же я чувствую себя хорошо, да, именно так я себя и чувствую. Я имею в виду, что... мой так называемый недостаток ненависти — чувство очень реальное. Оно затрагивает все мои действия, я верю... я думаю, что это правильно. Я говорю себе, понимаете, что меня с детства

били по голове предрассудками и запретами, ложными доктринами, законами и наукой, холодильниками и атомными бомбами. Но им не удалось меня купить, понимаете, не удалось. Мне кажется, я просто не поддаюсь... я так это понимаю.

Т. В настоящее время вы чувствуете, что осознавали оказываемое на вас культурное давление, не всегда, но «всего этого в моей жизни было много, а теперь я глубже погружаюсь в себя, чтобы узнать свои реальные чувства». Складывается впечатление, словно что-то отделяет вас от вашей культуры, это вас немного пугает, но в целом это хорошо. Так ли это?...

К. Да. Теперь у меня есть чувство, что все действительно хорошо... Но есть и что-то другое — это чувство начинает расти, я бы сказала, оно практически оформилось. Это своего рода вывод о том, что я собираюсь прекратить искать всякие ужасы. Пока не знаю почему. Однако я хочу сказать... это нечто подобное. Словно я говорю себе, в свете того, что я знаю, что я для себя открыла... я вполне уверена, что победила страх, я настроена позитивно и не боюсь потрясений... более того, как мне кажется, я даже их приветствую. Но... учитывая места, где я побывала, то, что узнала здесь, необходимо принимать в расчет и то, чего я не знаю вероятно, это один из моих главных выводов на текущий момент. Понимаете? А теперь без всякого, так сказать, желания извинить себя, я утверждаю, что не могу сейчас найти ничего плохого.

Т. Правильно ли я вас понял? Вы погружаетесь в себя все глубже и глубже и, размышляя над своими открытиями и новыми знаниями, все тверже убеждаетесь в том, что, как бы глубоко вы ни забрались, вы не найдете ужасных и грязных вещей. Открытия ваши будут совсем иными.

К. Да, что-то вроде того.

Открытость переживанию

К. Мне представляется, что невозможно объяснить все ощущаемые изменения. Но недавно я ощутил, что стал объективнее относиться к своему физическому состоянию. Я не ожидаю от себя слишком многого. Вот в чем это проявляется: раньше после ужина я пытался бороться с усталостью. Теперь же я уверен, что действительно **устал** — что я не делаю себя усталым — просто мое физиологическое состояние сейчас не на высоте. Раньше я постоянно ругал себя за усталость.

Т. Итак, вы позволили себе быть усталым, вместо того, чтобы себя за это ругать.

К. Да, раньше я считал, что не имею права уставать. Причем я не просто перестал бороться с усталостью, у меня возникло реальное ощущение необходимости замедлить темп жизни, поскольку усталость — это не порок. Мне кажется, я нашел ответ на вопрос, почему я вел себя так, как мой отец, и имел те же взгляды на некоторые вещи. Например, я болен и сообщаю ему об этом, он вроде бы хочет мне помочь, но одновременно подразумевает. «Боже, еще одна напасть». Понимаете, нечто подобное.

Т. Словно в физическом заболевании есть нечто, вызывающее раздражение.

К. Да, я уверен, что мой отец с таким же пренебрежением относился к собственной физиологии, как и я. Прошлым летом я повредил спину, я даже слышал хруст. Вначале возникла резкая боль, действительно очень острая. Я обратился к врачу, а он сказал, что нет ничего серьезного, все пройдет само собой, если сильно не наклоняться. Прошло несколько месяцев... и недавно я заметил, что... боль нисколько не уменьшилась, и в этом нет моей вины.

Т. Это вовсе не характеризует вас плохо....

К. Нет — и одной из причин моей утомляемости, возможно, является постоянное напряжение, поэтому... Я уже договорился о встрече с врачом из больницы, он обещал меня осмотреть, провести рентгеновское и другие исследования. Вы можете сказать, что я слишком восприимчив к такого рода вещам... Но это действительно глубокое изменение, как я сказал, и, конечно, мои отношения с женой и обоими детьми... они стали неузнаваемы, я хочу сказать... нет ничего более прекрасного, чем настоящее, искреннее... **чувство** любви к собственным детям и ощущение их ответной любви. Не знаю, как это выразить. Мы все стали уважительно относиться к Джуди и заметили, поскольку сами в этом участвовали, значительные перемены, которые с ней произошли... Действительно очень глубокие

перемены.

Т. Как мне кажется, вы имеете в виду, что теперь внимательнее прислушиваетесь к себе. Если ваш организм говорит, что устал, вы ему верите, вместо того чтобы ругать; вы также со вниманием относитесь к появлению боли; вы способны не только ощутить любовь к жене и детям, но дать им ее почувствовать, что приводит к определенным переменам и в них.

Внутренний локус оценки

К. Ну, меня волнует, что я скольжу по поверхности вещей, не имею над ними власти, не могу докопаться до их сути.

Т. Возможно, вам достаточно будет взять по щепотке тут и там, вместо того чтобы копать глубоко.

К. Гм. Вот я и говорю... (*медленно и задумчиво*) если основываться на этом, все действительно зависит от меня самого. Я хочу сказать, мне теперь ясно, что я не могу рассчитывать на то, что кто-то другой меня научит. (*Очень тихо.*) Мне действительно придется добывать знания самостоятельно.

Т. Действительно, все становится на свои места: единственным человеком, способным вас научить, являетесь вы сами.

К. Гм (*длинная пауза, во время которой она сидит, размышляя*). У меня имеются все признаки испуга. (*Тихо посмеивается.*)

Т. Испуг: вы хотите сказать, что это ужасно?

К. Гм (*очень продолжительная пауза — очевидно, происходит внутренняя борьба*).

Т. Не хотели бы вы пояснить, что вы имеете в виду? Что говорит о вашем испуге?

К. (*смеется*) Я... не уверена, что смогу точно описать. Мне представляется... ну что моя позиция очень уязвима, но я еще не произнесла никаких слов, а мое чувство словно улетучилось. Как будто... я его отпустила.

Т. Вряд ли это была часть вас.

К. Я ощущаю удивление.

Т. Как в анекдоте, «боже мой, неужели я это сказал?» (*Оба смеются.*)

К. На самом деле не думаю, чтобы такое чувство возникало у меня раньше. Я... ах, мне кажется, что то, о чем я говорю, действительно является частью меня (*пауза*). Или же (*в недоумении*) я ощущаю **силу**, и однако ...понимаю, что это такой вид страха, испуга.

Т. Таким образом, вы хотите сказать, что произнесение подобных утверждений дает вам ощущение силы и одновременно заставляет почувствовать страх, так ли это?

К. Гм. Я это чувствую. Например, я сейчас ощущаю внутри себя — что-то вроде прилива, проявления энергии, силы. Словно это нечто действительно большое и мощное. Вместе с тем это почти физическое ощущение одиночества, лишения... поддержки, которую я имела.

Т. Вы чувствуете, что это нечто глубокое и сильное, пульсирующая сила, и в то же время, вы ощущаете, что лишаете себя всякой поддержки, когда говорите это.

К. Гм. Возможно, это... не знаю... это нарушение какого-то стереотипа, который меня поддерживал.

Т. Видимо, это нарушает достаточно значимый стереотип.

К. Гм (*Пауза, затем осторожно, но с убеждением.*) Я думаю... у меня есть чувство, что я приступаю к выполнению большего числа дел, чем мне по силам... Слишком много накопилось дел. Складывается впечатление, что мне предстоит поработать над многими сферами своей жизни, выработать новые линии поведения; вероятно, мне удастся хотя бы в чем-то преуспеть.»

Заключение и оценка

Заключение. Клиент-центрированная терапия исходит из того, что люди разумны, социализированы, конструктивны и устремлены вперед, а каждый человек обладает потенциалом к росту и самоактуализации. Психотерапия освобождает потенциал и возможности индивида.

Дезадаптированный или страдающий расстройством человек характеризуется неконгруэнтностью между собственным «Я» и переживаниями, которые являются угрожающими. Такой индивид склонен к защитной реакции, отрицанию или искажению переживаний, которые не согласуются с Я-концепцией. Психотерапия предлагает отношения, в которых неконгруэнтные переживания могут быть распознаны, выражены, дифференцированы и ассимилированы, то есть интегрированы в «Я». Человек становится более конгруэнтным, менее склонным к защите, более реалистичным и объективным в своем восприятии, более эффективным в решении проблем и более терпимым к другим людям — говоря коротко, психологическая адаптация индивида приближается к оптимуму.

Этот процесс и его результаты фасилитируются, если психотерапевт проявляет безусловное позитивное отношение к клиенту, демонстрирует эмпатическое понимание клиента, и ему с успехом удается сообщить эти установки клиенту в отношениях, где психотерапевт является конгруэнтным, или подлинным. Терапевтические отношения характеризуются ослаблением угрозы, а значит, освобождением клиента для переживания, выражения и исследования своих чувств.

Клиент-центрированная терапия возникла на основе сорокалетнего опыта работы Роджерса в сфере консультирования и психотерапии с большим количеством клиентов. Из этого опыта выросла теория, будущего которой никто не мог предугадать; действительно, клинический опыт Роджерса радикально изменил теоретические взгляды, которые он разделял в начале своей профессиональной карьеры.

Разработка Роджерсом теории терапии предшествовала развитию теории личности. Теория терапии возникла из желания упорядочить терапевтический опыт. Речь шла, в частности, о личностных изменениях, что в конце концов привело к созданию теории личности, описывающей природу нормальной и аномальной личности и ее развитие.

Теория личности получила название Я-теории, поскольку основная роль в ней отводилась «Я», или Я-концепции. Если рассматривать теорию терапии и теорию личности более широко, вместе они составляют перцептуальную теорию, или конкретнее, феноменологическую теорию. Феноменологическая природа этой теории прекрасно отражена в книге «Индивидуальное поведение: перцептуальный подход к поведению» (*Individual Behavior: A Perceptual Approach to Behavior*, Combs & Snygg, 1959).

Феноменология исходит из того, что хотя реальный мир может существовать, его существование не может быть познано или пережито непосредственно. Его существование находит отражение в восприятии этого мира. Сумма ощущений составляет феноменальное поле, или феноменальный мир, индивида. Люди способны познать только собственный феноменальный мир, но не реальный. Следовательно, они могут вести себя только с учетом своего восприятия или представления о происходящем.

Таким образом, Роджерс разделяет феноменологическую точку зрения, когда использует внутреннюю систему координат, или субъективный мир человека, как основу для эмпатии и понимания индивида. Кроме того, эти взгляды проявляются в его теории личности, когда он утверждает, что человек воспринимает свое ощущение как реальность — что на деле ощущение индивида **и есть** его реальность — и когда он определяет переживание как феноменальное поле индивида. В терапии важно, каким клиент **воспринимает** психотерапевта, а вовсе не то, каким психотерапевт является в действительности или каким, возможно, пытается предстать. Процесс терапии представляется как реорганизация ощущений клиента, связанных с собой и собственным миром. «Важнейшим моментом терапии... является то, что восприятие клиентом объектов в своем феноменальном поле — своих переживаний, чувств, собственного «Я», других людей, своего окружения — подвергается изменениям» (Rogers, 1951, p. 142). Роджерс с одобрением приводит высказывание Снигга и Комбса (Snygg & Combs, 1949): «Следовательно, мы могли бы дать определение психотерапии с феноменологической точки зрения как предоставление опыта, когда индивиду позволяют более адекватно дифференцировать феноменальное «Я» и его отношение к внешней реальности» (Rogers, 1951, p. 146).

Результаты терапии также включают руководство собой и восприятие локуса оценки и выбора как находящихся в самом «Я». Человек считается свободным агентом, способным делать выбор и принимать решения, имеющим на это полное право. «Это переживание

эффективного выбора новых способов существования» (Rogers, 1961a, p. 154). Бытует убеждение, что индивид способен на перемены, это убеждение широко распространено среди представителей большинства других теорий психотерапии. Клиент-центрированный подход предполагает, что человек способен на самостоятельные изменения в избранных им направлениях без руководства и манипуляции со стороны психотерапевта.

Оценка. Феноменология, однако, отличается детерминизмом. Комбс и Снигг (Combs & Snygg, 1959) утверждают: «Любое без исключения поведение полностью детерминировано и связано с перцептуальным полем функционирующего организма» (p. 20). Если всякое поведение полностью детерминировано, то свобода и выбор не могут существовать. Бек (Beck, 1963, pp. 66-67) процитировал Снигга и Комбса (Snygg & Combs, 1949, pp. 130-131), которые утверждали, что выбора не существует. Это высказывание, по-видимому, было изъято из второго издания их книги (Combs & Snygg, 1959), там отсутствуют упоминания о выборе или свободе; ни одно из этих слов даже не упомянуто в указателе. Тем не менее, как отметил Бек, феноменологии присущ детерминизм, что не согласуется с принципами клиент-центрированной терапии и теории личности, на которой основана клиент-центрированная терапия.

Можно возразить, что «Я» оказывает влияние на феноменальное поле, однако можно также сказать, что «Я» детерминировано само по себе. Следовательно, трудно представить себе, что клиент, перестраивая феноменальное поле, контролирует собственное поведение. Поведение, ведущее к реструктуризации, само по себе детерминируется существующим в данный момент феноменальным полем, и так далее, до бесконечности. Непонятно, каким образом, с философской позиции, примирить свободу и детерминизм. Малкольм (Malcolm, 1964) утверждает, что «свобода и детерминизм в действительности несовместимы и всегда останутся таковыми» (p. 107).

Каким образом Роджерсу удалось примирить детерминистское требование науки и принцип свободы и выбора, лежащие в основе его системы? По-видимому, он не видел конфликта между подходом феноменологии и его собственной системы к свободе и выбору, однако он отмечал различие между свойственным науке детерминизмом и принципами своей системы. В своих исследованиях Роджерс считал детерминированным мир, в котором действуют причинно-следственные связи. «Исследовать с применением научных принципов можно только часть собственных убеждений» (Rogers, 1964, p. 135).

Вместе с тем он утверждал, что это «не вся правда о жизни... Переживание выбора, свободы выбора... есть не только глубокая истина, но и весьма важный элемент в терапии» (Rogers, 1964, p. 135). Эти два убеждения представляются несовместимыми, однако они существуют в разных измерениях, по аналогии с волновой и корпускулярной теорией света. Они-то и представляют собой парадокс, который Роджерс считал неразрешимым. Однако он попытался увидеть эту дилемму в новой перспективе.

«Можно утверждать, что при оптимальной терапии человек переживает наиболее полную и абсолютную свободу. Он желает или выбирает то направление действий, которое представляется наиболее экономичным по отношению к внутренним и внешним раздражителям, поскольку именно такое поведение принесет наибольшее удовлетворение. Но с другой точки зрения мы можем сказать, что те же самые действия, могут определяться всеми факторами, существующими в данной ситуации. Давайте сравним это с поведением человека, склонного к защитной позиции. Он выбирает данный конкретный курс, но обнаруживает, что **не способен** вести себя таким образом. Он детерминирован факторами конкретной ситуации, однако эти факторы включают его защитную позицию, его отрицание или искажение некоторых фактических данных. Отсюда его поведение вряд ли принесет полное удовлетворение. Поведение такого человека детерминировано, однако он не волен сделать эффективный выбор. С другой стороны, полностью функционирующая личность не только переживает, но и использует абсолютную свободу, когда спонтанно, свободно и добровольно выбирает то, что абсолютно детерминировано» (Rogers, 1961 a, p. 193).

Роджерс не претендует на то, что такой подход помогает решить проблему. Конечно, это звучит не очень убедительно. Утверждение, что детерминированное — это то, что желается и выбирается в случае полностью функционирующей личности, но не в случае склонной к защите личности, представляется насильственным или даже морализирующим.

Кроме того, можно отметить, что сам детерминизм определяется природой человека и в то же время служит для определения этой природы. Вместе с тем может оказаться, что во время терапии защищающийся индивид станет полностью функционирующей личностью, хотя можно возразить, что такое изменение в данном случае также было предопределено.

Это противоречие коренится в самих принципах. То, что кем-то принимается за существующее и истинное, действительно существует и является истинным по определению. Детерминизм допускается как в науке, так и в феноменологии. Роджерс согласен только с первой частью этого утверждения. Вероятно, нет необходимости вообще делать такое допущение, чтобы оправдать существование науки или феноменологии. Как ни парадоксально, люди предпочитают детерминизм; хотя в пользу его нет убедительных доказательств. Неопределенность и вероятность распространены во многих областях науки. Роджерс указал на парадокс бихевиориста, проповедующего детерминизм и отрицающего возможность выбора, который выбирает цели и методы науки и человеческой жизни (Rogers, 1961a, p. 392). Выбор представляется таким же «фактом», как и предопределенность.

Однако можно заметить, что позиция Роджерса не полностью расходится с принципами феноменологии. Хотя время от времени он допускает существование свободы и выбора, он обычно говорит о **переживании** или **ощущении** свободы и выбора. Это переживание или ощущение имеет явно феноменологическую природу, а с позиции феноменологии реальность для индивида составляют его переживания или ощущения. Признание преимущественной важности восприятия клиентом психотерапевта, а не собственно личности или техник психотерапевта, как считают другие, также говорит о феноменологическом подходе. Исследования, посвященные этому феноменологическому параметру, подтвердили его значимость.

Заслуживает внимания и то, что ситуация не обязательно представляет собой дилемму или/или. Свобода не может сосуществовать с детерминизмом, и наоборот. Ни одна из концепций не имеет смысла без другой, а обе они составляют конструкт (как противоположности), по терминологии Келли.

Хотя Роджерс не ввел такого множества новых концепций или новых определений традиционных терминов, как это сделал, например, Келли, в его работах встречается целый ряд абстрактных понятий. Форд и Урбан (Ford & Urban, 1963) обратили внимание на уровень абстрактности таких концепций, как организмическое переживание, что представляет трудности для понимания теории. Они также подвергли критике включение субъективных концепций, таких как безусловное позитивное отношение. Эти авторы отмечают, что операционные определения таких концепций были разработаны для исследовательских целей, но подобные определения пригодились бы и психотерапевту.

Это замечание вполне оправдано. Концепции безусловного позитивного отношения, эмпатического понимания и конгруэнтности были преобразованы в измеряемые переменные, показана их взаимосвязь с прогрессом клиента в терапии и достигнутыми изменениями. Однако описание этих концепций слишком общее, практически не уделяется внимания проявлениям этих качеств психотерапевтом в ходе терапевтического процесса. Недостаточная конкретизация концепций отражает характерное переключение внимания на установки, при этом техники остаются несколько в стороне.

Роджерс отмечал: «Я полагаю, что качество моей встречи в долгосрочной перспективе гораздо важнее, чем полученные мной специальные знания, моя профессиональная подготовка, моя теоретическая ориентация, техники проведения интервью» (Rogers, 1962). Возможно, все это так и есть, однако качество отношений не может не быть связанным с другими факторами, включая техники. Начинаящий психотерапевт особенно нуждается в определенной помощи в процессе реализации базовых установок, однако создается впечатление, что техники применяются совершенно произвольно. Гендлин, например, указывал, что «эти установки могли быть отражены во множестве различных техник и стилей реакции психотерапевта... Неограниченный диапазон видов **поведения** психотерапевта позволяет реализовать и выразить эти **установки**» (Gendlin, 1962b). Конечно, нельзя эти слова воспринимать буквально; существуют определенные пределы — некоторые техники несовместимы с данными установками. Вместе с тем другие сторонники клиент-центрированного подхода, включая Портера (Porter, 1950) и Паттерсона (Patterson, 1959,

1974, 1985), уделяют техникам гораздо больше внимания.

Другой важный вопрос, касающийся клиент-центрированного подхода, состоит в том, действительно ли описанные Роджерсом условия являются необходимыми и достаточными для психотерапии. Роджерс отмечал, что при наличии этих условий неизбежно происходит терапевтическое изменение личности. Однако данные условия описываются не как окончательные, а как некая теория, «серия гипотез, открытых критике и одобрению, расширяющих и уточняющих наши знания в этой области» (Rogers, 1957).

Эллис (Ellis, 1959) ставил под сомнение эти условия, особенно их необходимость и достаточность, хотя не исключал, что они могут быть желательными. Он отмечал, что изменение личности не происходит без психологического контакта с другим индивидом через переживание чтения или слушания. Можно спросить, конечно, почему, если даже отсутствует прямой **личный** или же **психологический** контакт, определенные переживания не могут никого затронуть. Эллис также указывал, что конгруэнтные и нетревожные индивиды могут существенно преобразовать свою личность в процессе жизненных переживаний и чтения. Он отмечал, что ему приходилось встречать клиентов, получивших помощь от психотерапевтов с эмоциональными нарушениями и неконгруэнтностью. Вместе с тем Эллис не обсуждает вопрос, были ли эти психотерапевты конгруэнтными в терапевтических отношениях, на чем настаивает Роджерс.

Говоря о безусловном позитивном отношении, Эллис утверждает, что видел, как минимум, одного клиента, который достиг заметного улучшения при работе с психотерапевтами, «не отличавшимися действительно позитивным отношением к своим пациентам, но которые пытались привести в порядок жизнь и мировоззрение этих пациентов с целью удовлетворить свои собственные желания» (Ellis, 1959). По мнению Эллиса, наличие эмпатического понимания является наиболее желательным условием. Он же добавляет, что клиенты, которым было указано на их поведение во вред себе и продемонстрированы альтернативные виды поведения, рассмотрев свои проблемы в собственной системе координат, смогли помочь друзьям и родным, давая им конкретные технические советы без всякого эмпатического понимания. Наконец Эллис заявляет, что на собственном опыте показал отсутствие необходимости для клиента ощущать со стороны психотерапевта принятие и эмпатию в случае параноидных личностей, которые настаивали на том, чтобы быть понятыми, однако в конце концов встали на позицию психотерапевта.

На этом основании Эллис делает вывод, что не всем, но некоторым людям удастся значительно перестроить собственную личность и тогда, когда отсутствуют все шесть перечисленных Роджерсом условий (Rogers, 1957). Эллис считает, что не существует ни одного условия, абсолютно необходимого для конструктивного личностного изменения. Существует ряд альтернативных условий, которые могли бы привести к тому же результату. Таким образом, можно утверждать, как уже не раз говорилось в этой главе, необходимостью является не столько наличие каких-либо условий по ощущению стороннего наблюдателя, сколько ощущение их наличия клиентом. Тем не менее Эллис ставит вопрос о необходимости хотя бы одного из этих условий.

Возможным решением проблемы, свойственной клиент-центрированному подходу в целом, будет выделение единственного необходимого, но недостаточного условия конструктивного личностного изменения — наличия у человека потенциала к росту, проявляющегося в стремлении к поддержанию и совершенствованию своего «Я», не разрушенного тяжелой органической или психологической травмой. Безусловно, выраженность этой мотивации сильно варьирует. Когда она сильна, перечисленные Роджерсом условия должны присутствовать лишь в минимальной степени, они могут практически ускользать от взгляда внешнего наблюдателя, но их замечает сам клиент. Когда же базовая мотивация к изменению слаба или испытывает угрозу, внешние условия должны присутствовать в большей степени. Выраженность каждого из этих условий также может варьировать, возможно, наличие их всех не является обязательным, хотя при позитивном отношении к клиенту со стороны психотерапевта, если имеется одно из них, другие условия обычно присутствуют, пусть в минимальной степени. Или же в каком-то конкретном случае играет роль другое необходимое условие, которое, в сочетании с мотивацией клиента, станет достаточным, например ощущение клиентом конгруэнтности, эмпатии и безусловного

позитивного отношения со стороны психотерапевта.

Таким образом, трудно судить о том, насколько необходимы предложенные Роджерсом условия. Вместе с тем их возможная достаточность для позитивного изменения личности и поведения убедительно доказана интенсивными исследованиями, проведенными за 40 лет с привлечением множества клиентов, имевших широкий спектр проблем.

После переезда в Калифорнию Роджерс практически ничего не писал об индивидуальном консультировании или психотерапии. Его подход в то время уже достаточно хорошо себя зарекомендовал и продолжает оставаться одним из основных методов психотерапии. Было время, когда последователей у него было несоизмеримо больше, чем у любой другой терапевтической школы, однако с созданием и распространением многочисленных техник (включая поведенческую терапию), увеличилось число клиницистов, считающих себя эклектиками, то есть сочетающих в работе два и более подходов.

Литература на тему клиент-центрированной терапии весьма обширна, начиная с выхода в свет книги Роджерса в 1942 г. В 1947 г. Снайдер издал книгу, посвященную описанию случаев из практики. Портер (Porter, 1950) опубликовал книгу, весьма полезную при обучении психотерапевтов. Паттерсон (Patterson, 1959, 1974, 1985) посвятил клиент-центрированной терапии целый ряд работ. В 1961 г. Снайдер и Снайдер выпустили в свет книгу, посвященную психотерапевтическим отношениям. Бой и Пайн также опубликовали ряд работ, последняя из которых вышла в 1990 г. В Англии Мирнс и Торн (Mearns & Thorne, 1988) издали учебник по клиент-центрированной терапии. Большинство из авторов публикаций на тему клиент-центрированной терапии в свое время были студентами Роджерса.

Целый ряд публикаций включает материалы для использования при обучении психотерапевтов. Портер (Porter, 1950) включил в свою книгу претесты и посттесты для использования при обучении. Паттерсон (Patterson, 1967; см. также Nelson-Jones & Patterson, 1974, 1976; Patterson & Nelson-Jones, 1975) разработал Шкалу установок консультанта (*Counselor Attitude Scale*) на основе инструмента, ранее созданного Стюартом (Stewart, 1958). Широко известным инструментом для измерения восприятия клиентами установок психотерапевта является Опросник отношений Барретт-Леннарда (*Barrett-Lennard Relations Inventory*) (Barrett-Lennard, 1962). Труа и Каркхафф (Truax & Carkhuff, 1967; Carkhuff, 1969) разработали шкалы для оценочных интервью по ряду характеристик психотерапевта. Пересмотренные шкалы Каркхаффа включают инструменты для оценки эмпатического понимания, уважения, подлинности, конкретности или специфичности, конфронтации, самораскрытия и непосредственности в отношениях. Первые четыре считаются Каркхаффом переменными реакций, а оставшиеся три — переменными действий в психотерапии. Труа также разработал шкалу для измерения глубины самопознания клиента, эту шкалу впоследствии пересмотрел Каркхафф. Все вышеперечисленные шкалы воспроизводятся и обсуждаются в книге Паттерсона (Patterson, 1985).

Опубликованы два тома, объединяющих работы, посвященные достижениям клиент-центрированной теории и практики. В 1970 г. Харт и Томлинсон выступили в роли редакторов книги «Новые направления в клиент-центрированной терапии» (*New Directions in Client-centered Therapy*). Из 21 автора статей одним был сам Роджерс (5 статей), 10 получили степени в Чикагском университете, а 5 других, включая редакторов, в разное время работали с Роджерсом. Из 30 представленных статей 11 уже публиковались ранее; остальные вышли в свет на протяжении 1960-х гг. Они были сгруппированы в разделы, посвященные теории, исследованиям и новым направлениям в практике. В предисловии Роджерс отметил, что практики клиент-центрированной терапии всегда отличались готовностью к изменению, открытостью к результатам экспериментов и исследований. Вместе с тем на фоне происходящих изменений несколько тем сохраняют свою актуальность: 1) опора на стремление человека к росту и здоровью, то есть самоактуализации; 2) большее внимание к чувствам, чем к интеллектуальным аспектам переживаний; 3) акцент на текущей ситуации, а не на прошлом; 4) упор на сами терапевтические отношения как опыт роста; 5) фокусирование на уникальном, субъективном внутреннем мире человека как ядре человеческой жизни (эта точка зрения сильно противоречит основной тенденции американской психологии, которая придерживается механистической, атомистической, детерминистской системы координат); 6) признание сильной потребности людей в межличностных отношениях, которые

характеризуются глубиной, реальностью, отсутствием защит; 7) убежденность в том, что обучение и подготовка консультантов или психотерапевтов должна быть в первую очередь, эмпирической, а не только когнитивной.

В 1974 г. Векслер и Райс (Wexler & Rice, 1974) опубликовали сборник оригинальных статей под названием «*Innovations in Client-centered Therapy*». Пятнадцать из его авторов получили степень доктора философии в Чикагском университете, один входил в штат университета, а семнадцатым был сам Роджерс, написанная им глава имела заголовок «Заметки о будущем клиент-центрированной терапии» (*Remarks on the Future of Client-centered Therapy*). Статьи сгруппированы по разделам, первый из них посвящен теории, второй — практике, а третий озаглавлен «За пределами индивидуальной психотерапии» (*Beyond Individual Psychotherapy*). Редакторы отмечают, что хотя теория вытекает из роджерианской теории, статьи отражают «заметный отход» от нее. Существенным моментом является акцент на когнитивных и связанных с переработкой информации концепциях и языке при описании и анализе внутренних процессов, происходящих у клиента, когда он исследует и реорганизует свой опыт или, по информационно-процессуальной терминологии Векслера, дифференцирует и интегрирует смыслы, способствуя реорганизации.

«Суть успешной терапии видится в **изменении характерного стиля переработки информации**» (Wexler, 1974). Клиент-центрированный психотерапевт в своем эмпатическом реагировании функционирует в роли суррогатного обработчика информации с целью помочь клиенту в преодолении недостатков присущего ему стиля переработки и организации информации. Рассмотрение терапевтического процесса в информационно-процессуальных терминах позволяет провести детальный и более конкретный анализ, на основании которого проясняется процесс и предлагаются новые подходы к его исследованию и изучению. Кроме того, становится ясно, что, вопреки некоторым критическим замечаниям, клиент-центрированная терапия не может считаться антикогнитивной или некогнитивной.

Райс (Rice, 1974) также использовала информационный подход в своем методе пробуждающей рефлексии (*evocative reflection*), или реагирования. Пробуждающей называется рефлексия, которая заново вызывает реакции или переживания клиента за счет отражения (рефлексии) переживания (или его части) живо, конкретно и точно. Это позволяет клиенту сосредоточиться на переживании, заново его испытать и переработать, в результате клиент формирует более точные представления об этом переживании. Это ведет к замещению лучшим методом, или «схемой» (по Пиаже), неадекватных или искаженных схем переработки сходных переживаний.

Векслер рассматривал чувства как продукты когнитивной деятельности, возникающие в результате определенного способа переработки и организации информации. Признавая их существование, он в действительности ими не занимался. Батлер (Butler, 1974) в своей иконической (*iconic mode*) психотерапии стал учитывать чувства. Для него чувства представляли собой нейрофизиологические процессы, вызываемые внешними и внутренними раздражителями. Чтобы понимать их и работать с ними, особенно в случае чувств, развивающихся изнутри, необходимо их отобразить в какой-либо форме. Это возможно с помощью икон (объективированных образов). Клиент выражает (отображает) свои чувства символически поэтическим, метафорическим и образным языком, театральными жестами. Психотерапевт эмпатически переживает эти объективированные чувства клиента, субъективирует их, чтобы они стали его собственными чувствами, затем повторно объективирует их и возвращает клиенту. Таким образом, посредством когнитивных процессов уточнения и дифференциации клиент реализует или самоактуализирует себя в мире. Вместе с тем данный процесс не имеет ничего общего с буквальной, дискурсивной, аналитической концептуализацией или логикой. Происходящее самопознание символично, но логически не организовано.

Дополнительным направлением в клиент-центрированной терапии, еще менее когнитивным по своей природе, является эмпирическая психотерапия по Гендлину (Gendlin, 1962b, 1970a, 1970b, 1974, 1981; Gendlin & Tomlison, 1967). Эмпирическая психотерапия фокусируется на текущем переживании клиента и пытается помочь пережить его более интенсивно, чтобы клиент точнее, конкретнее исследовал «ощущаемые смыслы» (*felt meanings*), связанные с этим переживанием. Психотерапевт помогает клиенту выразить

словами, определить и представить в виде символов ощущаемые смыслы своего переживания. Это включает когнитивную деятельность, однако слова, концепции или символы не могут выразить всех ощущаемых смыслов переживания. Таким образом, хотя в методе Гендлина имеются когнитивные аспекты, эмпирическая терапия — по сути своей аффективный, или чувственный, процесс. Чувства — это не вещи или нечто, прилагаемое к переживанию; они являются существенной или неотъемлемой его частью. Символизация или концептуализация ощущаемого переживания не может полностью заменить полную его репрезентацию, а представляет собой дополнительное переживание. Несмотря на использование нового термина для обозначения своего подхода, Гендлин признает, что в основе его лежит клиент-центрированная терапия, то есть отношения, фокусирующиеся на рефлексивном слушании, которые позволяют психотерапевту принимать участие в переживаниях клиента. Гендлин рассматривал свой эмпирический подход в качестве продолжения клиент-центрированной терапии. В то же время Бродли (Brodley, 1990) настаивал на том, что данный подход выходит за рамки клиент-центрированной терапии из-за своих методов, нарушающих некоторые основные принципы клиент-центрированной терапии.

И когнитивное, и эмпирическое направления сохраняют основные элементы традиционной клиент-центрированной терапии. В них требуется, чтобы психотерапевт вошел и оставался во (внутренней) системе координат клиента. Психотерапевт отвечает на переживание клиента, не реагируя на него, отклоняет его или направляет его с позиции своей (психотерапевта) системы координат. Это требование теории переработки информации. Следовательно, эмпатическая реакция представляет собой основной, практически единственный вид деятельности психотерапевта. Практика клиент-центрированной терапии остается без изменений. Когнитивное (информационно-процессуальное) и эмпирическое направления фокусируются на деятельности клиента, давая детальное описание и разъяснение процесса его самопознания, а также демонстрируя, как этот процесс фасилитируется благодаря эмпатическим реакциям со стороны психотерапевта. Эмпатическое реагирование или суррогатная переработка информации по Векслеру, пробуждающая рефлексия (реагирование) по Райс, иконическая рефлексия по Батлеру, эмпатическая рефлексия по Гендлину имеют одну цель: обеспечить реакции, открывающие и фасилитирующие продолжение чувствования, переживания и исследования у клиента, а также избежать реакций, которые закрывали бы это переживание или лишали бы клиента инициативы. Вместе с тем методы Гендлина выходят за рамки реагирования на клиента с целью направить процесс переживания (Brodley, 1990).

Фокусирование на эмпатическом реагировании согласуется с представлениями Роджерса о том, что в некоторых сферах межличностных взаимоотношений конгруэнтность или безусловное позитивное отношение могут быть наиболее значимым условием, однако в терапии приоритет несомненно принадлежит эмпатии (Rogers, 1975). (Это мнение отражает изменения, происшедшие с 1959 г. во взглядах Роджерса о первоочередном значении конгруэнтности, или подлинности (Rogers, 1959.) Представление о центральной роли эмпатии особенно значимо в свете отведения первого места конгруэнтности, или подлинности, многими психотерапевтами, включая некоторых сторонников клиент-центрированной терапии. Векслер отмечал, что введение в отношения реакций психотерапевта не согласуется с клиент-центрированной ориентацией, поскольку речь идет о привнесении материала из внешней системы координат, что не соответствует эмпатическому реагированию (Wexler, 1974).

Эти направления в клиент-центрированной теории могут быть полезны для прояснения терапевтического процесса и открытия новых подходов к его изучению и исследованию. Когнитивный анализ природы переживания и самопознания клиента зависит от конкретного психотерапевта, поскольку многие сторонники клиент-центрированного подхода считают чувства вещами в себе, в отличие от переживаний и когниций.

В сфере клиент-центрированной терапии проведено множество исследований начиная с 1940-х гг., которые были продолжены в 1950, 1960 и 1970-х гг., хотя после этого их число стало уменьшаться. В ранние годы своей практики Роджерс в равной мере проявлял интерес к исследовательской и клинической работе. Он впервые стал использовать электронные записи терапевтических интервью и анализировать стенографические протоколы. Его студенты в Университете штата Огайо и Чикагском университете принимали активное участие в

исследовательских работах в рамках подготовки докторских диссертаций.

Большой раздел вышедшей в 1942 г. книги (Rogers, 1942) включает восемь интервью с «Гербертом Брайаном». Серия исследований, проведенных в конце 1940-х гг., заняла весь номер журнала «*Journal of Consulting Psychology*» (Rogers, Raskin, Seeman, Sheerer, Stock, Haigh, Hoffman & Carr, 1949). Роджерс и Даймонд (Rogers & Dymond, 1954) редактировали книгу, включавшую результаты поздних исследований, в том числе с участием ряда известных клиницистов (J. M. Butler, Desmond Cartwright, Thomas Gordon, Donald Grummon, Gerard Haigh, Eve S. John, Esselyn Rudikoff, Julius Seeman, Rolland Tongas and Manuel Vargus). Впоследствии Роджерс подвел итоги этих исследований (Rogers, 1961a, chapters 11 and 12).

Опубликован ряд обзоров, посвященных более поздним исследованиям. В обзоре Труа и Кархаффа (Truax & Carkhuff, 1967) содержится 439 ссылок. В обзоре, который подготовили Труа и Митчелл (Truax & Mitchell, 1971), освещаются результаты 92 исследований и делаются обнадеживающие выводы. Впоследствии вышли обзоры, содержавшие критические замечания. Группа авторов (Mitchell, Bozarth & Krauft, 1977) ставят под сомнение, но не отвергают полностью выводы Труа и Митчелла (см. оценку этого обзора, Patterson, 1984). Другие авторы (Parloff, Waskow & Wolfe, 1978) отметили, что

«необоснованные заявления о том, что «высокие» уровни (абсолютные или относительные) точной эмпатии, теплоты и подлинности (независимо от источника оценки или природы инструмента) представляют собой «необходимые и достаточные» условия эффективной терапии (независимые от оценки результатов или условий), не подкреплены фактами» (p. 249).

Справедливости ради отметим, что необоснованных заявлений никто не делал; сами авторы обзора обнаружили больше исследований с позитивными, чем с негативными результатами.

Орлински и Ховард (Orlinsky & Howard, 1978) проанализировали некоторые из исследований, которые рассматривались в двух ранее опубликованных обзорах. Кроме того, они рассмотрели исследования, посвященные восприятию клиентами характеристик психотерапевта, и обнаружили, что ощущения клиентов устойчиво связаны с благоприятными результатами терапии; этот вывод, к сожалению, недостаточно подкреплен. Полученные результаты согласуются с точкой зрения Гурмана (Gurman, 1977): «имеются существенные, если не однозначные доказательства в поддержку предполагаемой связи между восприятием пациентом условий и результатом индивидуальной психотерапии и консультирования» (p. 523).

Еще одна группа авторов (Lambert, DeJulio & Stein, 1978) выбрала для своего обзора 18 исследований, проведенных до 1977 г. и считающихся лучшими в данной области. Они пришли к следующему выводу: «Несмотря на более чем 20-летний период исследований и некоторые улучшения методологии, обнаруживается весьма скромная связь между так называемыми фасилитирующими условиями и результатами психотерапии. В отличие от частых заявлений о высокой значимости особенностей психотерапевта, приносимых им в отношения, результаты экспериментов говорят об отсутствии точных тестов и однозначного подтверждения рожерианской гипотезы» (p. 486). Безусловно, при отсутствии точных тестов не может быть и речи об однозначном подтверждении. Авторы отмечают многочисленные проблемы, возникающие при организации исследований.

Бергин и Суинн (Bergin & Suinn, 1975) в своем обзоре, включающем исследования за период 1971, 1972 и 1973 гг., приходят к выводу, что «теперь стало ясно, что эти (психотерапевта) параметры не являются решающими, как было принято полагать; однако их присутствие и влияние вездесуще, оно проявляется даже в поведенческой терапии».

В еще одном интересном обзоре (Gomes-Schwartz, Hadley & Strupp, 1978) высказывается негативная оценка: «Прежние утверждения об убедительной фактической поддержке взаимосвязи между фасилитирующими "условиями" психотерапевта и исходом терапии (Truax & Mitchell) не подтверждаются последними наблюдениями» (цитируется обзор Бергина). Авторы тут же оговариваются: «Из этого вовсе не следует, что качество терапевтических отношений не является важнейшим фактором, определяющим эффективность психотерапии» (p. 440).

«В последнем разделе обзора, посвященном терапевтическим отношениям,

отмечается, что при теплоте, близости, ощущении сопричастности психотерапевта пациенты с большей вероятностью доходили до завершающих этапов терапии (на примерах четырех исследований), были удовлетворены текущим терапевтическим процессом (два исследования), демонстрировали более значительные улучшения (три исследования). Терапевтические отношения, характеризующиеся свободным раппортом и открытой коммуникацией, с большей вероятностью гарантировали продолжение пациентами терапии (два исследования) и лучший результат (два исследования)» (р. 442).

Несмотря на общий негативный тон этих обзоров, встречались и некоторые позитивные комментарии, когда речь шла неоспоримых фактах. Особого внимания заслуживает следующее замечание (Orlinsky & Howard, 1978): «Если результаты более позднего исследования в целом согласуются с полученными ранее, следует сделать вывод о надежности выявленного эффекта» (pp. 288-289). Те же авторы (Orlinsky & Howard, 1986) отметили, что «в целом 50-80% всех исследований в этой области позволяют сделать положительные выводы, что указывает на взаимосвязь фасилитирующих условий с результатами терапии» (р. 365). Недавно опубликованный обзор (Orlinsky, Grawe & Parks, 1994) также свидетельствует в пользу существования терапевтической взаимосвязи, включающий такие элементы, как эмпатия и конгруэнтность.

Еще в одном обзоре исследований, проведенных позднее 1985 г. (Beutler, Machado & Neufeldt, 1994), отмечается следующее.

«Представление Роджерса (Rogers, 1957) о «необходимых и достаточных» условиях для эффективной психотерапии определяло направление исследований психотерапевтических отношений в течение трех десятилетий. Современные исследователи, скорее всего, согласятся с тем, что эти фасилитирующие качества играют центральную роль в терапевтическом изменении. В клинической практике этот принцип также считается общепринятым и включен в большинство современных теорий. Эти параметры наиболее часто упоминаются, когда заходит речь об «общих» или «неспецифических» характеристиках психотерапии. Эти качества терапевтических отношений ответственны за большую часть терапевтических изменений» (р. 243).

Авторы обзора (Beutler, Machado & Neufeldt, 1994) приходят к выводу, что «существуют убедительные доказательства в поддержку убеждения (в настоящее время общеизвестного), что теплые и поддерживающие терапевтические отношения фасилитируют терапевтический успех... В этой области продолжают проводиться широкие исследования» (р. 259). Итак, можно сделать вывод о том, что имеются веские экспериментальные свидетельства о взаимосвязи между эффективностью терапии и условиями, которые перечислил Роджерс (Rogers, 1957) (см. Stubbs & Bozarth, 1994).

Паттерсон (Patterson, 1984) указал на влияние предвзятого отношения в более ранних обзорах, выводы которых не всегда согласуются с результатами анализируемых исследований. Он также отметил и другие факторы, которые следует учитывать при анализе результатов исследований. Так, утверждение Орлински и Ховарда гласило, что результаты исследований, которые были включены в обзор, свидетельствуют **против положительных выводов**; однако большинство исследований дали позитивные результаты.

Каково будущее клиент-центрированной терапии? В 1950—1960-х, даже в 1970-х гг., многие, если не все, программы обучения консультантов (в отличие от программ по консультационной и клинической психологии) считались клиент-центрированными. В настоящее время таких программ осталось совсем немного. Студентам теперь не предлагается изучать оригинальные работы Карла Роджерса.

Высказывается предположение, что основные принципы клиент-центрированного подхода вошли в психотерапию в целом. Например, важность, даже необходимость хороших отношений между психотерапевтом и клиентом считается общепринятой. Вместе с тем в центре внимания при подготовке психотерапевтов находятся техники, а не отношения. Можно усомниться в том, что философия и принципы клиент-центрированной терапии в настоящее время хорошо понимаются, принимаются и реализуются (Patterson, 1990). Трудно судить о степени влияния клиент-центрированной теории на другие виды терапии или отдельных психотерапевтов. В 1985 г. на конференции, посвященной эволюции психотерапии, Роджерса приветствовали стоя, аплодисменты не смолкали в течение пяти минут, только он один

удостоился такой чести. Несмотря на это, напрасно искать в работах других участников (Zeig, 1987) этой конференции следы его влияния. В 1986 г. Дэвид Кэйн при поддержке Карла Роджерса начал издавать журнал «*Person-Centered Review*», посвященный человекоцентрированной теории, исследованию и практике. Он перестал выходить спустя пять лет в связи с малым числом подписчиков. (Интересно, что два сходных журнала — «*The Person-Centered Journal*» и «*Person-Centered Quarterly*» — начали выходить в 1994 г.; мы станем свидетелями их дальнейшей судьбы.)

Вероятно, мы проявляем чрезмерный пессимизм, однако ближайшее будущее клиент-центрированной терапии, с нашей точки зрения, не выглядит многообещающим, в частности при возобладавшем интересе к краткосрочной, директивной, когнитивно-ориентированной, проблемно-ориентированной терапии. Но есть надежда, что в перспективе философия, теория и, конечно, практика клиент-центрированной терапии восторжествуют.

Часть V. Экзистенциальная психотерапия

Предисловие к части V

В настоящем руководстве мы рассмотрели несколько различных концепций психотерапии, при этом в некоторых подходах уделяется больше внимания рациональным, преимущественно когнитивным процессам решения проблем, другие в основном фокусируются на установках и чувствах. Соответственно варьируют методы и техники этих подходов. В основе следующего подхода (или подходов) в психотерапии лежит понимание клиента как существующего в мире. Прилагательное **экзистенциальный** относится к соответствующему мировоззрению, а **экзистенциальной терапией** называется терапевтический подход. Общий подход развивался независимо в разных частях Европы (May & Yalom, 1989). Ряд психиатров, многие из которых прошли подготовку в области фрейдистского психоанализа, проявили интерес к взаимосвязи экзистенциальных концепций и психотерапии. Это такие клиницисты, как Бинсвангер (Binswanger, 1956), Босс (Boss, 1957), Франкл (1965), Марсел (Marcel, 1948) и Соннеман (Sonneman, 1954). В США это Ролло Мэй (Rollo May, 1961), Джеймс Бюдженаль (James Bugental, 1976, 1978, 1981, 1987) и Ирвин Ялом (Irvin Yalom, 1980), которые внесли наибольший вклад в развитие экзистенциального подхода в психотерапии, хотя нельзя не отметить заслуг Лефабра (Lefabre, 1963) и ван Каама (van Kaam, 1961, 1962).

Развитие экзистенциализма описано Мэем (May, 1958b). Оно стало частью феноменологического движения в философии (Spiegelberg, 1960b), особое влияние на экзистенциализм оказала феноменология Гуссерля (Husserl, 1929), как отмечает Шпигельберг (Spiegelberg, 1960a). Феноменология преимущественно повлияла на выбор подхода к человеку и его миру. Экзистенциальная философия, второй важный источник экзистенциализма, ведет свое начало от работ Кьеркегора (Kierkegaard, 1944, 1954a, 1954b) и Ясперса (Jaspers, 1955). Позднее экзистенциальные философы, такие как Хайдеггер (Heidegger, 1949, 1962), Марсел (Marcel, 1948) и Сартр (Sartre, 1953), испытали влияние феноменологии Гуссерля. Экзистенциальная философия занимается природой человеческой сущности, ее существованием в современном мире, а также смыслом этого существования для отдельного человека. Она сосредоточена на непосредственных переживаниях индивида, его существовании и переживании этого существования.

Экзистенциализм определяется Мэем (May, 1958b) как

«попытка понять человека посредством устранения раскола между субъектом и объектом, который искажил западную мысль и науку вскоре после Возрождения... Он зародился более ста лет назад в яростном протесте Кьеркегора против господствующего рационализма своих современников, гегелевского «тоталитаризма причины», если пользоваться выражением Маритена» (Maritain, p. 11).

Человек не является веществом или механизмом, это появляющееся, становящееся или существующее бытие, где термин **существовать** буквально обозначает «выделяться»;

возникать». Существование противопоставлено сущности, которая является абстракцией, но которая тем не менее находится в центре внимания традиционной науки. Вместе с тем это противопоставление само собой устранено, как отмечает Тиллих (Tillich, 1961), в высказывании Сартра «Сущность человека состоит в его существовании»; то есть сущность человека заключается в способности создавать себя».

Человек как субъект никак не может быть отделен от объекта, который он наблюдает. Смысл объективного факта зависит от отношения субъекта к нему. Люди существуют в мире, частью которого они являются — это так называемое бытие-в-мире. Экзистенциализм сосредотачивается на переживаниях человека — особенно на неинтеллектуальных способах переживания и на существовании как полной вовлеченности в ситуацию в мире. Данный подход ставит во главу угла переживания индивида; его «системой координат является человек, со всеми его страхами, надеждами, тревогами и ужасами... Фундаментальный вклад экзистенциальной терапии состоит в понимании человека как бытия... Фундаментальный характер экзистенциального анализа, таким образом, связан с **онтологией**, наукой о бытии, а также с *дазайн* (*Dasein*), экзистенцией отдельного бытия, сидящей напротив психотерапевта» (Van Dusen, 1957).

Не существует единственной экзистенциальной терапии; напротив, речь идет о многочисленных подходах, часто бессистемных, уделяющих минимальное внимание техникам. Так, анализ Сартра скорее представляет собой философию, чем клиническую практику. Идеи Бинсвангера (Binswanger, 1958) являются, как отмечает ван Каам (van Kaam, 1961), не столько примерами терапевтической практики, сколько указаниями на то, что «психотерапевту следует поощрять участие всей человеческой сущности пациента в сущем других с целью преодоления тревоги».

Точно так же, как не существует единственной экзистенциальной психотерапии, не существует и единой школы экзистенциалистской философии. Между школами имеются различия и противоречия. Ван Дусен (Van Dusen, 1957) рассматривает их в континууме, причем некоторые из них, например школа Сартра, делают акцент на полюсе небытия, а другие, в частности школа Марсела, подчеркивают значимость полюса бытия в диапазоне человеческих переживаний. Небытие характеризуется пессимизмом, темнотой и смертью, в то время как другой полюс — оптимизмом, светом и жизнью.

Несмотря на отсутствие единой теории или подхода, имеется ряд общих аспектов, или элементов, лежащих в основе всех экзистенциальных подходов в психотерапии. Речь, в частности, идет о следующих темах (Braaten, 1961; May, 1958b; van Kaam, 1961).

1. Отличительной особенностью человеческого существования является *дазайн*, наличное бытие, которое состоит в том, что сущее знает, что оно здесь и может занять позицию по отношению к этому факту. Люди отличаются от всех других животных своей способностью осознавать себя, а также события, которые оказывают на них влияние, осознавать прошлое, настоящее и будущее как непрерывность. Это позволяет им делать выбор и принимать решения. Таким образом, человек несет ответственность за свой выбор. «Само по себе самосознание, то есть потенциал человека к осознанию того, что широкий изменчивый поток переживаний и есть его переживания, неизбежно привносит в каждый момент элемент принятия решения» (May & van Kaam, 1963, p. 78).

Таким образом, люди свободны и представляют собой то, что из себя сделали; наследственность, среда, воспитание и культура — не более чем отговорки. Внешние воздействия накладывают определенные ограничения, однако не являются решающими.

«Человек есть существо, способное осознавать и, следовательно, нести ответственность за свое существование. Эта способность к осознанию собственного бытия отличает человека от других живых существ. Экзистенциальные психотерапевты представляют человека не только как «бытие-в-себе». Бинсвангер и другие авторы... говорят о *дазаине*, выбирающем то или другое, подразумевая «человека, который-ответствен-за-выбор-своего-существования»» (May, 1958a, p. 41).

2. Экзистенциалисты разделяют «убеждение о невозможности думать о субъекте и мире порознь» (van Kaam, 1961). Такие термины, как **участие**, **встреча**, **присутствие** и **дазайн**, выражают это убеждение. Люди одновременно живут в трех мирах: в биологическом мире (*Umwelt*) без самоосознавания; в мире взаимодействий или встреч с другими людьми

(*Mitwelt*), или мире людей, включающем взаимное осознание; и в мире самоидентичности, или бытия-в-себе (*Eigenwelt*) (May & Yalom, 1989).

3. Следовательно, человек представляет собой не статичную сущность, он постоянно пребывает в состоянии перехода, становления, эволюции, то есть **бытия**. Человек актуализирует себя, или реализует внутренний потенциал благодаря постоянному участию в мире вещей и событий и всегда при встречах или в диалогах с другими людьми. Некоторые качества бытия могут быть развиты лишь в отношении к другому человеку. Терапия представляет собой встречу, или диалог, во время которой клиенту дается возможность развить определенные человеческие качества. Бытие, следовательно, не дается раз и навсегда, а находится в постоянном развитии. Таким образом, будущее для людей чрезвычайно важно.

4. Людям также известно, что когда-нибудь в будущем их не станет. Бытие предполагает факт небытия, а смысл существования учитывает факт несуществования. С позиции экзистенциализма смерть делает жизнь реальной; это единственный абсолютный факт в жизни. Люди осознают тот факт, что им предстоит умереть, и они должны противодействовать этому факту. Они также способны в любой момент сделать выбор в пользу прекращения существования. Они сознают изоляцию, небытие, утрату индивидуальной значимости, или идентичности, отчуждение, или пустоту (см. Yalom, 1980).

5. Угроза небытия служит источником «нормальной» тревоги, враждебности и агрессии — нормальной, потому что угроза эта всегда присутствует у всех индивидов. Эта тревога (иногда называемая «экзистенциальной тревогой») является «онтологической особенностью человека, коренящейся в самом его существовании как таковом» (May, 1958a, p. 50). Тревога ударяет в самую сердцевину самооценки индивида — ощущение ценности своего «Я»; это угроза распада «Я», утраты самого существования. Она предполагает конфликт между бытием и небытием, между возникающими потенциальными возможностями бытия, с одной стороны, и утратой текущей безопасности — с другой. Тревога сопутствует свободе. Вина сопровождает неудачу в реализации своего потенциала.

6. Бытие нельзя свести к интроекции социальных и этических норм. Самооценка человека, основанная на ощущении бытия, не является лишь отражением представлений окружающих о нем. Хотя самооценка так или иначе связана с социальными аспектами, она включает в себя *Eigenwelt* («собственный мир») ощущений самоидентичности, или бытия-в-себе. Каждый человек, следовательно, является не оттиском социальных норм и ограничений, а является уникальным, единственным и незаменимым, поэтому значимым.

7. Люди обладают способностью выходить за рамки текущей ситуации, подниматься над прошлым, самотрансцендироваться. Это способность заложена в термине **существовать**. Люди воплощают трансценденцию в своей концепции возможного, в привнесении прошлого и будущего в настоящее, в символическом мышлении, во взгляде на себя глазами других, и, что особенно характерно, в способности осознавать себя действующими, видеть себя одновременно субъектом и объектом. «Самоосознание предполагает самотрансценденцию» (May, 1958a, p. 74). Способность к трансценденции является основой свободы, поскольку открывает возможность выбора. Однако жизнь и бытие ограничены, что необходимо принять.

8. Современный человек, «нормальный» или страдающий неврозом, отличается отчуждением от мира и сообщества. Психиатры и психотерапевты более не сталкиваются с симптомами, бытовавшими во времена Фрейда. Все чаще встречаются симптомы или жалобы на одиночество, изоляцию, деперсонализацию и отстраненность. Человек утратил свой мир, не имеет пристанища, чужой в этом мире, в сотворении которого не принимает участия и даже не является его частью.

Элленбергер (Ellenberger, 1958) выделяет как наиболее значимые три концепции экзистенциальной психотерапии: 1) концепцию **экзистенциального невроза**, в соответствии с которой эмоциональные нарушения являются результатом неспособности видеть смысл жизни, а не вытесненных влечений или травмы, слабости Эго или жизненного стресса; 2) концепцию терапевтических отношений как встречи или новых отношений, открывающих новые горизонты, а не отношений переноса, повторяющих прошлое; 3) концепцию *kairos*, критических точек, когда пациент готов к терапии и когда возможны быстрые изменения и улучшение.

Хотя эти элементы и концепции, по-видимому, присущи большинству, если не всем формам экзистенциальной терапии, их недостаточно для создания единой теории. Мэй (May, 1963) считает, что единой школы экзистенциальной психотерапии нет и быть не может. Действительно,

«особая экзистенциальная психиатрия невозможна... Экзистенциализм — это **установка**, подход к людям, а не школа или группа. Подобно философии, он имеет дело с **исходными допущениями**, лежащими в основе психиатрических и психоаналитических техник. Экзистенциальный подход не есть система терапии, хотя он вносит в терапию существенный вклад. Это и не набор техник, хотя может служить для них основой. Скорее это понимание структуры человека и его переживаний, что в большей или меньшей степени закладывает базу для **всех** техник» (р. 8).

Вместе с тем Мэй считает нежелательным делать акцент на техниках, поскольку «именно чрезмерный акцент на техниках, на всем, что сопутствует тенденции видеть в человеке объект, который можно рассчитать, проанализировать, которым можно управлять», блокирует понимание, за которое ратует экзистенциализм. «Центральной задачей и обязанностью психотерапевта является попытка понять пациента как сущее, причем сущее в его собственном мире». Техника вытекает из понимания, а не предваряет его.

Многие экзистенциальные психотерапевты, в особенности те, кто испытал на себе влияние Бинсвангера, склонны использовать техники психоанализа. Бинсвангер (Binswanger, 1958) представляет экзистенциальный анализ как «антропологический тип научного исследования», а не метод психотерапии, для которого психоанализ незаменим. Его рассуждения касаются анализа случаев из практики в терминах экзистенциальных концепций, а не теоретических предпосылок терапевтического подхода.

Хотя экзистенциальные психотерапевты используют ряд техник, имеющих в других подходах, в особенности в психоанализе, все же формы экзистенциальной терапии имеют ряд особенностей, отличающих их как группу от других подходов. Мэй (May, 1958a; ср. May & Yalom, 1989) отмечает шесть таких особенностей.

1. Экзистенциальные психотерапевты используют широкий спектр техник. Эти техники отличаются гибкостью и разносторонностью, «варьируют от пациента к пациенту и от одной стадии к другой во время лечения одного и того же пациента», в зависимости от того, что необходимо «для наилучшего выявления существования данного конкретного пациента в данный момент его личной истории» и «что наилучшим образом способно осветить его бытие-в-мире» (May, 1958a, p. 78).

2. Экзистенциальные психотерапевты, в особенности с психоаналитической подготовкой, используют психологические процессы, такие как перенос, вытеснение, сопротивление, но всегда с учетом их смысла в экзистенциальной ситуации текущей жизни пациента.

3. Акцент делается на **присутствии**, или реальности отношений психотерапевт-пациент, в которых психотерапевт «озабочен не собственно проблемами, а пониманием и переживанием, насколько это возможно, бытия пациента» (May, 1958a, p. 80) за счет проникновения и участия в поле пациента. Это представление разделяют также представители других психотерапевтических школ, которые рассматривают пациента как сущее, требующее понимания, а не как объект, который необходимо подвергнуть анализу. «Любой психотерапевт экзистенциален в той мере, в какой, с учетом своей технической подготовки и полученных знаний о переносе и других психологических процессах, он обладает способностью относиться к пациенту как к "одной экзистенции, взаимодействующей с другой", говоря словами Бинсвангера» (May, 1958a, p. 81). Пациент является не субъектом, а «экзистенциальным партнером» и отношения — это встреча, или "со-бытие" друг с другом в подлинном присутствии (Binswanger, 1958). Задача психотерапевта — наладить осмысленные отношения как взаимное переживание, а не отношения, в которых психотерапевт оказывает на пациента влияние.

4. Психотерапевт пытается избегать видов поведения, которые могли бы затормозить или разрушить экзистенцию полного присутствия в отношениях. Поскольку полная встреча с другим человеком может породить тревогу, психотерапевт может защищать себя, рассматривая другого человека как «всего лишь пациента», как объект или же фокусируясь на

поведенческих механизмах. Способом блокирования присутствия может быть использование техник.

5. «Цель терапии состоит в том, чтобы пациент **переживал** свое существование как реальное. Необходимо, чтобы он полностью осознал свое существование, что включает осознание потенциальных возможностей и начало деятельности в соответствии с ними» (May, 1958a, p. 85). Интерпретация механизмов или процессов как часть экзистенциальной терапии «всегда будет происходить в контексте осознания человеком собственной экзистенции» (May, 1958a, p. 86). Терапия «заключается не только в том, чтобы показать пациенту, где, когда и почему он не смог реализовать свой человеческий потенциал в полном объеме, терапия имеет целью заставить его **пережить** это настолько остро, насколько возможно» (Binswanger, 1958). Это чрезвычайно важный момент, поскольку одной из особенностей невротического процесса в наше время является утрата смысла бытия, когда, в попытке объективно себя оценить, человек начинает воспринимать себя как объект или механизм. Просто дать индивиду новые представления о себе как о механизме — значит лишь закрепить невроз, а терапия, которая это делает, только отражает и продолжает фрагментацию культуры, ведущей к неврозу. Такая терапия может вызвать устранение симптомов и тревоги, но за счет приспособления пациента к культуре и ограничения его существования, за счет отказа от свободы.

6. Экзистенциальная терапия помогает пациенту развить установку или ориентацию на обязательства. Такая установка предполагает решения и действия, но не ради собственной выгоды. Скорее это обязательства перед некоторым моментом в собственном существовании пациента. Такие обязательства являются необходимым условием приобретения знаний. «Пациент не может позволить себе обрести инсайт или знание до тех пор, пока он не будет готов к принятию решений, не займет определенную жизненную позицию и не примет предварительных решений» (May, 1958a, p. 87).

Можно добавить к этому и седьмую характеристику: в терапевтической ситуации экзистенциальная психотерапия сосредоточивается на ситуации здесь-и-сейчас. Прошрое и будущее вовлекаются лишь постольку, поскольку они входят в текущее переживание. Здесь-и-сейчас включает не только переживания пациента за рамками терапии, но также его отношения с психотерапевтом. Можно исследовать личную историю пациента, но не с целью объяснить ее в терминах какой-либо школы психотерапии. Скорее она понимается как модификация общей структуры бытия-в-мире данного пациента (Binswanger, 1958).

Этих аспектов или акцентов экзистенциальной психотерапии едва ли достаточно в качестве основы для практики. Первостепенную важность имеют стоящие за ними концепции; важно, что объект, находящийся в фокусе экзистенциальной терапии, то есть экзистенция как она есть, а не отдельные симптомы, отличается от объекта большинства традиционных подходов. Однако необходимо, чтобы эти концепции проводились в жизнь с помощью определенных методов, при этом можно предполагать, что если такая теория, как экзистенциализм, заметно отличается от других теорий своими концепциями и принципами, то и методы должны использоваться иные. Вместе с тем в настоящее время отсутствует подробное, систематическое описание природы и процедур экзистенциальной психотерапии, в особенности с учетом того, что процедуры эти могут отличаться от принятых в других подходах. Лайонс (Lyons, 1961) предполагает, что в этом подходе нет практически ничего нового или отличного от других видов терапии. Но он согласен с тем, что этот подход оказал влияние на сферу психотерапии как дополнение к психоанализу и, как отмечает Александер (Alexander, 1959), он стал противовесом психоаналитической тенденции к сосредоточению на техниках.

Следует задаться вопросом, как работает экзистенциальный психотерапевт, как он взаимодействует с клиентами и какое принимает участие в терапевтических отношениях. Если психотерапевт использует преимущественно психоаналитические техники, как именно он это делает и чем, в таком случае, экзистенциальная терапия отличается от психоаналитической терапии или психоанализа? Если определить терапевтические отношения как встречу, что из этого следует? Что значит для психотерапевта быть аутентичным? Если психотерапевт имеет дело со способом бытия-в-мире своего клиента, как он получает доступ в этот мир? Когда психотерапевт понимает способ бытия клиента в мире, что он делает с этим пониманием?

Дает ли психотерапевт интерпретации, прибегая к экзистенциальным концепциям? Является ли экзистенциальная терапия интерпретирующей психотерапией, использующей другую теоретическую систему в качестве основы для понимания и интерпретации переживаний клиента? Хора (Hora, 1961) утверждает, что экзистенциальная психотерапия не нуждается в особых интерпретациях, поскольку «то, что имеется, говорит само за себя при условии, что это понимается феноменологически, а не толкуется в соответствии с определенными теоретическими предположениями. Понятное не нуждается в интерпретации. Подвергнутое интерпретации редко может быть понято».

Бинсвангер (Binswanger, 1958) склонен отвергать всякие попытки систематизировать подход. Он отвергает теорию, которая, как ему кажется, вынуждает психотерапевта подгонять поведение клиента под эту теорию, что может привести к сосредоточению внимания исключительно на видах поведения, подпадающих под категории анализа, тем самым препятствуя полному пониманию клиента. Однако способны ли психотерапевты вступать в отношения с клиентом, не находясь под влиянием собственных концепций, идей, гипотез, теорий или ценностей? Если говорить об аутентичности психотерапевтов, не следует ли из этого, что их собственные взгляды на мир, их собственное бытие-в-мире неизбежно привносятся в отношения? Способен ли человек войти в мир другого человека и видеть его глазами этого другого? Способен ли человек видеть вещи такими, как они есть или как они проявляют себя, без предвзятости и априорных допущений (метод чистой феноменологии Гуссерля)?

Верно то, что перед психотерапевтами, испытавшими на себе влияние экзистенциализма, не стоит проблема методов. Если они считают, что техники вторичны и не должны нарушать аутентичности отношений, они не будут опасаться чрезмерного увлечения техниками и анализировать механизмы их действия. Такой проблемы для них попросту не существует, но в таком случае они не станут демонстрировать механизмы действия своих приемов, чтобы другой человек попытался понять или освоить эти методы и процедуры. Тем не менее методы и процедуры должны существовать и им следует уделять внимание, иначе подход будет считаться полностью интуитивным.

Хотя, как указал Лайонс (Lyons, 1961), целый ряд экзистенциальных психотерапевтов опубликовали статьи и книги по экзистенциальной терапии, «претендуя на полномасштабное изложение теории и практики, крупнейшие европейские авторитеты в этом вопросе практически не оставили наследия». Такая ситуация порождает проблему изложения подхода. Однако как отмечал тот же Лайонс, имеется одно исключение — Виктор Франкл. Франкл, вероятно, не является типичным представителем экзистенциального подхода (если у данного подхода вообще есть типичные представители). Если раньше он пользовался термином **экзистенциальный анализ**, то впоследствии ввел слово **логотерапия**, чтобы отличать собственный подход от экзистенциального анализа Бинсвангера, или даэин-анализа, и его подхода к психотерапии. Работа Франкла более доступна для студентов и менее туманна, чем работы большинства других экзистенциальных авторов. По этим причинам подход Франкла включен в данное руководство.

Мэй и ван Каам (May and van Kaam, 1963) отмечают, что многие американские психиатры и психологи разделяют экзистенциальные взгляды (включая такие авторитетные фигуры, как Уильям Джеймс, Адольф Мейер, Гарри Стек Салливан, Гордон Оллпорт, Карл Роджерс, Генри Мюррей и Абрахам Маслоу). Они в один голос заявляют, что «не хватает... устойчивой структуры, способной унифицировать работу психиатров и психологов, уделяющих внимание человеку и его непосредственному существованию». Они продолжают: «Мы считаем, что экзистенциальный подход, адаптированный к американскому языку и образу мыслей, может и должен стать основой для такой структуры». Такая адаптация до сих пор не осуществлена.

Мэй, Ялом и Бюдженталь являются наиболее известными американскими представителями экзистенциальной терапии. Бюдженталь (Bugental, 1976, 1978, 1981, 1987) разработал экзистенциальный подход, построенный на психоаналитической основе. Он описывал свои методы в серии исследований, посвященных единичным случаям. При этом использовался широкий диапазон техник, по-видимому, на основе интуиции.

Можно утверждать, что это заложено в природе экзистенциальной терапии, а именно, с

одной стороны, техника отсутствия техник, с другой стороны, использование совершенно любых техник, но это не обязательно так. Наблюдается все усиливающееся сходство между экзистенциальными концепциями и клиент-центрированной терапией (ср. Rice & Greenberg, 1992). Читателю должно быть ясно, что многие, если не большинство, концепций, о которых шла речь выше, отличаются от клиент-центрированной терапии; которая делает акцент на непосредственных переживаниях психотерапевта. Феноменология, нашедшая отражение в экзистенциализме, лежит в основе также и клиент-центрированной терапии, с ее сосредоточением на представлениях клиента и необходимости для психотерапевта входить в систему координат клиента. По-видимому, клиент-центрированная терапия движется в направлении экзистенциализма; ван Каам (van Kaam, 1962) в книге «Консультирование с позиции экзистенциальной психологии» (*Counseling from the Viewpoint of Existential Psychology*) демонстрирует мало отличий от приверженцев клиент-центрированного подхода. Мэй (May, 1958a) признает экзистенциальную природу клиент-центрированной терапии, а Вулф (Wolf, 1950) отмечает ее сходство с экзистенциализмом.

Таким образом, неудивительно, что психотерапевт с подготовкой в области клиент-центрированного подхода, также осваивает и экзистенциальный подход. Гендлин (Gendlin, 1962a, 1962b), например, фокусируется на непосредственных ощущениях клиента. Он пишет, что «психотерапия любых клиентов обычно затрагивает не только вербальный материал; фундаментальные, внутренние конкретные ощущения клиента, по-видимому, более актуальны, чем слова». Психотерапевт, однако, должен уметь понимать переживания клиента и отвечать на них. Гендлин пришел к такому выводу в процессе так называемой эмпирической психотерапии, которая, по сути дела, представляет собой продолжение клиент-центрированной терапии в экзистенциальном направлении. Вместе с тем эмпирическая терапия по Гендлину выходит за рамки клиент-центрированной терапии с ее директивным сосредоточением на переживаниях и чувствах клиента (см. главу 13). Как было отмечено в главе 13, эмпирическая психотерапия фокусируется на основном методе клиент-центрированной терапии — эмпатической реакции — как способе встречи ощущаемых клиентом переживаний. Вполне возможно, в систематическом изложении Гендлина данный подход может стать американской экзистенциальной психотерапией (см. Gendlin, 1970a, 1970b, 1973, 1974, 1984).

Глава 14. Логотерапия: Франкл

Виктор Франкл родился (1905) и получил образование в Вене, степени доктора медицины (1930) и доктора философии (1949) были присвоены ему в Университете Вены. В 1928 г. он основал в Вене Молодежные дискуссионные центры (Youth Advisement Centers), которые возглавлял вплоть до 1938 г. В период с 1936 по 1942 г. он работал в области неврологии и психиатрии, затем возглавил неврологическое отделение Ротшильдской больницы в Вене. В 1947 г. он стал во главе Венской неврологической поликлинической больницы, в 1947 г. был выбран доцентом неврологии и психиатрии Венского университета, а с 1955 г. стал профессором. Франкл был приглашенным профессором Гарвардского университета, Южного методистского университета, Стэнфордского университета, университета Дюкень и Чикагского психиатрического фонда. С 1942 по 1945 г. он находился в германских концентрационных лагерях, в том числе в Освенциме и Дахау. Его отец, мать, брат и жена погибли в лагерях.

Франкл написал ряд книг на немецком языке, многие из которых были переведены на польский, японский, голландский, испанский, португальский, итальянский, шведский и английский. Он не раз выступал с лекциями в Южной Америке, Индии, Австралии, Японии, США и Европе.

Становление и развитие

Франкл начал свою профессиональную карьеру в психиатрии с психоаналитической

ориентации, будучи учеником Фрейда. Вместе с тем он испытал влияние работ экзистенциальных философов, включая Хайдеггера, Шелера и Ясперса, и стал развивать собственную экзистенциальную философию, а также экзистенциальную психотерапию. В 1938 г. он впервые употребил термины **экзистенциальный анализ** и **логотерапия** в своих сочинениях. Чтобы избежать путаницы с экзистенциальным анализом Бинсвангера, Франкл остановился на термине **логотерапия**. Название «экзистенциальный анализ» также продолжает использоваться, указывая на иной аспект теории и метода Франкла, чем логотерапия.

Твиди (Tweedie, 1961), пытаясь обобщить подход Франкла, отмечал, что «эти термины практически синонимичны и относятся к двум аспектам одной теории. Если экзистенциальный анализ больше характеризует антропологическое направление, в котором развивается теория, то логотерапия описывает собственно терапевтическую теорию и метод» (р. 27). Франкл утверждал, что «логотерапия развивается из духовного, в то время как экзистенциальный анализ движется к духовному» (р. 30). Позднее он писал, что «логотерапия... нацелена на осознание бессознательных духовных факторов личности пациента, в то время как экзистенциальный анализ имеет задачей помочь пациенту осознать свою ответственность», и цитировал собственное высказывание: «По определению, экзистенциальный анализ нацелен на "осознание своей ответственности"» (р. 129). Затем он приводит еще одну собственную цитату: «Отдельно от этого стоит задача логотерапевтического вмешательства для стимуляции конкретных осмысленных возможностей; это, в свою очередь, предполагает анализ конкретного человеческого существования (дазайн), личного существования данного пациента, иначе говоря, экзистенциальный анализ» (р. 129). Представляется, что экзистенциальный анализ относится к анализу существования индивида, в то время как логотерапия обозначает собственно вмешательство. Название **логотерапия** употребляется гораздо чаще, причем под ним подразумеваются оба аспекта, что мы и будем делать в данной главе.

Эта философия и терапия, разработанная в процессе клинической практики и преподавательской деятельности, была проверена и укрепилась в скитаниях Франкла по концентрационным лагерям. Он увидел истину, о которой часто говорят поэты и писатели, что любовь есть наивысшая цель людей и что **«спасение человека происходит через любовь и в любви»** (Frankl, 1985a, р. 57). Он убедился в том, что это единственная цель существования.

Франкл описал свои переживания в книге, опубликованной в 1946 г. на немецком языке и в 1959 г. на английском языке под названием *«От лагеря смерти к экзистенциализму»* (*From Death Camp to Existentialism*). Пересмотренное издание с добавлением раздела «Основные концепции логотерапии» (*Basic Concepts of Logotherapy*) называется «Поиск человеком смысла» (*Man's Search for Meaning*, 1963b). Пересмотренное издание в мягком переплете вышло в 1968 г., следующее в 1985 г. Эта небольшая книга послужила одним из основных источников для данной главы. Другим источником является «Врач и душа» (*The Doctor and the Soul*), перевод *Arztliche Seelsorge* (1946a). Второе расширенное издание с изменениями и дополнениями в виде одной главы вышло в свет в 1965 г. Третье издание было опубликовано в 1986 г. Эта книга свела воедино материалы, опубликованные на немецком языке до 1946 г., некоторые из них вышли еще в 1930-х гг. Из других книг Франкла можно упомянуть такие как «Психотерапия и экзистенциализм» (*Psychotherapy and Existentialism*, 1967, 1985b), «Воля к смыслу» (*The Will to Meaning*, 1981), «Бессознательный бог» (*The Unconscious God*, 1985c), а также «Неслышная мольба о смысле: психотерапия и гуманизм» (*The Unheard Cry for Meaning: Psychotherapy and Humanism*, 1985d).

Философия и концепции

Невзирая на апатию заключенных концентрационных лагерей, вызванную физическими и психологическими причинами, Франкл (Frankl, 1985a) обнаружил, что «человек способен сохранить остатки духовной свободы, независимости ума даже в таких ужасных условиях психического и физического стресса» (р. 86). Остается много возможностей для выбора,

известны примеры героических поступков с целью помочь другим, а не спасти себя.

«Тип человека, которым становился заключенный, определялся внутренним решением, а вовсе не был результатом внешних условий. По сути дела, каждый человек способен даже в таких обстоятельствах принять решение о своем выборе — психическом и духовном. Можно сохранить свое человеческое достоинство даже в условиях концентрационного лагеря... Это и есть духовная свобода, которую никто не может отнять, именно она делает жизнь осмысленной и придает ей цель» (р. 87).

Если есть смысл жизни, то есть и смысл страданий, поскольку страдания, как и смерть, являются неотъемлемой частью жизни; без них жизнь была бы неполной.

Лишь некоторые заключенные сопротивлялись разрушительному влиянию лагеря, не желая превращаться в жертвы. Отсутствие цели или надежды на будущее заставило многих пересмотреть существующие возможности позитивных изменений лагерной жизни. Необычайно неблагоприятные внешние обстоятельства также могут предоставить человеку возможность духовного роста. Для этого человек должен обладать верой в будущее. Без такой веры он сдаётся и утрачивает желание жить. В отсутствие цели, смысла жизни нет стремления выжить. Франкл (Frankl, 1986) спросил своих товарищей по несчастью, которые ничего уже не ждали от жизни: «действительно ли вопрос в том, ждем ли мы чего-то от жизни или нет? Может быть, лучше спросить, чего ждет от нас жизнь?» (р. XVII). Жизнь ставит перед каждым человеком задачи, в решении которых состоит ее смысл. Задачи эти у каждого свои, каждая ситуация уникальна и требует уникальной реакции. Иногда от человека требуется смириться с судьбой и страданиями. Страдания каждого человека уникальны, а возможность для роста зависит от того, как человек их переносит.

Природа человека

Человек представляет собой единое целое с тремя аспектами или измерениями: соматическим, или физическим; психическим, или психологическим; и духовным. (Следует подчеркнуть, что под «духовным» Франкл не обязательно подразумевает «религиозный».) Первые два близко взаимосвязаны и вместе составляют «психосоматику». Они включают наследственные и конституциональные факторы, такие как врожденные влечения. Психоанализ благодаря Фрейду, Адлеру и Юнгу внес вклад в понимание этих измерений, в особенности психологического, но практически не уделил внимания духовному, исключительно человеческому измерению.

Логотерапия делает акцент на третьем, духовном, измерении. Духовность является первой из трех характеристик человеческого существования, которые отличают людей от животных. Духовность выявляется феноменологически непосредственно в самосознании, но проистекает из «духовного бессознательного».

«Бессознательная духовность есть корень всего сознания. Другими словами, мы знаем и признаем не только инстинктивное бессознательное, но также **духовное бессознательное** и в этом видим питательную почву всей сознательной духовности. Эго **не управляется** Ид, а **дух рождается в бессознательном**» (Frankl, 1957, р. 674).

Духовность является главным атрибутом человека, из духовности происходят совесть, любовь и эстетическое сознание.

Второй особенностью человеческого существования является свобода. «Что представляет собой человек? Это сущность, которая всегда принимает решения. Он снова и снова принимает решение о том, каким ему быть в следующий момент» (Frankl, 1951, р. 39). Свобода означает свободу от инстинктов, наследственной предрасположенности и окружения. Хотя люди подвержены влиянию каждого из этих аспектов, они все же имеют свободу принимать или отвергать эти условия. Таким образом, люди не просто существуют; они решают, каким будет их существование. В связи с возможностью подняться над биологическими, психологическими и социологическими условиями, на которых строятся прогнозы, люди непредсказуемы (Frankl, 1963a).

Третий фактор в существовании человека — это ответственность. Свобода — это не только свобода **от**, но также свобода **для** чего-либо, что, согласно Франклу, «представляет собой обязанности индивида. Человек ответственен перед собой, своей совестью или Богом».

Логотерапия пытается заставить пациента полностью осознать собственную ответственность; следовательно, ему должно быть предоставлено право выбора: «за что, перед кем или перед чем нести ответственность» (Frankl, 1985a, p. 132).

Психоанализ имеет дело с осознанием пациентами своих вытесненных переживаний или влечений. Индивидуальная психология Адлера фокусируется на принятии человеком ответственности за свои симптомы. Каждый из этих подходов односторонен и они дополняют друг друга. «Фактически можно сформулировать это в виде основной теоремы, которая гласит: **быть человеком — значит быть сознательным и быть ответственным**». Как психоанализ, так и индивидуальная психология заблуждаются в том, что рассматривают только один аспект человечности, один фактор в человеческом существовании, в то время, как для получения истинной картины необходимо принимать во внимание оба аспекта» (Frankl, 1986, p. 5). Логотерапия идет дальше каждого из этих подходов, проникая в духовное (*Geistig*). Ответственность соотносится с сознанием через совесть.

Хотя каждый человек уникален, сам по себе он не имеет значения. «Значимость каждой индивидуальности, смысл человеческой личности всегда связаны с сообществом» (Frankl, 1986, p. 70). В сообществе каждый индивид незаменим благодаря своей уникальности. В этом и состоит различие между сообществом и «массой», состоящей из одинаковых единиц. «Сообщество нуждается в существовании индивида, чтобы самому иметь смысл» (p. 70), но также «смысл индивидуальности реализуется в сообществе. До этой степени ценность человека зависит от сообщества» (p. 71). В то же время масса поглощает индивида: «уходя в массу, человек утрачивает наиболее характерное свое качество: ответственность» (p. 72). А становясь частью сообщества, что само по себе является выбором, человек повышает свою ответственность.

Мотивация

Поддержание гомеостаза, снижение напряжения или психоаналитический принцип удовольствия не могут адекватно объяснить человеческое поведение. Влечение к статусу, о котором идет речь в индивидуальной психологии Адлера, также не является удовлетворительным объяснением, равно как самовыражение, самореализация и самоактуализация. Все это, согласно Франклу, является скорее следствиями, чем интенциями, то же самое можно сказать об удовольствии. Фактически

«лишь когда первичная объектная ориентация ослаблена, возникает интерес к себе, что наиболее резко проявляется в существовании больных неврозом. Следовательно, стремление к самореализации ни в коем случае нельзя считать первичным, напротив, мы усматриваем в нем признак снижения уровня человеческого существования» (Frankl, 1958, p. 31).

Первичная мотивация человека — это не жажда удовольствия или власти, это воля к смыслу. Именно это «вдохновляет человека», иначе говоря, «это наиболее человеческое из всех явлений, поскольку животное, естественно, никогда не печется о смысле своего существования» (Frankl, 1986, p. XVI).

Смысл не изобретается людьми, как утверждает Сартр, он ими «открывается».

«Люди могут придать смысл своей жизни, осознав то, что я называю **креативными ценностями**, решая задачи. Они также могут придать своей жизни смысл, осознав **эмпирические ценности**, переживая Бога, Истину, Прекрасное или познав единственного человека во всей его уникальности. Воспринимать одного человека как уникального означает любить его» (Frankl, 1986, p. XIX).

Даже когда эти переживания невозможны, «человек все-таки может придать своей жизни смысл тем, как он встречает свою судьбу, свои страдания» (p. xix). Люди осознают ценности за счет отношения к выпавшим на их долю неизбежным страданиям. Это **установочные ценности** и возможность их осознания сохраняется до последних мгновений жизни. Страдание, таким образом, имеет смысл.

Стремление к цели не является движущей силой в психодинамическом понимании. «Ценности не влекут человека; они **не подталкивают** его, а скорее **тащат за собой**» (Frankl, 1963b, p. 157). Они предполагают выбор или принятие решений. «Человек не испытывает

влечения к нравственному поведению; решение вести себя нравственно принимается в каждом конкретном случае». Он поступает так не с целью удовлетворения соответствующего влечения и не для очистки совести, но «ради причины, которой себя посвятил, либо ради любимого человека, либо во имя Бога» (р. 158).

Смысл жизни — это не абстракция.

«В конечном счете человек не должен задавать вопрос, в чем заключается смысл жизни, напротив, он должен сознавать, что этот вопрос адресован ему. Иначе говоря, каждому человеку жизнь задает вопрос; ответ может быть дан только путем **ответственности** за свою собственную жизнь; единственный ответ жизни — быть ответственным... Этот акцент на ответственности отражается в категорическом императиве логотерапии, который выглядит следующим образом: «Живи так, как будто ты живешь уже второй раз, и как будто в первый раз ты поступил неправильно, именно таким образом, как собираешься поступить сейчас!»» (Frankl, 1985a, pp. 131-132).

Смысл жизни, таким образом, уникален для каждого человека и изменяется с течением времени.

Существование преходяще, однако на этом его качестве основана ответственность, поскольку люди постоянно стоят перед выбором из существующих возможностей. Человечество постоянно делает выбор «из массы имеющихся возможностей». Как только

«мы использовали возможность и реализовали потенциальный смысл, мы сделали это раз и навсегда. Мы спасли его в прошлом, куда он был благополучно доставлен и сложен. В прошлом ничто не теряется безвозвратно, напротив, абсолютно все неизменно сберегается и накапливается» (Frankl, 1985a, p. 175).

Вместе с тем потенциальные возможности, которые не были выбраны, утрачиваются.

Экзистенциальный вакуум и экзистенциальная фрустрация

Общей жалобой сегодняшних пациентов является отсутствие смысла жизни. «Они не сознают смысла, ради которого стоит жить. Они охвачены переживаниями своей внутренней пустоты, вакуума внутри себя; они попадают в ситуацию, которую я назвал "экзистенциальным вакуумом"» (Frankl, 1985a, p. 128). При отсутствии инстинктов, руководящих их поведением, и исчезновении традиций, определяющих выбор, сталкиваясь с необходимостью делать выбор, люди не знают, что им делать, что они хотят. «Этот экзистенциальный вакуум проявляется преимущественно в состоянии скуки... В действительности скука сейчас причиняет и ставит перед психиатрами больше проблем, чем страдания» (Frankl, 1985a, p. 129). Одним из проявлений скуки является «воскресный невроз», представляющий собой «разновидность депрессии, которая поражает людей, осознавших отсутствие содержания в своей жизни, когда дела завершены и внутри дает знать о себе пустота» (Frankl, 1985a, p. 129).

Фрустрация воли к смыслу — это «экзистенциальная фрустрация». Такая фрустрация иногда

«заместительно компенсируется жадой власти... В других случаях место фрустрированной воли к смыслу занимает жажда удовольствия. Вот почему экзистенциальная фрустрация часто выражается в сексуальной компенсации. В таких случаях можно наблюдать, как сексуальное либидо буйствует в экзистенциальном вакууме» (Frankl, 1985a, pp. 129-130).

Экзистенциальная фрустрация сама по себе не является патологической или патогенной.

«Не всякий конфликт обязательно имеет невротический характер... страдание не всегда является патологическим феноменом... Я решительно отвергаю предположения, что поиск смысла существования, или даже сомнение в его наличии всегда обусловлено каким-либо заболеванием или приводит к нему... Озабоченность или даже отчаяние человека по поводу смысла жизни есть **экзистенциальное страдание**, а вовсе не **психическое заболевание**» (Frankl, 1985a, pp. 124-125).

Философские конфликты и проблемы, касающиеся мировоззрения человека, являются психологически, биологически и социологически «обусловленными, но не вызванными». Заблуждение психологизма — «анализировать каждый поступок с точки зрения его

психического происхождения, судить на этом основании о ценности или неценности его содержания» (Frankl, 1986, p. 15). Даже при наличии у индивида патологии, его философия или мировоззрение не обязательно патологичны. Психологизм вместе с тем склонен к обесцениванию; «он всегда пытается демаскировать», разоблачить, вскрыть внутреннюю сущность, то есть невротическую или культурно-патологическую мотивацию. «Всегда и везде психологизм видит одни лишь маски, настаивая на том, что за ними скрываются лишь невротические мотивы» (Frankl, 1986, pp. 18-19).

Поиск смысла может привести скорее к напряжению, чем к равновесию, но это не патологическое напряжение; это «обязательная предпосылка психического здоровья... психическое здоровье основывается на определенной степени напряжения, напряжения между уже достигнутым и еще требующим завершения, или разрывом между тем, каков человек, и тем, каким он должен стать» (Frankl, 1985a, pp. 126-127). В первую очередь человеку требуется не разрядка напряжения — гомеостаз, или равновесие, — а «ноодинамика», то есть экзистенциальные движущие силы в поляризованном поле напряжения, где один полюс представлен смыслом, который предстоит реализовать, а другой полюс — человеком, который должен это сделать» (Frankl, 1985a, p. 127).

Природа неврозов и психозов

Хотя экзистенциальные конфликты могут развиваться и без невроза, каждый невроз имеет экзистенциальный аспект. Неврозы «коренятся в четырех совершенно различных слоях (или "измерениях") человеческого бытия» (Frankl, 1986, pp. 176-177) — физическом, психологическом, социальном и экзистенциальном, или духовном. Физиологические основы могут быть конституциональными (включая невропатию и психопатию) и обусловленными (например, шок после травматического переживания). Обуславливающие основания являются, вероятнее всего, ускоряющими факторами. Разные типы неврозов различаются с точки зрения относительной важности каждого из этих четырех измерений. Физиологические основы не подлежат психотерапевтическому лечению, а лишь медикаментозному, при значительной выраженности физиологического компонента психотерапия практически бессильна (Frankl, 1986).

Ноогенные неврозы. Термин **ноэтический** (*noetic*) относится к духовному измерению. «Ноогенные неврозы возникают не в результате конфликтов между влечениями и инстинктами, а из экзистенциальных проблем. Среди таких проблем фрустрация воли к смыслу играет значительную роль» (Frankl, 1985a, p. 123). Нарушение происходит не в духовном измерении как таковом, а проявляется в психосоматике. «Ноогенные неврозы есть заболевания "из-за духа" (*aus dem Geist*), но это не болезни самого "духа" (*im Geist*)» (Frankl, 1956, p. 125).

Коллективный невроз. Хотя наш век называют веком тревоги, сомнительно, чтобы тревога была сейчас более распространена, чем в другие времена. Вместе с тем некоторые особенности современного человека имеют «сходство с неврозом» и могут быть определены как коллективный невроз. «Прежде всего это беспорядочное отношение к жизни» без долгосрочного планирования, что, по-видимому, связано с неопределенностью жизни после Второй мировой войны и создания атомной бомбы. «Вторым симптомом является фаталистическое восприятие жизни. Оно в свою очередь также возникло в результате последней войны» (Frankl, 1986, p. XXII). Теперь принято считать, что планировать свою жизнь невозможно.

Третий симптом — это коллективное мышление. «Человек предпочитает погрузиться в массы. В действительности он лишь тонет в массах; он отказывается от себя как от свободной и ответственной сущности» (Frankl, 1986, p. XXII). Далее следует четвертый симптом, фанатизм. «Если коллективист игнорирует собственную личность, фанатик игнорирует личность другого человека... Имеет значение лишь его собственное мнение... В конечном счете все эти четыре симптома берут свое начало из страха ответственности и бегства от свободы» (Frankl, 1986, pp. XXII-XXIII). Для преодоления коллективных неврозов требуется скорее психологическое просвещение и психогигиена, а не психотерапия.

Неврозы. Ноогенные неврозы и коллективные неврозы относятся к неврозам в

широком значении термина. В более узком смысле невроз затрагивает преимущественно психическое измерение человека. «Невроз не является ноэтическим (умственным) или духовным заболеванием, или же заболеванием человека, касающимся лишь духовности. Более того, это всегда заболевание человека в его единстве и целостности» (Frankl, 1956, p. 125). Психологические комплексы, конфликты, травматические переживания являются скорее проявлениями, чем причинами невроза, который более тесно связан с дефектом развития структуры личности. Тревога есть общий фактор, хотя и не причина невроза; вместе с тем она поддерживает невротический круг. Базовым элементом является атипичная тревога. Транзиторный симптом или минутная неудача в функционировании могут оказаться в центре внимания. Возникает страх рецидива симптома, подкрепляющий этот симптом, формируется невротический круг, который включает предупреждающую тревогу. Существует два основных типа неврозов: тревожный невроз и обсессивный невроз.

Тревожный невроз включает в себя нарушение функционирования вазомоторной системы, нарушение эндокринной функции или конституциональный элемент. Травматические переживания действуют как провоцирующие агенты за счет фокусирования внимания на симптомах, однако за невротической тревогой кроется экзистенциальная. Эта экзистенциальная тревога есть «страх смерти и одновременно страх жизни в целом» (Frankl, 1986, p. 180). Это результат ощущения вины перед жизнью из-за собственного нереализованного потенциала. Этот страх сосредоточивается на конкретном органе тела или концентрируется на конкретной символической ситуации в форме фобии. Пациентка, испытывающая страх открытых пространств, описывает свою тревогу как «чувство парения в воздухе», что соответствующим образом описывает и ее душевное состояние, выражением которого служит невроз (Frankl, 1986, p. 180). С экзистенциальной точки зрения невроз — это способ существования.

Обсессивный невроз, подобно всем другим неврозам, включает конституциональный фактор предрасположенности наряду с психогенным фактором. Однако имеется также экзистенциальный фактор, отражающий выбор или решение человека перейти к развернутому обсессивному неврозу. «Пациент не несет ответственности за свои навязчивые идеи», но «он, безусловно, ответствен за свое отношение к этим идеям» (Frankl, 1986, p. 188). Человек, страдающий обсессивным неврозом, не способен переносить неопределенность, напряжение между тем, что есть, и тем, что должно быть. Его мировоззрение характеризуется «стопроцентностью», или поиском абсолюта, стремлением к «абсолютной определенности в познании и решении» (Frankl, 1986, p. 191). В связи с невозможностью для такого человека достичь в жизни всего желаемого он концентрируется на конкретной области; но даже после этого человек может преуспеть «лишь частично... и всегда ценой своей естественности. Следовательно, все его стремления нечеловечны» (Frankl, 1986, p. 193).

Психозы. При неврозах симптомы и этиология носят психологический характер. При психозах — меланхолии и шизофрении — этиология физическая, а симптомы психологические.

Меланхолия, или эндогенный психоз, также включает психогенные и экзистенциальные аспекты, или «патопластический» фактор, который заключается в свободе формировать свою судьбу и определять собственное психическое отношение к болезни. Следовательно, «даже психоз в своей основе представляет собой проверку человека, человеческих качеств психотического пациента» (Frankl, 1986, p. 200). Рядом со свободой психического отношения идет ответственность. Тревога, присутствующая в меланхолии, имеет физиологическую основу, но это не объясняет тревоги или вины, которые вызываются преимущественно страхом смерти и совести, представляя собой способ существования или переживания. «Сознательная тревога может быть понята только... **как тревога человека как такового: как экзистенциальная тревога**» (Frankl, 1986, p. 201), а не с физиологической точки зрения. Хотя животное также может страдать от тревоги, психозы у людей включают основополагающий элемент человечности — экзистенциальность — помимо и прежде органического состояния.

При меланхолии физиологическая основа или «психофизическая недостаточность переживается уникальным для человека образом как напряжение между тем, что человек собой представляет, и тем, каким он должен быть», между «потребностью и возможностью реализации» (Frankl, 1986, p. 202). Эта недостаточность ощущается как неадекватность и

проявляется в различных формах, вынося на поверхность страхи, ранее существовавшие в преморбидном состоянии: страхи неспособности заработать достаточно денег, невозможности достичь своих целей в жизни, страхи «Судного дня». Меланхолик «становится слепым к ценностям, свойственным его собственному бытию», а позднее и к внешним ценностям; вначале «он ощущает себя никчемным, а свою собственную жизнь бессмысленной» (Frankl, 1986, p. 204), а затем весь мир начинает видеться в таком же свете. Вина, возникающая вследствие чувства собственной недостаточности «из-за сильного экзистенциального напряжения, может возрасти до такой степени, что он начинает считать ее неискоренимой» (Frankl, 1986, p. 205). Жизнь, таким образом, обретает новое измерение.

При шизофрении феномены ощущения внешнего влияния, наблюдения извне или преследования являются формами «"переживания чистой объектности"... Страдающий шизофренией переживает себя как объект наблюдения или преследования со стороны других людей» (Frankl, 1986, pp. 208-209). Страдающие шизофренией переживают себя так, словно они трансформировались из субъекта в объект. «Эмпирическая пассивность» проявляется в речи больных шизофренией. «Страдающий шизофренией переживает себя как настолько ограниченного в своих человеческих качествах, что не может больше ощущать себя действительно "существующим"» (Frankl, 1986, p. 210). При этом затрагиваются как сознание, так и ответственность.

Терапевтический процесс

Пациенты часто жалуются на проблемы, касающиеся смысла жизни, то есть философские или духовные проблемы. Эти проблемы могут быть признаком заболевания или невроза. Неврозы и психозы, включая органические психотические процессы, имеют экзистенциальный аспект, а также конституциональный и психогенный аспекты. Они затрагивают как свободу духовного отношения к конституциональным и психологическим факторам, так и способ существования. Следовательно, лечение должно быть более чем просто медицинским или психологическим; оно должно также рассматривать экзистенциальные аспекты.

Логотерапия направлена именно на эти проблемы. Слово *logos* имеет двойное значение «смысла» и «духовности». Логотерапия, таким образом, имеет дело с экзистенциальной и духовной природой человека.

Постановка диагноза

Правильный диагноз является первым шагом в психотерапии, причем очень важным. Любое эмоциональное нарушение или психическое заболевание включает физический, психологический и духовный факторы: «не существует чистых соматогенных, психогенных или ноогенных неврозов. Все неврозы смешанные, в каждом из них соматогенный, психогенный или ноогенный компонент выходит на передний план теоретического рассмотрения и соответственно терапевтических задач» (Frankl, 1956, см. предисловие). Цель диагностики — определить природу каждого фактора и выявить среди них первичный. Если первичным является физический фактор, это психоз; при первичности психологического фактора мы имеем дело с неврозом; первичность духовного фактора определяет ноогенный невроз.

Терапия затрагивает человека в целом и может включать физическое (или медицинское) вмешательство, психотерапию и логотерапию, параллельно или последовательно. «Логотерапия ставит целью не занять место существующей психотерапии, а лишь дополнить ее, формируя таким образом целостную картину человека, включая духовное измерение (Frankl, 1986, p. XVII). Она фокусируется на смыслах и ценностях. Психотерапия, «не уделяющая явного внимания ценностям», на том основании, «что всякая психотерапия так или иначе затрагивает ценности» (Frankl, 1986, p. XVII), не подходит для решения этих проблем.

Общая природа логотерапии

Если цель психоанализа — сделать бессознательное осозанным, а цель индивидуальной психологической терапии (по Адлеру) — заставить страдающего неврозом взять на себя ответственность за собственные симптомы, то цель логотерапии состоит в том, чтобы заставить человека сознательно принять ответственность за себя. «В связи с этим задача психотерапевта — выявить потенциал пациента, обнаружить его латентные ценности» (Frankl, 1986, p. 8). Логотерапия восполняет пробел в психотерапии; она «действует за пределами эдипова комплекса и комплекса неполноценности». Это «форма психотерапии, которая проникает за психическое заболевание невротика к его духовной борьбе» (Frankl, 1986, p. 11).

Философских и экзистенциальных, или духовных, проблем невозможно избежать, их нельзя также устранить путем сосредоточения на их патологических корнях или последствиях — физических или психологических.

«Необходимо встретиться с пациентом лицом к лицу, честно и открыто. Вместо того чтобы уклоняться от дискуссии, надо вступить в нее. Надо обсудить интересующие пациента вопросы на понятном ему языке. Пациент имеет право требовать, чтобы идеи, которые он выдвигает, были рассмотрены на философском уровне... Философский вопрос нельзя решить, сводя обсуждение к патологическим корням, из которых вопрос произрастает, или намекая на нездоровые последствия философских размышлений... Уже ради одной философской справедливости мы должны использовать то же самое оружие» (Frankl, 1986, pp. 11-12).

Психотерапия не способна решать философские вопросы. Мировоззрение страдающего неврозом может быть ложным, однако коррекция его входит скорее в задачи логотерапии, чем психотерапии. Если бы это мировоззрение было правильным, психотерапия была бы не нужна. Философские вопросы невозможно свести к психологическим терминам. «Психотерапия как таковая превышает свои полномочия, когда пытается решать философские вопросы... Логотерапия должна **дополнить** психотерапию» (Frankl, 1986, p. 17).

Вместе с тем в реальной практике психотерапия и логотерапия не могут быть разделены, поскольку психологический и философский, или духовный, аспекты индивида неразрывно связаны и могут быть разделены лишь на уровне логики. Тем не менее в принципе они представляют различные сферы. Психотерапия раскрывает психологическую подоплеку идей, в то время как логотерапия обнаруживает изъяны в основах мировоззрения. У некоторых пациентов имеет смысл начинать с духовного уровня, даже если происхождение проблемы связано с низшими уровнями. У других пациентов логотерапия следует после психотерапии психозов или неврозов.

Терапия и ноогенные неврозы

Логотерапия представляет собой специфическую терапию при экзистенциальной фрустрации, экзистенциальном вакууме или фрустрации воли к смыслу. Эти состояния, когда они приводят к невротической симптоматике, называются **ноогенными неврозами**.

Логотерапия занимается тем, чтобы люди осознали свою ответственность, поскольку быть ответственным — это важнейшая основа человеческого существования. Ответственность предполагает обязательства, а обязательства могут быть поняты только в терминах смысла, смысла человеческой жизни. Вопрос смысла — вопрос истинно человеческий, он возникает при работе с пациентами, страдающими от экзистенциальной фрустрации или конфликтов (Frankl, 1986, см. p. 26). Следовательно, логотерапия занимается проблемами, включающими смысл в его различных аспектах и проявлениях.

Смысл жизни и смерти. Нормальный человек может избежать ответственной жизни лишь в таких ситуациях, как праздники и интоксикация. Невротическая личность постоянно ищет убежища от общества. Меланхолик ищет этого убежища в суициде. Вместе с тем меланхолик отрицает подобные мысли, если его об этом спросить.

«Если мы поинтересуемся... почему у него нет (или больше нет) мыслей о самоубийстве, меланхолик, не имеющий таких мыслей или преодолевший их, без колебаний ответит, что у него семья, работа или что-нибудь в том же духе. Человек, пытающийся ввести в заблуждение своего психоаналитика, немедленно придет в типичное состояние

замешательства. У него действительно нет аргументов в пользу своей фальшивой жизнерадостности. Характерно, что эти лицемерные пациенты будут пытаться изменить предмет разговора и обычно выдвигают неприкрытое требование избавиться от надзора. Люди психологически не способны придумать ложные аргументы в пользу жизни или аргументы для того, чтобы продолжать жить, когда их бушуют мысли о самоубийстве» (Frankl, 1986, pp. 30-31).

Смысл Вселенной проще всего уловить в форме «сверхсмысла», обозначающего, что смысл всего выходит за рамки постижимого. Вместе с тем «вера в сверхсмысл — будь то метафизическая концепция или религиозное чувство Провидения — имеет большую психотерапевтическую и психогигиеническую значимость... При этой вере в конечном счете нет ничего бессмысленного» (Frankl, 1986, p. 33).

Человек, разумеется, озабочен не только или не столько смыслом Вселенной, сколько смыслом собственной жизни. Пациенты часто утверждают, что смыслом жизни является удовольствие,

«что всякая человеческая деятельность направляется стремлением к счастью, что все психические процессы определяются исключительно принципом удовольствия... А по моему мнению, принцип удовольствия есть искусственное творение психологии. Удовольствие не является целью наших надежд, это следствие их осуществления» (Frankl, 1986, pp. 34-35).

Удовольствие не придает жизни смысл. Если бы удовольствие было источником смысла, вряд ли стоило бы жить, поскольку неприятных ощущений в жизни гораздо больше, чем приятных. «В действительности, жизнь мало зависит от удовольствия или неудовольствия... Жизнь сама по себе учит большинство людей, что "мы здесь не для того, чтобы наслаждаться"» (Frankl, 1986, pp. 36-38). Те же, кто занят поиском удовольствия или счастья, не могут их найти, потому что слишком концентрируются на их поиске.

Необходимо противостоять базовому скептицизму и нигилизму этих пациентов. «Но он часто становится дополнением к раскрытию богатства мира ценностей и прояснению его широты и многообразия» (Frankl, 1986, p. 42). Если пациент оплакивает свою жизнь из-за отсутствия в ней смысла, «поскольку его деятельность не имеет высшей ценности,... это говорит о необходимости разъяснить ему, что не имеет значения, каков его род занятий, какую работу он выполняет. Важно, как он работает, действительно ли он отвечает тому месту, где ему довелось оказаться» (Frankl, 1986, pp. 42-43).

В случае возможного суицида «вопрос заключается в том,... действительно ли итоговый баланс столь плох, что продолжать жить не стоит» (Frankl, 1986, p. 50). Подобное убеждение субъективно и может быть опровергнуто.

«Следовательно, мы можем рискнуть и сделать обобщающий вывод о том, что самоубийство не может быть этически оправдано... Наш долг — убедить потенциального самоубийцу, что отнимать у себя жизнь категорически не оправдано, что жизнь имеет смысл для любого человека при любых обстоятельствах. Мы полагаем, что этого можно достичь с помощью объективной аргументации и анализа проблемы в ее собственных терминах, с использованием методов логотерапии, то есть... когда нет психопатологической основы мотивации, и когда, таким образом, психотерапия в узком смысле слова не видит исходной причины, показана логотерапия» (Frankl, 1986, pp. 51-52).

Даже при совершении суицида «человек может избежать чувства ответственности. Он совершает акт самоубийства, будучи свободным (при условии, разумеется, его психического здоровья)» (Frankl, 1986, p. 53).

Цель логотерапии — помочь пациентам «найти цель и смысл своего существования», помочь им «достичь наиболее полной активизации» своей жизни (Frankl, 1986, p. 54). Помимо подведения пациентов к тому, чтобы переживать существование как постоянное усилие по актуализации ценностей, необходимо показать им ценность признания ответственности за задачу, конкретную задачу.

«Убежденность человека в том, что перед ним стоит задача, имеет огромную психотерапевтическую и психогигиеническую ценность. Осмелимся сказать, что ничто так не помогает преодолевать или терпеть объективные трудности или субъективные невзгоды, как осознание задачи в жизни» (Frankl, 1986, p. 54).

«Факторы уникальности и единственности являются неотъемлемыми предпосылками

осмысленности человеческого существования» (Frankl, 1986, p. 55). Пациенту следует показать, что в жизни у каждого имеется уникальная цель, которой можно достичь единственным путем. Если пациент не осознает своих уникальных потенциальных возможностей, тогда его первоочередная задача — выявить их. «Экзистенциальный анализ соответственно имеет целью помочь человеку осознать свою ответственность за выполнение каждой из стоящих перед ним задач» (Frankl, 1986, p. 58); выполнение этого предназначения придает жизни смысл.

Конечность существования также придает жизни смысл. Смерть не делает жизнь бессмысленной; напротив, именно временный характер жизни придает ей смысл. Если бы жизнь была бесконечной, можно было бы отложить дела на потом; отсутствовала бы потребность в действиях, в выборе или принятии решений, не было бы никакой ответственности. «Смысл человеческого существования основывается на его необратимости» (Frankl, 1986, p. 64). В логотерапии этот аспект жизни должен быть преподнесен пациенту, чтобы подвести его к осознанию своей ответственности. Пациенту можно предложить вообразить, что он пересматривает «собственную биографию на закате дней» и подходит к

«главе, посвященной настоящему этапу своей жизни... обладая сверхъестественной властью, он может решить, каким будет содержание следующей главы. Таким образом, он должен представить, что все еще в его силах внести исправления в важнейшую главу своего внутреннего жизнеописания» (Frankl, 1986, p. 64).

Здесь применим категорический императив логотерапии: «Живи так, как будто ты живешь уже второй раз и как будто в первый раз ты поступил неправильно, именно таким образом, как собираешься поступить сейчас!» (Frankl, 1986, p. 64). В процессе этого пациент осознает большую ответственность за каждый последующий час и каждый последующий день.

Каждый человек имеет уникальную судьбу, которая, подобно смерти, есть часть жизни. «То, что мы называем судьбой, стоит в стороне от человеческой свободы, и на нее не распространяется ни власть человека, ни его ответственность» (Frankl, 1986, p. 78). Судьба имеет смысл, спорить с ней — значит не учитывать этого смысла. Без ограничений, наложенных судьбой, свобода была бы лишена смысла.

«Свобода без судьбы невозможна; свобода может быть свободой только перед лицом судьбы, в свободном противостоянии судьбе... Свобода предполагает ограничения, она зависит от ограничений... Если бы мы хотели дать определение человеку, мы бы назвали его таким существом, которое освободило себя от всего, что его определяло (определяло как биологическо-психологическо-социологический тип); другими словами, это существо, преодолевающее все эти факторы либо побеждая и трансформируя их, либо произвольно отдаваясь в их власть» (Frankl, 1986, pp. 75-76).

Прошлое является частью судьбы человека, поскольку оно не подлежит изменениям, но будущее не определяется исключительно прошлым. Ошибки прошлого могут послужить уроками для построения будущего. Предрасположенность человека или его биологические особенности есть часть судьбы, так же как и внешнее окружение и психические установки, в той мере, в какой они не свободны. Постоянная борьба между внутренней и внешней судьбой человека, с одной стороны, и его свободой — с другой, является сутью жизни.

Логотерапия рассматривает судьбу как «основной способ проверки человеческой свободы» (Frankl, 1986, p. 82). Биологическая, психологическая и социологическая судьба препятствует человеческой свободе, однако способы осмысленного внедрения одних и тех же недостатков и препятствий в жизнь человека сильно варьируют, так же как и отношение к ним. Невротические личности демонстрируют болезненное принятие своей судьбы, однако такой невротический фатализм есть лишь ложная форма уклонения от ответственности. Пациентам не следует позволять винить свое детство, образование и окружение, которые будто бы определили их судьбу. Эта практика и привычка винить свой невротизм в совершенных ошибках являются способами избегания ответственности. Даже пациент с органическим расстройством несет ответственность за духовное отношение к своему состоянию.

Смысл страдания

Человек несет ответственность за актуализацию ценностей. Есть три категории

ценностей (о которых уже говорилось): те, которые актуализируются в процессе деятельности; которые осознаются в процессе переживания мира; и ценности отношения, которые

«актуализируются, когда индивид сталкивается с чем-то, не подлежащим изменению, чем-то, уготованным судьбой. Из того, каким образом человек все это воспринимает, ассимилирует эти трудности в собственную душу, вытекает неисчислимое многообразие ценностей и потенциальных возможностей. Это означает, что **человеческая жизнь может быть реализована не только в созидании и наслаждении, но также и в страдании**» (Frankl, 1986, pp. 105-106).

Жизнь обретает свой окончательный смысл не только в жертвовании ею, как у героя, но и в самом процессе ожидания смерти. Страдания защищают человека от апатии и скуки; они приводят к деятельности, а значит, к росту и созреванию.

Судьба, которая заставляет человека страдать, должна быть «изменена, когда это возможно, но в случае необходимости ее следует безропотно выносить» (Frankl, 1986, p. 111). Лишь когда человек

«больше не имеет возможностей актуализировать творческие ценности, когда нет способов изменить судьбу, наступает черед ценностей отношения, которые должны быть актуализированы... Истинная сущность ценностей отношения заключается в манере человека смириться с неизбежным; чтобы ценности отношения были действительно актуализированы, необходимо, чтобы судьба, перед которой человек склоняет голову, действительно была неотвратимой» (Frankl, 1986, p. 112).

Таким образом, каждая ситуация предоставляет возможность для актуализации ценностей, если не ценностей творчества и переживания, то ценностей отношения.

«Следовательно, могут возникнуть случаи, когда с помощью экзистенциального анализа необходимо будет сделать человека способным к страданию, в то время как психоанализ, например, нацелен только на то, чтобы вернуть ему способность к удовольствию или деятельности. Бывают такие ситуации, когда человек может реализовать себя только в искреннем страдании и никак иначе» (Frankl, 1986, pp. 113-114).

Смысл работы

Ответственность перед жизнью принимается в процессе реагирования на ситуации, которые предлагает жизнь. «Реакция должна выражаться не в словах, а в делах» (Frankl, 1986, p. 117). Понимание ответственности возникает из осознания уникальной конкретной личной задачи, «миссии». Реализация ценностей творчества обычно совпадает с работой человека, которая в основном соответствует той сфере, в которой уникальность данного человека может проявиться по отношению к обществу. Эта работа как вклад в общество служит источником смысла и ценности той уникальности, которой обладает данный человек. Реализация несколько не зависит от конкретного рода занятий. «Работа, которой человек занимается, не имеет большого значения, имеет значение способ выполнения этой работы» (Frankl, 1986, p. 118). Необходимо разъяснить это невротическим личностям, которые предъявляют жалобы на то, что другой род занятий позволил бы им лучше реализовать себя. Не сам по себе род занятий, а выражение уникальности и единичности человека в работе или за рамками рабочих обязанностей придают деятельности смысл.

Для некоторых людей, работа является лишь средством добывания денег, а жизнь начинается только на отдыхе. Есть и те, кого работа настолько изматывает, что времени на отдых (помимо сна) совсем не остается. Некоторые посвящают все свое время погоне за богатством, тогда работа может привести к неврозу. Невротическая личность может иногда пытаться уйти от жизни, с головой уходя в работу. Когда такой человек не работает, то ощущает растерянность, и бедность его жизни смыслом становится явной.

«Тот, кто не имеет цели в жизни, бежит по жизни с максимально возможной скоростью, чтобы не замечать бессмысленности своего существования. Он в то же время пытается убежать от себя, но все напрасно. По воскресеньям, когда эта круговерть приостанавливается на двадцать четыре часа, перед ним предстает вся бесцельность, бессмысленность и пустота своего существования» (Frankl, 1986, pp. 127-128).

Индустрия развлечений позволяет забыться этим людям с воскресным неврозом.

Экзистенциальная важность работы проявляется в том, что Франкл называет «неврозом безработицы». Наиболее выраженным симптомом у безработного является апатия, чувство бесполезности и пустоты. «Он ощущает собственную никчемность, потому что у него нет работы. Не имея работы, он считает, что жизнь лишена смысла» (Frankl, 1986, p. 121). У невротических личностей безработица становится оправданием всех неудач и снимает с них всякую ответственность перед другими и перед собой, а также перед жизнью. Вместе с тем безработица скорее может быть результатом невроза, чем невроз — результатом безработицы.

Безработица не является ударом судьбы, с которым следует смириться и в ответ на который развивается невроз безработицы. Существует альтернатива физическому отступлению под напором социальной судьбы. Вполне можно заняться различными другими видами деятельности с пользой проводить время, занять жизнеутверждающую позицию. Работа — не единственный способ придать жизни смысл. Человек способен решать, каким будет его отношение к потере работы, позитивным с элементами надежды или же апатичным.

Невроз безработицы может подлежать психотерапевтическому лечению, но лишь с подключением логотерапии, поскольку проблема эта имеет отношение к смыслу существования. Логотерапия «показывает безработному способ обрести внутреннюю свободу, несмотря на неблагоприятную ситуацию, и учит осознанию ответственности, благодаря которой он сохраняет возможность сделать свою трудную жизнь содержательной, извлечь из нее смысл» (Frankl, 1986, p. 126).

Смысл любви

Общество — это обширное поле для человеческих переживаний. Интимная общность, состоящая из себя и другого человека, является той сферой, в которой наиболее ярко проявляются ценности переживания.

«Любовь есть переживание другого человека во всей его уникальности и единичности... Любимый человек постигается в своей сущности как уникальное и единичное существо, каковым он является; он постигается как Ты, именно так он предстает перед любящим. Как человек, он становится для любящего незаменимым, ничего для этого не предпринимая... Любовь не является заслугой — это просто милость... Это также очарование» (Frankl, 1986, pp. 132-133).

Очарование отражается на мире и ценностях человека. Имеется и третий фактор, привносимый в любовь, — «чудо любви», то есть вступление в жизнь нового человека, ребенка.

Индивид как участник любовных отношений может по-разному реагировать на три слоя человека — физический, психический и духовный. Наиболее примитивной является сексуальная установка, которая направлена на физический слой. Эротическая установка (обычно называемая «влюбленностью») направлена на психический слой. Любовь — это третья установка, направленная на духовный слой любимого человека. Этот слой составляет уникальность любимого, которая, в отличие от физического и психологического состояний, незаменима и постоянна.

«Любовь — лишь один из возможных способов наполнить жизнь смыслом, причем далеко не лучший способ. Наше существование было бы весьма печальным, а жизнь бедной, если бы их смысл зависел от того, испытываем ли мы счастье в любви... Человек, не испытывающий любви и не являющийся ее объектом, также способен наполнить свою жизнь смыслом» (Frankl, 1986, p. 141).

Отсутствие любви может объясняться скорее невротической неудачей, чем судьбой. Внешняя физическая привлекательность сравнительно не важна, а ее отсутствие не является достаточной причиной для отказа от любви. Отказ от любви таит в себе обиду, поскольку предполагает завышенную либо заниженную оценку любви.

Акцент на внешности или внешней красоте ведет к обесцениванию человека как такового. Сексапильность безлична. Отношения, основанные на сексе, всегда поверхностны; это не любовь. Тот, кто участвует в таких отношениях, не стремится к любви, которая предполагает ответственность. Истинная любовь переживается как имеющая непреходящую

ценность. Человек может спутать влюбленность с любовью, но ошибка эта выяснится лишь впоследствии.

Невротические личности могут опасаться напряжения, связанного с несчастной, неразделенной любовью, поэтому склонны избегать возможностей для любви. Таких людей необходимо учить восприимчивости и готовности ждать единственной счастливой любви, которая последует, возможно, после девяти несчастных. Психотерапия должна выявить эту склонность пациента к бегству.

Психосексуальное созревание, которое начинается с полового созревания, подвергается трем типам нарушений, приводящих к различным сексуальным неврозам. Первый тип происходит на заключительном этапе сексуального созревания, когда физическая сексуальная потребность становится эротической тенденцией, направленной на конкретного человека. Может случиться, возможно вследствие какого-либо разочарования в любви, что молодой человек убежден, что никогда не встретит того, кого можно уважать и в то же время желать. В этом случае он увлекается сексуальными отношениями без глубоких чувств, без любви, переходя на низший уровень психосексуального развития. Это «обиженный тип».

Второй тип представлен людьми, которые никогда не выходили за рамки сексуальности и не приближались к эротическим отношениям, они не ждут любви. Это так называемый «смирившийся тип». Такие люди считают, что любовь есть иллюзия; к ним относится Дон-Жуан. Третий тип — «неактивный» — полностью игнорирует представителей противоположного пола. Сексуальный инстинкт проявляется исключительно в мастурбации. Эта группа также включает молодых людей, которые страдают от сексуальной фрустрации, являющейся проявлением более общего психологического дистресса. Такая сексуальная фрустрация у молодого человека служит «указанием на то, что его сексуальный инстинкт пока не подчинен (или уже не подчинен) эротической тенденции, поэтому интегрирован в общую систему личных устремлений» (Frankl, 1986, p. 170).

Так называемая сексуальная фрустрация молодых не разрешается за счет сексуальной активности, для этого требуется созревание до любви. «Терапия здесь простейшая. Достаточно ввести молодого человека в смешанную компанию сверстников. Рано или поздно он влюбится, то есть найдет партнера в эротическом, а не сексуальном смысле» (Frankl, 1986, pp. 170-171) и перейдет к эротической стадии развития. Грубая сексуальность и фрустрация уйдут. Человек постепенно будет взрослеть, а когда возникнут серьезные сексуальные отношения, их сексуальность примет надлежащую форму, как выражение любви.

«Теперь, в условиях доминирования эротической тенденции, он может строить эротические отношения, в рамках которых впоследствии могут возникнуть сексуальные отношения... Тем временем чувство ответственности молодого человека созреет до такой степени, что он сможет решить за себя и свою партнершу, где и когда вступать в серьезные сексуальные отношения и стоит ли это делать» (Frankl, 1986, p. 172).

Позиция психотерапевта при сексуальном взаимодействии между молодыми людьми состоит в том, чтобы запрещать это взаимодействие, если оно не является частью истинной любви. Ни при каких обстоятельствах психотерапевт не может рекомендовать вступать в такие отношения, поскольку это личная нравственная проблема, ответственность за решение которой лежит на участниках отношений. Задача психотерапевта состоит в том, чтобы научить своих пациентов быть ответственными.

Логотерапия является специфичной терапией при ноогенных неврозах, поскольку она направлена на первичную проблему — их базовую природу, экзистенциальную фрустрацию или вакуум либо на отсутствие смысла жизни и различные аспекты этого. Терапевтическая цель состоит в устранении фрустрации путем заполнения вакуума, в помощи пациенту в обретении смысла жизни. Это достигается за счет помощи пациенту в понимании и принятии экзистенциальной или духовной природы жизни и принятии ответственности за себя и актуализацию ценностей путем отклика на требования или задачи, которые ставит перед ним жизнь.

Логотерапия как неспецифическая терапия при неврозах

При лечении психогенных невротических реакций логотерапия направлена не на

симптомы или их психогенез, а на отношении пациента к симптомам. В логотерапии существуют две специфические техники для работы с неврозами; техники эти описаны ниже. Кроме того, общая логотерапия, применимая к ноогенным неврозам, пригодна также для лечения психозов, так как направлена на существующие экзистенциальные или духовные проблемы.

При работе с невротическими личностями логотерапия не является симптоматическим вмешательством. Напротив, она фокусируется на отношении пациента к своим симптомам. «Поскольку логотерапия не направлена непосредственно на симптом, а скорее представляет собой попытку изменить позицию, личное отношение пациента к своему симптому, это поистине личностная психотерапия» (Frankl, 1947, p. 34).

Проведение терапии: техники логотерапии

Логотерапия делает акцент на отношениях между пациентом и психотерапевтом. «Эти отношения между двумя людьми есть важнейший аспект психотерапевтического процесса, гораздо более важный фактор, чем любой метод или техника» (Frankl, 1967, p. 144). С учетом многообразия пациентов и психотерапевтов «психотерапевтический процесс состоит из непрерывной цепочки импровизаций» (там же, p. 144). Отношения требуют равновесия между двумя крайностями, человеческой близостью и научной отстраненностью. «Это значит, что психотерапевт не должен руководствоваться исключительно симпатией или желанием помочь пациенту, но также и не должен подавлять человеческий интерес к нему, сводя отношения к техническим приемам» (там же, p. 144).

В связи с концентрацией на экзистенциальных, духовных или философских проблемах в логотерапии много времени уделяется обсуждению этих проблем. Однако этот метод нельзя считать интеллектуальным или строго рациональным. «Логотерапия в равной мере далека от того, чтобы быть как процессом «логических» рассуждений, так и обыкновенной нравственной проповедью. Прежде всего психотерапевт, в том числе логотерапевт, не является ни наставником, ни пастором». Может быть использован вспомогательный диалог в сократовском стиле; «в то же время отсутствует необходимость вступать с пациентами в изоцированные дискуссии» (Frankl, 1967, pp. 57-58; ср. Frankl, 1961a).

Затрагивание экзистенциальных или духовных вопросов «чревато сложными проблемами, поскольку у врача возникает необходимость занять определенную позицию в отношении ценностей. Когда врач посвящает себя такой "психотерапии"... неизбежно проявляется его собственная философия, хотя до этого его мировоззрение было скрыто за ролью врача» (Frankl, 1986, p. 11). Логотерапевту следует «остерегаться навязывать свою философию пациенту. Не должен иметь места перенос (или скорее контрперенос) личной философии, личных представлений о ценностях на пациента» (Frankl, 1986, pp. XXI-XXII). Основанием тому служит концепция ответственности пациента за самого себя. Логотерапевт лишь подводит пациента к переживанию этой ответственности; логотерапевт не сообщает пациенту, перед кем или чем — перед совестью, обществом, Богом или другой высшей силой — и за что — за реализацию ценностей, личных задач, за конкретный смысл жизни — пациент ответственен.

Две логотерапевтические техники, парадоксальная интенция и дерефлексия, специально разработаны для работы с состояниями тревоги, с обсессивно-компульсивными и сексуальными неврозами (Frankl, 1975, 1991). Тревожные неврозы и фобические состояния характеризуются предупреждающей тревогой, порождающей именно те обстоятельства, которых пациент боится. Возникновение этих обстоятельств подкрепляет антиципаторную тревогу, создавая порочный круг, существующий до тех пор, пока пациент не начинает избегать или устраняться от ситуаций, в которых можно ожидать возобновления страха. Этот уход является проявлением «ложной пассивности» (Frankl, 1960), которая относится к одному из «четырех стереотипов реагирования». Пациент, страдающий обсессивно-компульсивным неврозом, занимается «ложной деятельностью», когда пытается бороться с навязчивыми мыслями и действиями. «Ложная деятельность» также имеет место при сексуальных неврозах, когда пациент, стремясь к сексуальной компетентности, которой, как ему кажется, от

него ждут, реагирует неадекватно ситуации. «Чрезмерная интенция» делает невозможным выполнение желаемого действия. В подобных случаях часто наблюдаются «чрезмерное внимание» и навязчивое самонаблюдение.

В случаях антиципаторной тревоги, обсессивно-компульсивных и фобических состояний весьма полезной оказывается логотерапевтическая техника, называемая **парадоксальной интенцией** (например, Gerz, 1962, 1966, 1980). Эта техника, впервые описанная Франклом в 1939 г., требует или поощряет пациента делать то, что вызывает у него страх. Страдающий обсессивно-компульсивным расстройством пациент перестает сопротивляться навязчивым мыслям и действиям, а страдающий фобией прекращает бороться со страхами, разрывая тем самым порочный круг антиципаторной тревоги. Это полностью меняет отношение пациента к ситуации. Кроме того,

«все это делается в максимально шуточной форме. Изменение отношения к симптому позволяет пациенту дистанцироваться от него, отстраниться от своего невроза... Если удастся успешно подвести пациента к тому, чтобы он перестал бороться или избегать своих симптомов, а наоборот, стал бы их преувеличивать, можно наблюдать, как симптомы постепенно ослабевают, и пациент более не находится под их властью...

«Парадоксальная интенция эффективна независимо от этиологии симптома: другими словами, это действительно неспецифический метод... Вместе с тем ее нельзя назвать симптоматической терапией, поскольку логотерапевт, используя парадоксальную интенцию, озабочен не симптомом как таковым, а **отношением** пациента к неврозу и его симптоматическим проявлениям»» (Frankl, 1967, pp. 147, 152-153).

Парадоксальная интенция иногда приносит успех даже в очень тяжелых и длительно существующих случаях. Она особенно эффективна при краткосрочном вмешательстве в случае фобий, которым сопутствует антиципаторная тревога. До семидесяти пяти процентов пациентов полностью излечились от своих фобий или же их состояние заметно улучшилось. Этот метод нельзя назвать поверхностным; он, по-видимому, оказывает воздействие на глубинные уровни. Это «явно больше, чем просто изменение поведенческих стереотипов; скорее это экзистенциальная переориентация (*existentielle Umstellung*)» (Frankl, 1967, pp. 156-157). Это и есть логотерапия в истинном смысле слова, «основанная на том, что в логотерапевтической терминологии обозначается психоэотическим антагонизмом... который относится к специфически человеческой способности отстраняться не только от окружающего мира, но и от самого себя» (Frankl, 1967, p. 157).

Чрезмерно выраженное внимание, интенция и самонаблюдение поддаются воздействию другой логотерапевтической техники, называемой **деревфлексией**. Деревфлексия особенно полезна в случаях мужской импотенции и неспособности достичь оргазма у женщин. Гиперинтенция и гиперрефлексия тормозят выполнение функции. Деревфлексия отвлекает внимание от выполняемого действия и собственной персоны, переключая его на партнера, что устраняет требования к выполнению действия.

«Такое игнорирование, или деревфлексия, однако, достижимо лишь в той степени, в какой сознание пациента направлено на позитивные аспекты. Деревфлексия сама по себе включает как негативный, так и позитивный аспект. Пациенту необходимо переключение с антиципаторной тревоги на что-либо иное... Благодаря деревфлексии пациент способен игнорировать свой невроз, фокусируя внимание вовне. Он нацеливается на жизнь, полную потенциальных смыслов и ценностей, которые апеллируют к его личным возможностям»» (Frankl, 1967, pp. 160-162).

Парадоксальная интенция заменяет «ложную пассивность» «правильной пассивностью». Деревфлексия замещает «ложную деятельность» «правильной деятельностью» (ср. Косоурек, 1980).

Продолжительность и область применения

Продолжительность. Не существует даже приблизительных рамок логотерапевтического вмешательства. Так, в приведенных ниже случаях лечение обычно длилось в течение нескольких месяцев. Однако, как утверждает Герц (Gerz, 1962),

«число терапевтических сессий зависит преимущественно от длительности заболевания пациента. В случае острого заболевания... большинство пациентов реагируют на эту (парадоксальную интенцию) терапию в течение 4-12 сессий. Тем же, кто страдает на протяжении нескольких лет... требуется от 6 до 12 месяцев лечения с сессиями дважды в неделю, чтобы достичь успеха» (р. 375).

Если в данном случае речь идет о парадоксальной интенции, то сколько же времени может понадобиться, когда целью терапии является помощь пациенту в обретении смысла? А для усвоения логофилософии? Даже трудно себе представить, каким должно быть число сессий при таком лечении.

Область применения. «Для кого предназначена логотерапия?... Каждый может извлечь из нее пользу для себя. Люди на всех этапах жизни, с проблемами и без них, психически здоровые и не очень могут воспользоваться теми преимуществами, которые предлагает логотерапия» (Sahakian, 1980, р. 3). Вместе с тем у логотерапии имеется ряд противопоказаний. «Парадоксальная интенция категорически противопоказана при психотической депрессии... Что касается страдающих шизофренией, логотерапия не является этиологическим лечением» (Frankl, 1986, р. 264). При шизофрении дерефлексия может использоваться в качестве «психотерапевтического дополнения» с целью «поддержки других форм терапии» (Frankl, 1986, р. 264). Логотерапия, таким образом, оптимально подходит для невротических состояний — коллективных, ноогенных, фобических и обсессивных.

Примеры из практики

Следующий случай был описан Франклом (Frankl, 1967) в сборнике избранных сочинений (рр. 153-154).

«Парадоксальная интенция также применима в случаях, более сложных, чем моносимптомный невроз. Следующий случай демонстрирует, что даже тяжелые обсессивно-компульсивные расстройства характера (по немецкой клинической терминологии это ананкастная психопатическая структура характера) могут быть с успехом излечены с помощью парадоксальной интенции.

Пациентка, женщина 65 лет, страдала в течение шестидесяти лет выраженным расстройством, связанным с навязчивым мытьем рук, по поводу которого была госпитализирована в нашу клинику. Предполагалось, что в результате наблюдения ей будет предписана лейкотомия (которая, по моему мнению, единственная могла бы принести облегчение при столь тяжелом состоянии). Симптомы расстройства возникли в возрасте четырех лет. Если выполнению ритуала что-либо препятствовало, пациентка даже могла начать облизывать руки. Позднее она стала испытывать постоянный страх заразиться кожными заболеваниями. Она вообще не прикасалась к дверным ручкам. Кроме того, она настаивала на том, чтобы муж соблюдал сложный профилактический ритуал. На протяжении длительного времени пациентка была неспособна выполнять любую домашнюю работу; в конце концов она перестала вставать с постели. Тем не менее даже в таком состоянии она требовала, чтобы все вещи самым тщательным образом протирали, причем тряпку следовало поминутно стирать. «Жизнь стала для меня адом», — призналась пациентка.

В надежде избежать операции на мозге моя ассистентка доктор Ева Нибауэр приступила к логотерапевтическому вмешательству с использованием парадоксальной интенции. В результате спустя девять дней после госпитализации пациентка стала помогать своим соседкам по палате, штопая им носки, помогая сестрам протирать столы и промывать шприцы, и даже опорожняла кюветы с испачканной кровью и гноем материалом в перевязочной! Спустя тринадцать дней после поступления она несколько часов провела дома, а после возвращения в клинику торжественно сообщила, что съела булочку испачканными в земле руками. Через два месяца пациентка обрела способность вести нормальную жизнь.

Было бы неточным сказать, что она полностью избавилась от симптомов, навязчивые мысли по-прежнему часто посещали ее. Вместе с тем облегчения удалось достичь благодаря тому, что пациентка прекратила бороться со своими симптомами (эта борьба их только подкрепляла), напротив, она относилась к себе иронически; иначе говоря, использовала

парадоксальную интенцию. Она даже была способна подшучивать над своими патологическими мыслями. Эта пациентка по-прежнему находится в контакте с поликлиническим отделением, поскольку нуждается в поддерживающей логотерапии. Улучшение в данном случае оказалось стойким, поэтому отпала необходимость в лейкотомии, которая ранее считалась неизбежной.»

Следующий случай взят из сообщения американского психиатра (Frankl, 1961b) об успешном применении парадоксальной интенции у двадцати четырех своих пациентов.

«Пациентка А. В., 45 лет, замужняя, мать 16-летнего сына, имела анамнез длительностью 24 года фобического невроза, состоящего в выраженной клаустрофобии, связанной со страхом езды в машинах. Она также боялась высоты, боялась пользоваться лифтом, ходить по мостам, боялась упасть в обморок, выходить из дома (когда бывала вынуждена это делать, старалась держаться за деревья, кусты). Кроме того, пациентка боялась открытых пространств, пребывания в одиночестве и паралича. На протяжении всех двадцати четырех лет ее безуспешно лечили разные психиатры, в том числе она неоднократно проходила длительную психоаналитически ориентированную психотерапию. Кроме того, пациентка несколько раз попадала в больницу, прошла несколько курсов электросудорожной терапии (ЭСТ), в конце концов ей была предложена лоботомия. За четыре года до нашей с ней встречи она длительное время находилась в палате для беспокойных больных государственной больницы. Там ей была проведена ЭСТ и интенсивная медикаментозная терапия барбитуратами, фенотиазидами, ингибиторами моноаминоксидазы и амфетамином, что не дало стойкого результата. Пациентка была настолько парализована всеми своими многочисленными фобиями, что не выходила из угла палаты, где стояла ее кровать. Она сильно страдала, несмотря на высокие дозы транквилизаторов. Ее напряжение было столь велико, что мышцы у нее постоянно болели. Она все время была озабочена тем, чтобы «не упасть в обморок», «не нервничать», «не паниковать». Диагнозы ее заболевания, по мнению различных психиатров, варьировали от психоневроза до шизофренической реакции шизоаффективного типа с фобической тревогой и депрессивными проявлениями. Находясь в больнице, пациентка в течение полутора лет проходила «интенсивную аналитически ориентированную психотерапию» у опытного клинического психолога.

Первого марта 1959 г. все лекарственные препараты были отменены, и я приступил к лечению с помощью парадоксальной интенции. Техника вмешательства была подробно разъяснена пациентке, и мы с ней работали вместе, симптом за симптомом, страх за страхом. Мы начали с устранения незначительных страхов, в частности связанных с невозможностью заснуть. Пациентку перевели из палаты для беспокойных больных, ей была дана инструкция «попытаться упасть в обморок и начать паниковать как можно сильнее». Вначале она со злостью сказала: «Мне нечего пытаться! Я и так боюсь! Это нелепо. Вы делаете мне хуже!» После нескольких недель сопротивления пациентка смогла оставаться в палате, расположенной на третьем этаже, «безуспешно» пытаясь упасть в обморок и стать парализованной. Мы с пациенткой вместе ездили на лифте на пятый этаж. Пациентке было рекомендовано войти в лифт и подниматься вверх с твердым намерением упасть в обморок и показать мне, «как чудесно она умеет бояться и быть парализованной». Находясь в лифте, я скомандовал ей упасть в обморок, но она рассмеялась и ответила: «Я стараюсь, но у меня не получается. Не знаю, что со мной случилось, я не боюсь. Мне кажется, я изо всех сил стараюсь испугаться!» Доехав до пятого этажа, пациентка выглядела очень гордой. Это был поворотный момент лечения. С тех пор она использовала парадоксальную интенцию всякий раз, когда в этом возникала необходимость. Впервые за много лет пациентка сама вышла из больницы прогуляться, хотя «постоянно пыталась вызвать в себе страх». После пяти месяцев такой терапии она полностью избавилась от симптомов. Пациентка на выходные ушла домой и с удовольствием отметила отсутствие всяких фобий впервые за 24 года. Вернувшись в больницу, она заявила, что теперь у нее остался единственный страх, связанный с ходьбой по мостам. В тот же день на моей машине мы переехали через мост. Когда мы ехали по мосту, я приказал ей начать бояться и упасть в обморок, но она лишь рассмеялась и ответила: «Не могу!» Вскоре после этого она была выписана. С тех пор она приходит ко мне каждые два-три месяца на прием «из благодарности». Следует особо подчеркнуть, что я намеренно не

знакомился с ее анамнезом и не изучал психодинамику.

Два месяца назад пациентка попросила о специальной встрече. Когда мы встретились, она выглядела напряженной, выражала тревогу по поводу возможности вновь заболеть. Ее муж не работал вот уже в течение нескольких месяцев и также страдал неврологическим расстройством, диагностика которого еще не была завершена. У пациентки началась менструация, возникло напряжение и появилась боязнь возврата порочного круга прошлого заболевания. За одну сессию ей удалось понять, что произошло, и избежать восстановления деструктивного стереотипа своих фобий. Эта пациентка больше не попадала в больницу, живет полноценной и счастливой жизнью в кругу своих родных вот уже на протяжении двух с половиной лет. Выздоровление стало возможным без всяких попыток с моей стороны «понять» имеющиеся у пациентки симптомы с позиции психоаналитической теории и «глубинной психологии».

Правомерно задать вопрос: что именно происходит на сессиях? Терапия начинается с выяснения анамнеза, описания симптоматики и т. п., далее следует разъяснение пациенту основных принципов парадоксальной интенции с обсуждением случаев из моей собственной практики, а также некоторых типичных случаев, о которых сообщили Франкл, Нейбауэр и Кокурек. Это обычно занимает от полутора до двух часов. У такого обсуждения две цели: пациент понимает, чем именно мы будем заниматься, а также обретает уверенность в эффективности терапии. Так, я обнаружил, что весьма полезно организовывать встречи пациентов, только приступающих к лечению данного типа, с уже излеченными пациентами, как в условиях больницы, так и в частной практике. Это можно делать в индивидуальном формате, а также в условиях психотерапевтической группы. Я не отрицаю, что здесь присутствует элемент внушения, но позвольте спросить, какой врач или психиатр может лечить своих пациентов без этого фактора? Что касается собственно техники, не следует путать ее с суггестией. В действительности парадоксальная интенция представляет собой прямую ее противоположность. Пациентам вовсе не говорят, что «им будет становиться все лучше и лучше», им рекомендуют **намеренно попытаться ухудшить свое состояние**. Логотерапевт предлагает пациенту самому пожелать, чтобы с ним произошло пугающее событие. Франкл конкретно говорит, что «парадоксальная интенция представляет собой логотерапию в чистом виде. Пациент объективирует свой невроз, дистанцируясь от имеющихся симптомов. Духовное в человеке должно отсоединиться от психического, и пациент должен призвать *Trotzmacht des Geistes*, духовную способность человека к сопротивлению, по собственной воле избрать определенную установку в любой данной ситуации».

Следующие комментарии даны логотерапевтом из Америки (Gerz, 1962; см. также Frankl, 1967).

«Когда я ощущаю, что пациент хорошо понимает механизм действия техники, мы вместе применяем ее на практике в моем офисе. Например, пациент, опасющийся потерять сознание, должен попытаться «упасть в обморок». Чтобы рассмешить пациента, я всегда прибегаю к преувеличениям и говорю что-то вроде: «Давайте; ну падайте же в обморок прямо здесь. Покажите мне, как отлично вы это умеете». Когда же пациент пытается это сделать и у него не получается, он начинает смеяться. Тогда я говорю ему: «Если вы не можете упасть в обморок здесь, когда сами этого хотите, то вам это не удастся и в любом другом месте, если вы станете пытаться это сделать». Таким образом, мы вместе еще и еще раз применяем парадоксальную интенцию здесь в офисе; но также, если это необходимо, делаем это у пациента дома или в любом другом месте, где у него возникают невротические симптомы. Когда пациент успешно избавляется с помощью парадоксальной интенции от одной из своих фобий, он с энтузиазмом начинает применять эту технику для других симптомов. Количество терапевтических сессий зависит преимущественно от длительности заболевания пациента. В случае острого заболевания продолжительностью несколько недель или месяцев большинство пациентов реагируют на такую терапию в течение 4-12 сессий. Тем же, кто был болен несколько лет, пусть даже двадцать лет и более (лично у меня было шесть подобных случаев, в литературе их описано гораздо больше), требуется от шести до двенадцати месяцев лечения с сессиями дважды в неделю, чтобы добиться излечения. На протяжении курса необходимо повторно обучать и поощрять пациента к использованию техники в

соответствии с имеющимися у него специфическими симптомами. Поскольку нервная система сама по себе склонна к повторениям и поскольку наши чувства опосредуются вегетативной нервной системой, установившийся стереотип чувствования будет воспроизводиться, превращаясь в своеобразный рефлекс, даже когда причины невротических симптомов уже устранены. Благодаря склонности нервной системы к повторам, необходимым условием успешной терапии является повторное применение парадоксальной интенции...

Вначале пациенты прекрасно реагируют на парадоксальную интенцию, однако в ходе терапии, особенно в хронических случаях, повторно возникают незначительные рецидивы. Это объясняется тем фактом, что пациенты, **пытаясь улучшить свое состояние**, вновь вступают в порочный круг борьбы за здоровье, невроз при этом получает новое подкрепление. Другими словами, пациенты «забывают» про парадоксальную интенцию, а ухудшение их состояния происходит вследствие самовнушения. В основе неуспеха лежат упомянутые выше повторяющиеся стереотипы невротического поведения («Я так долго пытался бороться с неврозом негодными средствами. Переучиваться трудно»). Но есть также и другой элемент: психотерапевт требует от пациента значительной смелости, в частности в преодолении страха. Например, пациенту, который боится покраснеть на людях, предлагается сделать именно это. Здесь мы апеллируем к личной гордости пациента и его внутренней свободе в духовном измерении, это и есть практика логотерапии в истинном смысле. По всем перечисленным выше причинам психотерапевт должен без усталости напоминать пациенту о необходимости использования парадоксальной интенции, именно потому что симптомы невроза возникают снова и снова. В конце концов невротические симптомы лишатся подкрепления и пройдут. К сожалению, они слишком часто «пытаются вернуться», однако в этих случаях их сдерживает парадоксальная интенция. «Когда они увидят, что ко мне им никак не пробиться, они окончательно исчезнут.»

Заключение и оценка

Заключение. Логотерапия представляет собой экзистенциальный подход, направленный на помощь индивиду в решении проблем философской или духовной природы. Это проблемы смысла жизни — смысла смерти, страдания, работы и любви. Проблемы в этих сферах приводят к экзистенциальной фрустрации или ощущению бессмысленности жизни.

Смысл жизни нельзя отыскать, задаваясь вопросом о цели существования. Он возникает в процессе реагирования человека на жизнь, на ситуации и задачи, которые перед ним ставятся. Хотя биологические, психологические и социальные факторы оказывают влияние на реакции человека, всегда имеется элемент свободы выбора. Индивид не может всегда контролировать условия, в которых находится, но может контролировать свои реакции на них. Следовательно, человек несет ответственность за свои реакции, выборы и действия.

Экзистенциальная фрустрация может проявляться и без невроза или психоза, однако она может привести к неврозу, а неврозы и психозы всегда имеют экзистенциальные аспекты. Логотерапия направлена на экзистенциальную фрустрацию и эти экзистенциальные аспекты невроза и психоза. Следовательно, она не столько заменяет, сколько дополняет психотерапию. Логотерапия не уделяет внимания психодинамике или психогенезу, она направлена на философские и духовные проблемы пациента. Ее цель состоит в предоставлении пациенту новых возможностей, в реализации его скрытых ценностей, а не в обнаружении глубинных тайн. Самоактуализация не считается конечной задачей. Реализация себя возможна лишь в той степени, в какой человек реализует конкретный смысл своего личного существования. Самоактуализация, таким образом, является побочным продуктом.

В логотерапии используются две специфические техники: парадоксальная интенция и дерефлексия. Первая напоминает негативную практику по Найту Данлепу (Knight Dunlap, 1933). Некоторые другие аспекты разработанного Франклом метода сходны с переобусловливанием. Вместе с тем Франкл связывает эти техники с экзистенциализмом и подчеркивает вызываемые ими эффекты помимо устранения симптомов. Тем не менее намечаются некоторые сходства и параллели между случаями, описанными Франклом, и сообщениями Сэлтера и Вольпе. Парадоксальная интенция имеет дело с симптомами.

Данный метод поощряет пациента подвергнуться пугающей ситуации, однако без вызывающих страх последствий, что разрывает порочный круг и ведет к угашению страха или антиципаторной тревоги. Франкл, однако, подчеркивает аспекты отношения к ситуации. Именно отношение пациента, а не команда, настояние или поощрение со стороны психотерапевта приводит к тому, что пациент подвергает себя действию ситуации, в которой может возникнуть угашение. Не исключено, что необходимым условием здесь является изменение установок пациента, как и в других методах, ведущих к переобусловливанию и угашению, например в подходах Сэлтера и Вольпе.

Оценка. Для Франкла духовный аспект является самостоятельным измерением индивида, отличным от психологического. Это, вероятно, является результатом отсутствия внимания и даже отвержения смыслов и ценностей со стороны психологии. Вместе с тем не обязательно рассматривать смыслы и ценности как самостоятельный аспект индивида; они вполне могут быть частью его психологического аспекта. Тем не менее Франкл признает проблемы и страдания современных людей, вводя их в психотерапию как полноправные объекты вмешательства, вместо того чтобы игнорировать их или лечить их как симптомы бессознательных или вытесненных интрапсихических конфликтов между влечениями. Его концепция ценностей отношения также представляет собой весомый вклад. Унгерсма (Ungersma, 1961) утверждал, что эта концепция Франкла «внесла уникальный вклад в психотерапию любой ориентации,... опосредуя и развивая глубочайшие достижения Фрейда» (р. 28).

Если другие подходы в психотерапии делают акцент на самоактуализации, самореализации и самосовершенствовании как цели терапии, Франкл подчиняет эту цель цели достижения смысла. Можно возразить, что именно значимость событий, ситуаций, задач, ценностей, установок и т. д. для самореализации придает им смысл; они лишены смысла сами по себе, обретая смысл лишь применительно к развитию индивида.

Вероятно, было бы несправедливым судить о логотерапии (или экзистенциальной психотерапии) на основе техник парадоксальной интенции и дерефлексии. Это специфические техники для вполне конкретных симптомов или невротических состояний. Они едва ли применимы в случае более тяжелых нарушений, с которыми имеет дело экзистенциальная психотерапия, в частности при экзистенциальной фрустрации и утрате смысла жизни.

Логотерапия призвана заниматься этими философскими или духовными проблемами. Однако описание методов не позволяет составить о них точного представления. Логотерапию часто комбинируют с общей психотерапией, при этом используются традиционные техники. Франкл отрицает, что его подход включает обучение или проповедь, является интеллектуальным или рациональным. Вместе с тем он часто выливается в обсуждение философских или духовных проблем с вышеупомянутыми элементами. Описание случаев пестрит такими терминами, как **причинность, убеждение, инструктирование, тренинг, руководство** и так далее. Суггестия, убеждение и установление причинно-следственных связей являются составными частями этого процесса.

Высказывается мнение (Weisskopf-Joelson, 1975) о том, что логотерапия — это скорее вера, философия жизни, светская религия, чем наука или школа психотерапии в обычном смысле слова. Сочинения Франкла пригодны не только для подготовки логотерапевтов, клиенты также могут извлечь из них пользу. Вайсдорф-Джозелсон предлагает, чтобы терапевтические сессии посвящались преимущественно обучению ценностям и философии логотерапии, а не использованию техник. В логотерапии имеется всего одна техника — парадоксальная интенция. Первая часть техники, принятие, а не борьба с невротическими симптомами, соответствует философии. Вторую часть, преувеличение симптомов, автор считает трюком. Именно этому моменту, по ее мнению, уделяется чрезмерное внимание теми психотерапевтами, которые занимаются поиском техник, хотя он не согласуется с философией. По ее мнению, Франкл

«это смесь проповедника, гуру и пророка под маской психиатра, распространяющего свои послания на языке, к которому охотно прислушиваются мужчины и женщины двадцатого века, на языке психологии. Однако мир, а возможно и сам человек слишком серьезно отнесся к этой уловке и не замечает пророка, скрывающегося под мантией психиатра» (р. 240).

В искренности и увлеченности Франкла сомневаться не приходится. Он не предписывает смыслов жизни и не определяет ответственность своих клиентов, однако прилагает много усилий, чтобы подвести их к анализу своих проблем и принятию ответственности.

В чем же состоит ценность логотерапии? Вероятно, наибольшая ее ценность в открытом и искреннем принятии психотерапевтом философских проблем, связанных с целями и ценностями. Накапливается все больше фактов, свидетельствующих о том, что современный человек озабочен проблемами ценностей и целей, смысла существования, а также вопросами свободы и ответственности. Если другие психотерапевты выказывают минимальное внимание к этой сфере человеческих переживаний, Франкл помещает ее в центр своего подхода. Это общий центр интересов экзистенциализма, если судить по работам других представителей данного направления, однако работа Франкла имеет некоторые преимущества в глазах изучающих психотерапию. Его сочинения проще читать в отличие от большинства работ на эту тему. По своей ориентации они менее абстрактны и загадочны, в них нет болезненности или пессимизма, свойственных другим экзистенциальным подходам. Хотя Франкл употребляет слово **духовный** в качестве ключевой концепции, он не считает его синонимом **религиозности**. Кроме того, хотя понятие **духовный** используется наравне с термином **интеллектуальный** или **психический**, оно выходит за их рациональные аспекты. Наиболее близким синонимом, по-видимому, следует считать понятие **философский**.

Хотя подход логотерапии довольно туманен, а его теория и техники не были систематически разработаны и описаны, он представляет определенную ценность для студента как свидетельство растущего интереса к тем аспектам жизни, которым не уделяется пристального внимания в других подходах в психотерапии. Вполне возможно, что эти аспекты, связанные с ценностями, целями и смыслом жизни, в настоящее время чаще служат источником проблем и так называемых неврозов, чем это было в прошлом. Современная цивилизация и общество привели к изменению свойственной людям проблематики. Если так, то психотерапия должна отражать это изменившееся, отличающееся содержание. Меняющиеся условия сделали всеобщим достоянием иной взгляд на человека, мимо которого не могут проходить те, кто занимается психотерапией.

Что касается научных исследований, «базовые концепции логотерапии — воля к смыслу, экзистенциальный вакуум и ноогенный невроз — получили экспериментальное подтверждение» (Fabry, 1980, p. 15). В некоторой степени это действительно так, однако, что можно сказать о логотерапии как лечении? Каково мнение исследователей? Райс и Гринберг (Rice & Greenberg, 1992) указывают, что «в рамках подхода экзистенциальной терапии проведено сравнительно немного исследований» (p. 216). Хотя в данном случае речь идет об экзистенциальной терапии как таковой, это относится и к логотерапии. Единственным исключением является парадоксальная интенция, которой посвящено множество работ.

Поначалу заявления об эффективности парадоксальной интенции делались на основании единичных случаев (например, см. Frankl, 1981, 1985a, 1986; Gerz, 1962, 1966; Victor & Krug, 1967). Согласно Франклу (Frankl, 1986), первые экспериментальные исследования, посвященные парадоксальной интенции, датируются 1970 г. (Ascher & Turner, 1979; Solyam, Garza-Perez, Ledwidge & Solyam, 1972). В 1980-х гг. внимание исследователей к парадоксальной интенции и парадоксальным стратегиям вообще заметно возросло (см. Ascher, 1989; DeBord, 1989; Dowd & Milne, 1986; Greenberg & Pies, 1983; Katz, 1984; Hill, 1987; Seltzer, 1986; Shoham-Salomon & Rosenthal, 1987; Strong, 1984). Этот процесс продолжался и в 1990-х гг. (например, Belts & Remer, 1993; Hampton & Hulgus, 1993; Weeks, 1991).

Насколько эффективна парадоксальная интенция? В некоторых исследованиях были получены весьма обнадеживающие результаты, однако далеко не во всех случаях (см. Turner & Ascher, 1982); что касается систематических исследований этого метода, то они еще впереди. Итоги большинства известных исследований на эту тему подвела группа авторов (Kim, Poling & Ascher, 1991), которые указали, что, хотя исследованию парадоксальной интенции уделяется много внимания, большинство работ посвящены исключительно бессоннице или агорафобии, в то время как другие проблемные сферы остались практически не у дел. «Исходя из отсутствия соответствующих исследований, делается вывод о том, что определенно судить об эффективности парадоксальных техник пока преждевременно» (p.

244). И далее: «Есть много критических замечаний даже по поводу самых методически надежных исследований и нет необходимых данных, даже в случае бессонницы и агорафобии, чтобы снять противоречия и сделать практические выводы» (р. 244). Хотя это мнение было высказано несколько лет назад, оно не устарело и по сей день: систематические экспериментальные исследования в этой сфере могут и должны быть проведены.

Что можно сказать о будущем логотерапии? Логотерапия представляется весьма привлекательной и имеет широкую область применения — как философия, как форма психотерапии для противостояния смерти и болезням, в медицине и даже в стоматологической практике (Fabry, Bulka & Sahakian, 1980). В Вене действует Институт Виктора Франкла. По логотерапии проводятся курсы, создаются общества и центры во всем мире (например, в Японии, в Рио-де-Жанейро); в Калифорнии располагается Институт логотерапии, основанный в конце 1970-х гг. Выходит журнал «*The International Forum for Logotherapy*». Журнал «*Journal Des Viktor-Frankl-Instituts*», международное периодическое издание, посвященное изучению и разъяснению принципов логотерапии и экзистенциального анализа, стало издаваться с 1993 г. Первый всемирный конгресс по логотерапии был проведен в 1980 г. Развитие логотерапии в этих направлениях продолжается и в настоящее время.

Терапия Франкла представляет собой «смыслотерапию» (Mahoney, 1991), а бессмысленность и поиск смысла всегда будут для человека проблемами; даже по одной этой причине следует ожидать, что логотерапия сохранит свое значение как самостоятельная форма лечения в сфере психотерапии. Более того, актуальность послания Франкла отражена в следующем: а) он был главным докладчиком на второй конференции, посвященной эволюции психотерапии в 1990 г, б) сборник материалов этой конференции (Zeig, 1992) вышел с посвящением ему (и его жене) «за монументальный вклад в развитие человечества и за негасимое пламя, освещающее возможность отыскания смысла жизни», в) в 1994 г. Франкл был основным докладчиком на конференции в Гамбурге, посвященной эволюции психотерапии.

Однако сам Франкл никогда не считал себя «всем и вся» логотерапии. Призывая к «дегуруфикации логотерапии», он своеобразно осветил ее будущее: «Моя задача состоит не в том, чтобы воспитывать попугаев, способных чирикать "голосом мастера", а в том, чтобы передать факел "независимым, изобретательным и сильным духом"» (Frankl, 1985a, p. 178). Некоторые из этих «независимых, изобретательных и сильных духом» опубликовали свои работы в книге Фабри с соавторами (Fabry et al, 1980), а также другие, недавно вышедшие работы. Творческий дух и преданность сторонников, без сомнения, сделают будущее логотерапии более ярким и радужным.

Часть VI. Заключение: дивергенция и конвергенция в психотерапии

Предисловие к части VI

Эта книга обобщает ряд теорий психотерапии. Сюда можно было бы включить гораздо больше теорий; их хватило бы как минимум еще на один том. На первый взгляд картина выглядит довольно пестрой. Теории заметно отличаются друг от друга своей философией, основными концепциями, целями, методами и техниками.

Франк (Frank, 1982), отмечая многообразие теорий, объясняет его особенностями американского общества, для которого характерны конкуренция и плюрализм.

«Поскольку престиж и материальное положение психотерапевтов в значительной степени определяются тем, насколько они могут показать, что их конкретная теория и метод лучше, чем у их соперников, они всячески превозносят особенности своего подхода; каждый психотерапевт приписывает свои успехи концепциям и особенностям, отличающим данную теорию и метод от конкурирующих, замалчивая их сходство» (р. 22).

Эта попытка быть разными приводит к возникновению самостоятельных направлений внутри отдельных школ психотерапии, распространению новых методов и техник. Помимо

этого имеются и индивидуальные различия между терапевтами: каждый психотерапевт в некоторых отношениях поистине уникален.

Глава 15 посвящена различиям между теориями по трем направлениям: 1) основное философское отличие во взглядах на человеческую природу, 2) парадигма специфического лечения при специфических состояниях, 3) мультикультурное движение.

Глава 16 рассматривает попытки интегрировать различные подходы в психотерапии. Поскольку все подходы разработаны исходя из опыта способных и честных людей, работавших с одной популяцией больных, можно ожидать некоторого сходства их наблюдений, хотя эти наблюдения могут быть изложены разным языком и с использованием разной терминологии. Или же наблюдатели, подобно слепцам, описывающим слона, работают с различными элементами одного процесса. Кроме того, если учесть примерно одинаковую эффективность различных теорий, они должны обладать определенным сходством.

Обзоры литературы, посвященной попыткам интеграции различных подходов в психотерапии, подготовили Голдфрид (Goldfried, 1982) и Голдфрид и Ньюмен (Goldfried & Newman, 1986, 1992). Наиболее популярным интегративным движением является эклектизм. Тем не менее в главе 16 основное внимание уделяется второму, менее распространенному интегративному подходу — поиску общих элементов.

Глава 15. Дивергенция

Более тридцати лет назад Роджерс (Rogers, 1963) писал: «Поле психотерапии находится в состоянии хаоса». Он одним из первых почувствовал, что психотерапевты говорят о сходных вещах, используя разные слова и ярлыки для их описания. Тогда он пришел к убеждению, что психотерапевты отличались базовым уровнем личных переживаний. Примерно в то же время Унгерсма (Ungersma, 1961) пишет:

«Настоящая ситуация в психотерапии напоминает историю о том, как человек оседлал лошадь и пытается двигаться сразу во всех направлениях. Теоретическая ориентация психотерапевтов основывается на сильно различающихся гипотезах, теориях и идеологии... Отдельные представители любой профессии должны различаться, однако хорошо организованные школы терапии работают над решением задач, не пересекающихся с теми, которые решают другие хорошо организованные школы. Тем не менее все школы, при наличии благоприятных условий, достигают хороших результатов: пациенту или клиенту становится лучше, часто ему удается вполне избавиться от своих проблем» (р. 55).

Несколько лет спустя Коулби (Colby, 1964) начал свой обзор о предшествующем трехлетнем периоде в истории психотерапии словами: «Хаос возобладал». Еще через пять лет Канфер и Филлипс (Kanfer & Phillips, 1969) отметили, что клиницисты расходятся не только по своим теоретическим взглядам, но также «их практика и убеждения отражают глубокие разногласия и противоречия». Спустя пять лет Сингер (Singer, 1974) называет подготовку психотерапевтов «вавилонским столпотворением».

Почти три десятилетия назад обложка издания «*Saturday Review*», где была опубликована статья (Parloff, 1976) с упоминанием о 130 школах психотерапии (не перечисленных в статье) — была украшена заголовком «Психотерапевтические джунгли». Вскоре после этого вышло руководство «*The Psychotherapeutic Handbook*» (Hebrink, 1980), где перечислялись 255 методов психотерапии. (Многие из них были просто техниками, в то время как другие вообще нельзя было причислить к методам психотерапии.) В связи со всем этим вновь напомним цитату Франка (Frank, 1982) из введения к данному разделу.

В 1985 г. на конференцию, посвященную эволюции психотерапии, в Фениксе собрались выдающиеся теоретики и психотерапевты со всего мира. Ли (Lee, 1985) в своем сообщении о конференции в журнале «*Time*» цитирует высказывание одного из участников: «Здесь все специалисты, но никто друг с другом не соглашается». В своей статье Вольпе (Wolpe, 1987) назвал психотерапию «Вавилонской башней спорящих голосов» (р. 144), он продолжил: «Психотерапия представляет собой псевдонаучную череду точек зрения, различающихся своими основами, расколотых и несогласованных, при этом часто возникают все новые точки

зрения...» (р. 134). Прохазка (Prochaska, 1988) озаглавил свой обзор материалов конференции «Деволюция психотерапии» (*The Devolution of Psychotherapy*) и приводит цитату из введения (Zeig, 1987): «Здесь присутствовали ведущие специалисты в области психотерапии, но я не вижу возможности для них прийти к соглашению по поводу разграничения территории. Кто станет спорить, что поле психотерапии находится в полном беспорядке!» Эта цитата вполне применима также ко второй конференции, посвященной эволюции психотерапии, которая прошла в Фениксе в 1990 г. (см. Zeig, 1992).

Неудивительно, что человек, изучающий психотерапию, находится в трудном положении, вплоть до ощущения пребывания в джунглях. Здесь мы пытаемся устранить некоторые препятствия, прорубить дорогу в зарослях. В следующих разделах главы пойдет речь о трех основных источниках разногласий. А в последней главе мы покажем возможный выход из джунглей.

Основное философское различие

Около 30 лет назад Гордон Оллпорт (Gordon Allport, 1962) описал три взгляда на природу человека. Первый представляет людей как реактивных существ. Люди рассматриваются как биологические организмы, реагирующие на раздражители из внешней среды. Люди исчерпываются своими переживаниями, прошлым опытом, обусловливанием и возможным переобусловливанием. Концепции, описывающие эту точку зрения, были следующими: реакция, подкрепление, рефлекс, респондент, реинтеграция, переобусловливание.

Второе представление о природе человека по Оллпорту — это образ реактивного существа в глубине. Уже не организм, реагирующий на окружение, а существо, откликающееся на врожденные влечения, мотив и потребности, человек находится под влиянием прошлого удовлетворения или фрустрации этих внутренних сил. Концепции включают вытеснение, регрессию, сопротивление, отреагирование, реактивные образования, воспоминания и реконструкцию прошлого.

Два этих представления сходны в своих основах. Люди видятся реагирующими на силы или раздражители — в одном случае внешние, а в другом — внутренние. В первом случае люди являются жертвами окружения, а во втором — собственных врожденных потребностей и влечений.

В отличие от этих представлений Оллпорт предложил третью точку зрения. Это так называемый человек проактивный, существо, находящееся в процессе становления. Люди видятся сознательными, устремленными в будущее. Концепции включают склонность к экспериментированию и обязательность.

Не представляет труда классифицировать теории психотерапии в соответствии с этими представлениями или философскими взглядами на человеческую природу. Бихевиористы и психотерапевты, которые придерживаются традиционного подхода к терапии на основании теории научения, попадают в первую категорию. Психоанализ и психоаналитический подход или так называемые динамические теории относятся ко второй категории. Эти две категории имеют одну общую особенность. Обе они считают людей скорее контролируемыми, чем контролирующими, объектами, а не субъектами, пассивными, а не активными.

В противоположность им существуют теории, которые принято называть гуманистическими или экзистенциальными, наглядным примером которых является клиент-центрированная терапия. Роджерс изложил свою философию довольно подробно. Он считал людей обладателями врожденных качеств, в частности описывал их как **позитивных, устремленных вперед, конструктивных, реалистичных и заслуживающих доверия** (Rogers, 1957a, 1957b, 1961).

Фрейд также не скрывал своего отношения к людям: «В каждом человеке присутствуют деструктивные, а следовательно, антисоциальные и антикультурные тенденции, причем они достаточно сильны у многих людей, определяя их поведение в человеческом обществе» (Freud, 1949, p. 11). «Цивилизованному обществу постоянно грозит дезинтеграция в связи с враждебным отношением людей друг к другу... Культура... должна воздвигнуть барьеры на пути агрессивных инстинктов людей» (Freud, 1930, pp. 86-97).

Представители поведенческой философии более скрытны. Так, Скиннер не выдвигает предположений относительно природы человека (Skinner, 1974). Вольпе (см. главу 6) вообще не занимается философскими вопросами. Философия заложена в отдельных утверждениях бихевиористов, например:

«Дайте мне дюжину здоровых младенцев и обеспечьте мне условия для их воспитания; я гарантирую, что каждый из них станет любым специалистом по моему выбору, врачом, юристом, коммерсантом и, увы, даже нищим и вором, независимо от своих талантов, склонностей, способностей, рода занятий и расовой принадлежности предков» (Watson, 1930, p. 104).

Много лет спустя Скиннер (Skinner, 1948) сформулировал эту идею более четко: «Дайте мне спецификацию, и я дам вам человека!» (p. 343).

Эти различные представления о людях ведут к различиям в психотерапевтической практике. Первое, гуманистическое, связано с практикой, которую характеризует термин **фасилитация**, т. е. освобождение человека для реализации своих потенциальных возможностей. Вот как сформулировал это Роджерс (Rogers, 1961).

«Мы установили с помощью внешнего контроля условия, которые, по нашим расчетам, приведут к внутреннему контролю индивида и достижению внутренне избранных целей. Мы выявили условия, являющиеся предпосылками различных классов поведения — самоуправления, чувствительности к внутренним и внешним реальностям, гибкой адаптивности — которые по своей природе **непредсказуемы** в своей специфичности. Выявленные нами условия предсказывают поведение, по сути своей «свободное»... Условия, которые мы собираемся создать, служат предпосылками таких поведенческих следствий, чтобы клиент стал более самоуправляемым, менее ригидным, более открытым своим чувствам, лучше организованным и интегрированным, более похожим на избранный для себя идеал» (pp. 397-398).

Локус контроля находится у клиента. Психотерапевт фасилитирует терапевтический процесс через эмпатическое понимание, искренность и принятие клиента.

Для второй точки зрения, представленной преимущественно поведенческими терапевтами, однако включающей и когнитивных психотерапевтов, характерна практика психотерапии с фокусированием на более конкретных (и ограниченных) целях — изменении конкретных видов поведения. Такая терапия более активна, психотерапевт выступает в роли эксперта, контролируя и направляя клиента к специфическим целям. Лондон (London, 1964) назвал такую терапию «терапией действия»: «Психотерапевт оказывает гораздо большее влияние на ход сессий и, вероятно, на жизнь пациента за рамками сессий» и «Психотерапевт несет гораздо большую ответственность за результат лечения, а также за все изменения, происходящие с пациентом» (p. 78).

Эти два подхода иногда разделяют терминами **фасилитаторы** и **манипуляторы** (Patterson, 1958, 1959). Марго Адлер (внучка Альфреда Адлера) в сообщении о конференции в Фениксе по радио *PBS* сказала, что в настоящее время существует две разновидности психотерапевтов: манипуляторы и «помощники» (*enablers*). Термин манипуляция отвергается из-за связанного с ним уничижительного смысла, хотя словарное значение в данном случае вполне подходит: «Управлять с помощью интеллекта. Контролировать действия посредством управления» (Webster, 1941, p. 609). Возможно, термины **директивный** и **недирективный**, которые ранее употреблялись в психотерапии, окажутся более уместными.

Не вызывает сомнения, что до тех пор, пока мы не придем к соглашению о природе людей, невозможно никакое соглашение о философии и теории психотерапии. А пока не будет достигнуто соглашение о философии и теории, не удастся достичь единого мнения о практике психотерапии (Patterson, 1989a).

Парадигма специфических вмешательств

Вторым источником разногласий служат усилия подобрать лечение к специфическим проблемам или диагнозам. Наиболее часто эта парадигма приводится в изложении Пола (Paul, 1969): «**Какое** лечение, в **чем исполнении** наиболее эффективно для **данного** человека с **данными** специфическими проблемами и при **данных** обстоятельствах?» (p. 44;

cf. Paul, 1967). Сходным образом выразил эту мысль Крумбольц (Krumboltz, 1966): «Нам требуется знать, когда и какие процедуры и техники использовать и для достижения каких видов поведенческих изменений, чтобы они были наиболее эффективны у данного клиента, и какой консультант или психотерапевт должен их проводить». Предлагается еще одна формулировка вопроса: «Какое лечение в руках каких консультантов может принести пользу данным клиентам и какую именно?» (Blocher, 1968, p. 16). Другие авторы в обзоре исследований, посвященных психотерапии, пишут (Strupp & Bergin, 1969; Bergin & Strupp, 1972): «проблема исследований в сфере психотерапии в самых общих словах должна быть сформулирована как стандартный научный вопрос: какие конкретные терапевтические вмешательства производят конкретные изменения у конкретных пациентов в конкретных условиях?» (p. 8). По мнению Урбана и Форда (Urban & Ford, 1971) задача психотерапии состоит в том, чтобы «сформулировать условия, при которых конкретная тактика пригодна для решения данных конкретных проблем... Выяснение, какой набор процедур эффективен для каких пациентов, с какими проблемами и в исполнении каких специалистов» (p. 20). А вот еще одна формулировка парадигмы (Goldfried, Greenberg & Marmor, 1990): «Исследования должны показать, что для **данного** фактора **данное** вмешательство приведет к **данным** изменениям с **данным результатом**» (p. 669).

Эта позиция представляется привлекательной, имеющей научное построение. Вместе с тем это чисто эмпирическая позиция, без всяких теоретических влияний. Однако провести подобные исследования крайне трудно, вернее сказать, невозможно. Они потребовали бы:

1) классификации проблем клиента или психологических расстройств (надежной и заслуживающей доверия диагностической системы);

2) классификации терапевтических вмешательств или техник;

3) классификации личностных особенностей психотерапевтов;

4) классификации обстоятельств, условий, ситуаций или видов окружения, в которых проводится терапия;

5) принципов или правил для сопоставления всех этих параметров.

Совершенно очевидно, что матрица исследования, включающая измерение всех этих параметров, будет содержать угрожающе большое количество ячеек. Киш и Кролл (Kish & Kroll, 1980) пишут: «Интересующий всех вопрос о том, какие аспекты терапии у каких типов пациентов работают, по-видимому, так и останется без ответа, поскольку он неразрешим с методологической точки зрения» (p. 406). Парлофф (Parloff, 1982) указывает, что «систематический подход к работе с матрицей из 250 видов психосоциальной терапии и 150 классов расстройств потребовал бы приблизительно 4,7 миллиона отдельных сопоставлений» (p. 723).

Группа других авторов (Stiles, Shapiro & Elliott, 1986) отмечает, что подобный проект «требует использования совершенно нереалистичной схемы. В принципе для оценки 10 типов клиентов, стольких же психотерапевтов, видов техник и условий необходимо использовать матрицу из 10 000 ячеек!» (p. 168). Эти авторы делают вывод о том, что «после 20 лет работы над парадигмой исследователи все еще не могут дать четких рекомендаций» (p. 169). Арковиц (Arkowitz, 1992) замечает, хотя речь в данном случае идет о техническом эклектизме:

«Если число параметров бесконечно, количество взаимодействий между ними также бесконечно. Попросту говоря, задача представляется неразрешимой, если у нас нет принципов отбора соответствующих параметров и представления о взаимодействии между ними. Именно здесь могла бы помочь теория» (p. 288-289).

Сложностью проблемы, по-видимому, объясняется небольшое число исследований данной парадигмы, хотя с момента ее выдвижения прошло уже более двух с половиной десятилетий. Поведенческие психотерапевты провели некоторые исследования в подтверждение эффективности поведенческих техник (например, Kazdin & Wilson, 1978; Rachman & Wilson, 1980). Абсолютное большинство исследований проведено по аналогии. Герсен и Беллак (Hersen & Bellack, 1985) пишут: «В итоге большинство исследований в подтверждение эффективности поведенческих видов лечения представляют собой аналогичные проекты, генерализация результатов которых проблематична» (p. 16).

Лазарус (Lazarus, 1990) ответил на заявление Страппа (Strupp, 1989) о том, что «исследования мало продвинулись по части доказательств уникальной эффективности

специфических техник при лечении частных расстройств (Lambert, Shapiro & Bergin, 1986)» (р. 717). Лазарус, в частности, сказал, что «в действительности, исследования **показали** наличие множества видов специфических вмешательств для специфических стратегий при специфических синдромах» (Lazarus, 1990, р. 670). Это, возможно, верно, однако отсутствуют экспериментальные доказательства специфической эффективности этих вмешательств и стратегий.

Лазарус ссылается на работу Бандуры (Bandura, 1986), посвященную эффективности моделирования при фобических расстройствах. Однако еще до работ Бандуры специфическим вмешательством при фобиях считалась систематическая десенсибилизация. Более того, моделирование подразумевает личные отношения; психотерапевт, пусть даже экспериментатор, является моделью для клиента, или субъекта. Лазарус цитирует ряд исследований; он признает определенные характеристики отношений, но считает их недостаточными (хотя необходимыми). Вместе с тем не представляется возможным устранить параметры отношений, накладывающие отпечаток на все попытки исследователей продемонстрировать эффективность поведенческих или когнитивных техник.

Интересное исследование, в котором была предпринята попытка исключить влияние отношений, проведено группой авторов (Lang, Malamed & Hart, 1970): в лабораторных условиях исследовалась модификация страха с помощью автоматизированной процедуры десенсибилизации. Инструкции участникам были записаны на пленку; они прослушивали записи, не встречаясь с экспериментатором лично. Однако на пленках был записан человеческий голос; кроме того, экспериментальная ситуация предполагала некоторые межличностные отношения, участники направлялись для эксперимента психотерапевтами. Не исключена возможность реакции участников на магнитофонную запись голоса: этот аппарат был назван средством автоматической десенсибилизации (*DAD*).

Попытка применить парадигму специфических вмешательств на практике привела к многочисленным предписаниям относительно терапевтических стратегий при тех или иных состояниях, часто эти рекомендации не были подкреплены экспериментальными данными. Бейтлер и Кларкин (Beutler & Clarkin, 1990) разработали наиболее точную систему подбора лечения к конкретным клиентам. Система основана не на Руководстве по диагностике и статистике психических расстройств (American Psychiatric Association, 1994), а на другой классификации личностных характеристик клиентов, окружающих условий и обстоятельств. Помимо особенностей пациента и окружения в систему включены характеристики психотерапевтов и разных видов психотерапии, а также специфических терапевтических вмешательств. Эта обширная система, опирающаяся на данные исследований, является сложным процессом, «вероятно, чересчур сложным, чтобы привлечь интерес читателя» (Beutler & Clarkin, 1990, р. XII); она также слишком сложна, чтобы ее можно было реализовать на практике. Представляемая как систематическая модель, она содержит множество техник лечения, подобранных на эмпирической основе без учета теоретических соображений.

До настоящего времени парадигма специфических вмешательств объясняет многообразие процедур и техник, которые используются методом проб и ошибок. Прогноз Страппа (Strupp, 1982) сбывается: «Поиск специфических психотерапевтических техник для специфических расстройств (по аналогии с лекарствами) может оказаться бесплодным» (р. 44). Семь лет спустя он сделал следующий вывод: «Исследования не дали явных доказательств особой эффективности специфических техник в терапии конкретных расстройств» (Lambert, Shapiro & Bergin, 1986; Strupp, 1989, р. 717). Стаббс и Бозарт (Stubbs & Bozarth, 1994) после оценки публикаций, посвященных парадигме специфических вмешательств, пришли к заключению, что «исследования, касающиеся специфичности вмешательств, дисфункций, особенностей психотерапевта и клиента фрагментарны, часто не могут быть воспроизведены и обобщены... Исследования специфичности... привели к неубедительным и противоречивым результатам» (р. 109).

Мультикультурное движение

Мультикультурное движение в психотерапии стало третьим основным источником разнообразия. Движение началось около тридцати лет назад. Декларацией его стала статья

Вренна (Wrenn, 1962) под названием «Скованный культурой консультант» (*The Culturally Encapsulated Counselor*). Однако импульс движению придали наблюдения, что «клиенты—представители меньшинств получают неравноценные и дешевые услуги по поддержанию психического здоровья» (S. Sue, 1977, p. 116). Они, как утверждал Сью, получают этих услуг меньше и сравнительно низкого качества. В качестве примеров приводились сообщения ряда авторов (Yamamoto, James & Palley, 1968). Позднее (S. Sue, 1988) Сью ссылаясь на доклад Комиссии Президента по психическому здоровью (1978), как и другие авторы до него. По результатам исследования Сью, представители меньшинств чаще получали поддерживающее лечение, чем белые клиенты. Кроме того, выяснилось, что темнокожие клиенты и коренные американцы были «сверхпредставлены» в местных центрах психического здоровья в Сиэтле, в то время как американцы мексиканского и азиатского происхождения там практически не были представлены (Sue & McKinney, 1974, 1975; Sue, McKinney, Allen, & Hall, 1974). Коэффициент отказа (после первой сессии) составил 50% для темнокожих, коренных американцев и американцев азиатского происхождения; для выходцев из Мексики этот коэффициент был 42%, а представители белой расы отказывались от терапии лишь в 30% случаев. Темнокожие были единственной группой, получавшей дифференцированное лечение, их чаще госпитализировали и они реже участвовали в групповой и супружеской терапии (см. также Wu & Windle, 1980).

Мейс и Элби (Mays & Albee, 1992) подвели следующий итог.

«Представители этнических меньшинств не получают традиционной психотерапии пропорционально своей доле в популяции... Формы применения не следует смешивать с уровнями потребности в помощи в связи с эмоциональными проблемами. В целом по сравнению с белым населением этнические меньшинства чаще проживают в бедности и испытывают воздействие социальных стрессоров, что принято считать предпосылками психиатрических и психологических расстройств... Вместе с тем несмотря на это, представители этнических меньшинств часто недополучают качественной помощи по поддержанию психического здоровья» (Wu & Windle, 1980, pp. 552-553).

Внимание к этническим меньшинствам в США проявляли всегда (D. W. Sue, 1978). В последнее время число публикаций на эту тему постоянно растет. Книга Сью (D. W. Sue, 1981a) содержит главы, посвященные американцам азиатского происхождения, темнокожим (автор Элси Смит), выходцам из Испании (автор Р. Руиз), а также американским индейцам (Э. Г. Ричардсон). Специальный выпуск журнала *«Psychotherapy»* посвящен психотерапии представителей этнических меньшинств (Dudley & Rawlins, Eds., 1985) и содержит статьи, посвященные этим группам. (См. также Atkinson, Morten & Sue, 1993.) В книге Д. и С. Сью (Sue & Sue, 1990) имеются главы об американцах азиатского происхождения, темнокожих американцах, латиноамериканцах и американских индейцах.

Мультикультурное движение охватило также и другие группы: различные субкультуры, расовые группы, половозрастные и социально-экономические группы, включая беднейшие слои населения (см. Goldstein, 1973). Любопытно, что сравнительно мало внимания уделяется терапии представителей других культур за пределами США. Эта тема отчасти затронута в книге под редакцией Педерсена, Лоннера и Драгунса (Pedersen, Lonner & Draguns, 1976).

Легко можно предположить, что психотерапия в США (и других странах Запада), создававшаяся для нужд представителей белой расы из средних и высших социальных слоев, не подходит для других групп, даже принадлежащих к той же культуре. Педерсен (Pedersen, 1976) в одном из своих обзоров писал, что «каждая культурная группа требует особого набора навыков, уникальных акцентов и специфических представлений для эффективного консультирования или терапии» (p. 26).

Есть много причин неадекватности служб психического здоровья для представителей этнических меньшинств: нехватка психотерапевтов, говорящих на двух языках, и психотерапевтов, которые были бы членами этнического меньшинств; дискриминация; предвзятое отношение психотерапевтов—представителей культурного большинства. С. Сью (S. Sue, 1988) процитировал наиболее типичное критическое замечание по поводу психотерапии, высказываемое представителями этнических меньшинств: «нехватка двуязычных и бикультурных психотерапевтов, способных общаться и понимать ценности, жизненный стиль и проблемы таких клиентов» (p. 302). Сью и Зейн (Sue & Zane, 1987)

указывали, что «наиболее важное объяснение проблемы обеспечения услуг заключается в неспособности психотерапевтов предоставить культурно-специфичные формы лечения. Причиной этого является незнание большинства психотерапевтов с культурными основами и стилем жизни представителей этнических и культурных меньшинств, поскольку их подготовка рассчитана на типичных англо-американцев (Bernal & Padillo, 1982; Chunn, Dunston & Ross-Sheriff, 1983; Wyatt & Parham, 1985)» (р. 37).

В своем раннем обзоре Педерсен (Pedersen, 1976) отмечал: «Накапливаются доказательства того, что подготовленный консультант или психотерапевт не умеет работать с выходцами из других расовых, этнических или социально-экономических групп, ценности, установки и стиль жизни которых отличается и даже угрожает его собственному (Padilla, Boxley & Wagner, 1972)» (р. 35). Мейс и Алби (Mays & Albee, 1992) ссылаются на «культурную невосприимчивость» традиционной психотерапии и «неспособность психологии создать и распространить адекватные службы психического здоровья для данной популяции» (р. 554; cf. Lopez et al., 1989; Sue, Zane & Young, 1994).

Поскольку каждый клиент принадлежит к многочисленным группам, не надо обладать богатым воображением, чтобы представить себе огромное число возможных комбинаций этих групп. Проблема заключается в том, как разработать различные теории, методы и техники для каждой из них. Некоторые шаги в этом направлении были сделаны, хотя применительно лишь к небольшому числу культурно-этнических групп.

Многочисленные публикации посвящены попыткам восполнить сведения об этнических, расовых и культурных группах. Литература пестрит описаниями этих групп и рекомендациями о том, как стоит и не стоит с ними работать (например, D. W. Sue, 1981a; Sue & Sue, 1990; Vontress, 1981).

Педерсен (Pedersen, 1976) в своем обзоре сообщил следующее.

«Культура коренных американских индейцев выдвигает уникальные требования к эффективному консультированию. При консультировании молодых представителей американских индейцев консультант с большой вероятностью встретит пассивных молчаливых клиентов, которые слушают и усваивают знания избирательно. Консультант, ожидающий от клиентов выражения своих чувств, вряд ли добьется большого успеха с коренными американцами. Американские индейцы склонны к отстраненности, следованию полученной рекомендации, самостоятельной проработке проблем. Коренные американцы предпочитают принимать собственные решения и будут обижены попытками терапевта подтолкнуть их в том или ином направлении» (р. 30).

Ридли (Ridley, 1984) полагает, что темнокожие клиенты не склонны доверять белым, поэтому избегают самораскрытия. «Таким образом, клинические наблюдения и данные исследований сходятся в том, что темнокожий клиент, будучи участником терапии, будет противиться откровенному общению с белым психотерапевтом» (р. 1236). Мнение Ридли о неискренности темнокожих вполне применимо к представителям других групп, включая американцев азиатского происхождения. Однако нельзя утверждать, что все темнокожие и выходцы из Азии неискренни. Сью и Зейн (Sue & Zane, 1987) отмечают, что «многие клиенты азиатского происхождения, не прошедшие окультуривания, по-видимому, с удовольствием говорят о своих эмоциях и готовы работать в условиях минимальной структурированности сессий» (р. 39). Тримбл (Trimble, 1976) отмечает, что «индейцы не привычны к самоанализу, они не готовы обсуждать с представителем другой расы свои эмоциональные конфликты» (р. 79). Медоу (Meadow, 1982) рекомендует психотерапевтам не призывать к самораскрытию и американцев испанского происхождения. Д. У. Сью (D. W. Sue, 1981a) считает, что консультанты или психотерапевты, «считающие вербальную, эмоциональную и поведенческую экспрессивность целями консультирования, навязывают клиентам свои собственные ценности» (р. 38; ср. Sue & Sue, 1990, р. 38). Оказывается, недостаточное самораскрытие не всегда объясняется отсутствием способности к этому, часто это нежелание быть искренним в определенных ситуациях с определенными людьми.

Второй особенностью определенных (многих) представителей этнических меньшинств является желание структурированных отношений, в которых психотерапевт выступает в роли эксперта, дает советы, предлагает решения проблем (например, Sue & Morishima, 1982; Sue & Sue, 1990; Szapocznik, Santisteban, Kurtines, Hervis & Spencer, 1982; Vontress, 1976, 1981).

Многим клиентам из этнических меньшинств свойственна зависимость, они склонны работать с психотерапевтом, который ведет себя активно, авторитетно, дает конкретные директивы (Atkinson, Maruyama & Matsui, 1978; Leong, 1986; D. W. Sue, 1981b; Sue & Zane, 1987; Trimble, 1976, 1981). Принято считать, что такие клиенты **нуждаются** в психотерапевтах, обеспечивающих все эти условия. Однако более точным будет сказать, что они **предпочитают** таких психотерапевтов. Практически все исследования, посвященные предпочтениям этнических меньшинств в отношении консультирования или психотерапии, касаются субъектов из небольших, непредставительных выборок, а не собственно клиентов, которые высказывались о типе консультанта или психотерапевта, к которому они были бы готовы обратиться, если бы возникла такая необходимость.

Вместе с тем универсальная рекомендация гласит о необходимости использования психотерапевтами техник, которые «соответствовали бы» предполагаемым характеристикам клиентов. Исходить при этом надо из следующего: «Разные культурные и субкультурные группы требуют разных подходов» (Sue & Sue, 1990, p. 161). С. Сью (S. Sue, 1988), ссылаясь на пять публикаций (включая Ridley, 1984), утверждает:

«Никто, по-видимому, не возражает против того, что другие расовые группы могут требовать подходов или техник, отличных от тех, которые пригодны для англо-саксонских представителей среднего класса. Действительно **убеждение**, которое разделяют многие кросс-культурные ученые, состоит в том, что представители меньшинств предпочитают и лучше откликаются на директивные, чем на недирективные подходы, что активные подходы к консультированию эффективнее пассивных, что структурированный, однозначный подход более действенен, чем неструктурированный и двусмысленный, и что представители этнических меньшинств предпочитают консультанта, который готов делиться своими мыслями или чувствами» (Atkinson, Maruyama & Matsui, 1978; Berman, 1979; Dauphinais et al., 1981; Ivey, 1986; D. W. Sue, 1978; Szapocznik, et al., 1982). (Также см. Sue & Sue, 1990, p. 160.)

Во многих публикациях рекомендовалось разработать «культуро-специфичные», «культурно-адекватные» техники (например, D. W. Sue, 1991; Sue, Bernier, Durran, Feinberg, Pedersen, Smith & Velasquez-Nuttall, 1982; Sue & Sue, 1990, chapter 8, The Culturally Skilled Counselor). Существует ряд проблем, связанных с попытками получить информацию о представителях этнических меньшинств и рекомендовать специфические методы или техники, соответствующие их особенностям, о чем идет речь ниже.

1. Во-первых, в описаниях различных групп содержатся сведения об абстрактных, среднестатистических их представителях. В результате распространяются стереотипы, опасность которых признают многие авторы. С. Сью (S. Sue, 1983) цитирует Кемпбелла (Campbell, 1967) который «предупреждает о том, что обнаружение действительных различий между группами часто ведет к их преувеличению и созданию ложных стереотипных образов» (p. 585). С. Сью (S. Sue, 1983) впервые указывает на существование широких индивидуальных различий в рамках каждой из групп. По статистике, при значительных внутригрупповых различиях и попытке провести сравнение с другими группами бывает трудно, практически невозможно правильно распределить индивидов по группам или выявить различия между группами.

Здесь уместно сделать акцент на ценности межкультурных различий. Несомненно, имеют место некоторые различия в ценностях. Вместе с тем надо отметить, что слово **ценности** употребляется неразборчиво. Многие так называемые ценностные различия между группами в действительности касаются обычаев, жизненного стиля, социальных норм и привычек, предпочтений. Целый ряд ценностей является общим для представителей различных групп, есть так называемые универсальные ценности (Patterson, 1989c). Браун (Brown, 1991) отмечает, что «существуют универсальности, причем их довольно много... Безответственным было бы пытаться уходить от этой темы, отрицать их существование» (см. pp. 142-156).

2. Предположения относительно характеристик этнических меньшинств приводят к идее самореализации. Если клиентов из других культурных групп считать зависимыми, неискренними, нуждающимися в структуре, руководстве, совете и т. п., то и обращаться с ними следует так, будто все это имеет место, и они не преминут оправдать ожидания психотерапевта. Таким образом, стандартная или традиционная терапия явно окажется

неэффективной.

3. Предположение о том, что знакомство психотерапевта с культурой своего клиента позволит проводить более адекватную и эффективную терапию, пока себя не оправдало. Сью и Зейн (Sue and Zane, 1987) утверждают: «Рекомендации психотерапевтам быть восприимчивыми к культуре своих клиентов не дали существенных результатов» (р. 37). Они продолжают:

«Основная проблема, связанная с подходами, которые делают акцент на знании культуры или культурно-специфических техник, состоит в том, что никак не связано с процессами, обеспечивающими эффективность психотерапии... Рекомендации знать культуру необходимы, но недостаточны для эффективного лечения... Знание должно быть трансформировано в конкретные действия и стратегии» (р. 39).

4. Вероятно, наибольшая трудность с принятием особенностей и так называемых потребностей клиентов из другой культуры состоит в том, что все усилия в этом направлении ведут к неудаче психотерапии. Даже если некоторым психотерапевтам удастся играть активную роль в решении проблем, чрезмерно контролировать терапевтический процесс, это обычно оказывается непродуктивным. Осуществлять подобное вмешательство (не будем называть это терапией) у клиентов из других культур — значит оказывать им второсортные услуги.

В нескольких работах содержится упоминание (D. W. Sue, 1981a, p. 38; Sue & Sue, 1990, p. 40) о «вере в желательность самораскрытия». Однако самораскрытие клиента более чем желательно, оно необходимо для движения вперед. Д. и С. Сью (Sue & Sue, 1990), по-видимому, сознают важность самораскрытия, называя его «существенным» условием, «особенно значимым для процесса и целей консультирования, поскольку это наиболее прямой способ, при помощи которого человек дает о себе знать другому (Greene, 1985; Mays, 1985)» (р. 77). Вонтресс (Vontress, 1976, 1981) считает самораскрытие «основой процесса консультирования» (р. 53). Ридли (Ridley, 1984) пишет, что «отсутствие самораскрытия означает, что клиент отвергает возможность заняться терапевтическим самоисследованием... Результат, скорее всего, будет неблагоприятным для терапии» (р. 1237).

Модифицирующая или адаптирующая терапия с учетом конкретных потребностей или желаний представителей этнических меньшинств не может оправдать отказа от всего, что считается существенным для терапевтического прогресса. Вот как это выражает Хо (Ho, 1985): «Есть предел, до которого фундаментальная психологически-терапевтическая ориентация (западная модель) может быть преобразована» (р. 1214). Попытка применить все техники, разработанные для представителей этнических меньшинств, есть разбавление терапевтического процесса вплоть до полного исчезновения смысла психотерапии. Если сами клиенты будут довольны или удовлетворены подобным лечением и даже смогут получать сиюминутную временную помощь, терапия не достигнет целей независимости, ответственности клиента, его способности разрешать собственные проблемы.

Культурно-специфические техники для бесчисленных групп, представители которых могут обратиться к психотерапевту за помощью, до сих пор не описаны, не соотнесены с группами, в которых они применимы. Гораздо важнее, что практически отсутствует экспериментальное подтверждение эффективности теоретически различных техник или методов.

С. Сью (S. Sue, 1988) отмечает, что

«существуют значительные разногласия в вопросе об эффективности психотерапии у представителей этнических меньшинств... Несмотря на распространенное мнение о том, что проблемы этнических меньшинств заключаются в получении действенной помощи, факты не подтверждают различных результатов терапии для представителей этнических меньшинств и белой расы... Большинство посвященных вмешательствам исследований не выявили различий в результатах терапии в зависимости от расовой или этнической принадлежности клиентов» (pp. 301-302),

как бы они ни начинали и ни продолжали лечение.

Что же может послужить решением проблемы психотерапии у представителей этнических и культурных меньшинств? Естественно, речь идет не об отказе от традиционной терапии.

С самого начала, еще до переключения внимания на специфические техники для различных групп, ряд авторов перечислили особенности или установки, которыми должен обладать психотерапевт. Отмечается (Wohl, 1976, p. 187; McNeill, 1965, p. VII), что исцеление возможно лишь при условии заботы и внимания со стороны целителя. Кроме того (Pande, 1968; Wohl, 1976, p. 189), считается, что «терапия создает особые, близкие, дружеские отношения». В то же время (Stewart, 1976) признается важность теплоты, искренности и в особенности эмпатии. Кроме того, уделяется внимание (Torrey, 1970, 1972; Pedersen, 1976) «ожиданиям страдающих представителей другой культуры и личностным особенностям консультанта, которые тесно связаны со здоровыми изменениями; точная эмпатия, искренность и открытая теплота не менее важны для оказания эффективной психологической помощи» (p. 30). Вонтресс (Vontress, 1976) подчеркивает важность раппорта как «эмоционального мостика между консультантом и консультируемым... Простой раппорт создает удобство и взаимное доверие между двумя людьми» (p. 45). По-видимому, в раппорт автор включает эмпатию. Ричардсон (Richardson, 1981) перечисляет следующие способы работы с американскими индейцами: слушать, выказывать принятие, уважительно относиться к их культуре, быть естественным, честным, уважать их присутствие, не снисходить до них. Вонтресс (Vontress, 1976) также рекомендует при подготовке консультанта учитывать, «что больше всего нужны аффективные переживания с целью сделать консультантов более человечными... Лишь некоторые консультанты задаются вопросом, что они сами могут сделать для собственного изменения; мало кто желает знать, как можно улучшить свои отношения с теми людьми, кто по рождению принадлежит к иной расе или национальности» (p. 62).

К сожалению, акцент на техниках отвлек внимание от сути отношений между консультантом и клиентом. В настоящее время интерес к техникам ослабевает, специалисты все чаще признают, что компетентность психотерапевта преимущественно зависит от его личностных качеств. Компетентный психотерапевт — тот, кто создает эффективные терапевтические отношения. Природа этих отношений давно известна, она не зависит от этнической принадлежности клиента.

Вот четыре основных качества, которые должны быть свойственны психотерапевту и клиенту для успеха терапии (Rogers, 1957b).

1. Уважение к клиенту. Речь идет о доверии к клиенту, вере в его способность принять ответственность за собственную жизнь, включая терапевтический процесс, делать выбор и принимать решения, разрешать проблемы. Более того, это право должно быть ему предоставлено.

2. Терапевтическая искренность. Терапия представляет собой реальные отношения. Психотерапевт не берет на себя роль всезнающего эксперта, воздействующего на клиента при помощи набора техник. Психотерапевт не является безличным, холодным, объективным профессионалом, это живой человек.

3. Эмпатическое понимание. Эмпатическое понимание — это больше, чем знание клиента, вытекающее из знания группы, к которой он принадлежит. Оно требует от психотерапевта способности использовать это знание применительно к данному уникальному клиенту, то есть входить в его мир, видеть его глазами клиента. «Способность передавать эмпатию в культурно адекватной и осмысленной манере может оказаться важнейшим условием привлечения клиента к терапии» (Ibrahim, 1991, p. 18).

Единственный способ, с помощью которого психотерапевт может войти в мир клиента, — это разрешение клиента, который сообщает о сути своего мира психотерапевту в процессе самораскрытия. Таким образом, самораскрытие клиента является **обязательным условием** терапии. Психотерапевт уважает и фасилитирует самораскрытие клиента.

4. Сообщение эмпатии, уважения и искреннего отношения к клиенту. Все это клиент должен ощутить, воспринять и прочувствовать. Это может оказаться трудным при работе с клиентами, которые отличаются от психотерапевта по культуре, расе, социально-экономическому классу, возрасту и полу. Понимание культурных различий в вербальном и невербальном поведении (Sue, 1989; Sue & Sue, 1990) может здесь очень пригодиться. Однако психотерапевту не всегда удастся сообщать эти качества, причем не только представителям другой культуры или класса, но и психотическим личностям, не способным

или отказывающимся принять эти условия.

Д. и С. Сью (Sue and Sue, 1990) отмечают, что «такие качества, как уважение и принятие человека, безусловное позитивное отношение, видение проблемы с позиции этого человека позволяет клиенту исследовать собственные ценности и находить приемлемые решения; эти качества помогают преодолеть культурные различия» (р. 187). Эти качества психотерапевта являются не только существенными для эффективной терапии, они также служат элементами всех фасилитирующих межличностных отношений. Они не являются культурно-специфическими и не привязаны ко времени.

Помимо этих четырех особенностей существует еще один терапевтический элемент, приобретающий особое значение в межкультурной терапии: структурирование. Важность его признают лишь некоторые авторы. Одним из них является Вонтресс (Vontress, 1976), высказывание которого мы и процитируем.

«В целом ущемленные представители меньшинств имеют ограниченный опыт общения с консультантами и другими подобными специалистами. Их контакты преимущественно происходят с людьми, которые говорят им, что и как надо делать... Отношения со специалистами, перекладывающими основную ответственность на самого человека за решение его собственных проблем, являются редкостью. Следовательно, консультант, работающий в этом контексте, структурирует и определяет свою роль для клиентов; таким образом, он должен указывать, что, как и почему он намеревается делать... Отсутствие своевременного структурирования при консультировании может привести к досадным и ненужным недоразумениям» (р. 47) (см. также Sue & Zane, 1987, pp. 41-43).

Эти недоразумения могут помешать клиенту продолжить терапию. Структурирование необходимо, когда клиент не знает, что собой должны представлять терапевтические отношения, как будет вести себя психотерапевт, чего он ждет от клиента, или же у клиента имеются ложные представления на этот счет.

В литературе, посвященной мультикультурной терапии, намечаются изменения, связанные с возвратом к признанию основной природы терапии как межличностных отношений. Ранее Паттерсон (Patterson, 1978) предлагал такой взгляд на мультикультурную терапию или консультирование. Изменения начались с заявления Педерсена (Pedersen, 1990) о том, что «в определенной мере всякое консультирование в сфере психического здоровья можно считать мультикультурным» (р. 94). Далее последовало утверждение, что «мы движемся к общей мультикультурной теории» (Pedersen, 1991, р. 6). Он продолжает: «Очевидные различия в поведении вследствие культурных различий обычно преувеличиваются, в то время как гораздо менее очевидные черты сходства преуменьшаются» (р. 9). Вонтресс (Vontress, 1988) ранее подчеркивал общность человеческой природы клиентов. Признается также всеобщность мультикультурного консультирования (Ibraham, 1991). Группа авторов сформулировала это положение более четко (Speight, Myers, Cox & Highlen, 1991): «Всякое консультирование является кросс-культурным или мультикультурным, поскольку все люди различаются своей культурной основой, ценностями, стилем жизни... Мультикультурное консультирование переопределено как основа любых отношений помощи. Всякое консультирование мультикультурно по своей природе» (pp. 29, 31). К сожалению, Стандарты ассоциации за мультикультурное консультирование и развитие (D. W. Sue, Arredondo & McDavic, 1992) не признают этого положения как основы компетентности консультанта.

Все клиенты, как отмечалось ранее, принадлежат к различным группам, каждая из которых оказывает влияние на представления клиентов, их убеждения, чувства, мысли и поведение. Психотерапевт должен сознавать эти влияния и их уникальное сочетание у данного клиента, если желает успеха терапии.

Современное (чрезмерное) внимание к культурным различиям и культурно-специфической терапии ведет: а) к сосредоточению на специфических техниках (или навыках, как их теперь называют), когда психотерапевт, словно хамелеон, меняет стили, техники и методы с целью соответствовать предполагаемым особенностям клиентов из разных культур и групп, б) к акценту на различиях между культурами и соответствующими мировоззрениями. При этом подходе игнорируется факт, что все мы быстро становимся единым миром, усиливается общение между представителями разных культур, что ведет к возрастанию

однородности мировоззрений и объединению людей.

Вонтресс (Vontress, 1979) предлагает экзистенциалистский взгляд на кросс-культурное консультирование, «философскую ориентацию, позволяющую выйти за культурные рамки» (р. 117). Фримен (Freeman, 1993), цитируя предложение Педерсена (Pedersen, 1991) о поиске концептуальных рамок, учитывающих многообразие общества, и в то же время предлагая с помощью искренней заботы и внимания преодолеть культурные различия между людьми, разрабатывает такие рамки, включающие универсальное и специфическое в терапии. Хотя она специально на этом не останавливается, универсальность — это процесс, в то время как специфичность связана с содержанием терапии.

Наконец, с учетом сделанных наблюдений, а также предполагая, что всякая терапия мультикультурна, можно разработать универсальную систему психотерапии (Patterson, 1989b). Этому и посвящена следующая глава.

Заключение

В этой главе мы рассмотрели три основных источника многообразия теории и практики психотерапии. Первый состоит в философском различии во взглядах на природу людей. С одной стороны, они рассматриваются как реактивные существа, откликающиеся на внутренние и внешние силы и раздражители. С другой стороны, люди могут считаться проактивными существами, способными в значительной степени контролировать собственную жизнь. Вторым источником дивергенции служит парадигма специфических вмешательств при специфических проблемах. Третьим источником является мультикультурное движение, которое ратует за специфические вмешательства или техники для клиентов из различных этнических, расовых, культурных, социально-экономических и половозрастных групп. Не так давно, однако, этот подход приблизился к пониманию мультикультурности любой терапии, когда важнейшей проблемой становится компетентность психотерапевта как человека. Возникают условия для создания универсальной системы психотерапии. В следующей главе предлагается возможный способ преодоления первых двух источников дивергенции и излагается универсальная система психотерапии.

Глава 16. Конвергенция

Целью любой науки является соединение всех свидетельств или фактов в определенной области, чтобы отделить явно противоположные или противоречащие факты. Так, Стивен Хокинг посвятил свою жизнь обнаружению принципа или закона, согласно которому удалось бы объединить теорию поля Эйнштейна (теорию относительности) и квантовую механику. Таким образом, целью области психотерапии может явиться разработка универсальной теории или системы. Однако этого пока не наблюдается. Мало кто согласен с тем, что достижение этой цели возможно или хотя бы желательно. Тем не менее сохраняется интерес к интеграции различных методов и даже теорий.

Движение к интеграции

Первые попытки связать теорию научения с психотерапией датируются 1930-1940-ми гг. (см. предисловие к части II). Книга Долларда и Миллера (Dollard & Miller, 1950) была первым крупным усилием по интеграции теории поведения и психоаналитической теории. Следующий важный шаг был сделан Уотчелом (Wachtel, 1977), который также попытался объединить эти два подхода в своей книге, а затем продолжил в серии статей. В 1984 г. Арковиц и Мессер (Arkowitz & Messer, 1984) издали книгу, озаглавленную «Психоаналитическая терапия и поведенческая терапия: возможна ли интеграция?» (*Psychoanalytic Therapy and Behavioral Therapy: Is Integration Possible?*).

В 1980-х гг. интерес к интеграции расширился за пределы психоаналитической и поведенческой концепций. В 1979 г. Марвин Голдфрид, Пол Уотчел и Ганс Страпп основали

ассоциацию сторонников интеграции в психотерапии и стали выпускать информационный бюллетень. Группа стала Обществом по исследованию интеграции в психотерапии (*Society for the Exploration of Psychotherapy Integration, SEPI*). Журнал *International Journal of Eclectic Psychotherapy*, который выходил с 1982 г., стал именоваться журналом *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*. Журнал *Journal of Psychotherapy Integration* с 1991 г. стал выходить как журнал *SEPI*. Норкросс (Norcross, 1986) пишет, что «психотерапия в духе времени (*Zeitgeist*) 1980-х гг. — это сближение, конвергенция и интеграция» (р. IX).

Движение к интеграции в психотерапии не имеет целью создание единой, универсальной системы психотерапии. Его сторонники не разделяют убеждения, что «целью всякого движения к эклектизму или интеграции в психотерапии должно быть создание единой, исчерпывающей системы психотерапии, включая философские и теоретические основы» (Patterson, 1989). Хотя ранее Норкросс (Norcross, 1986) отмечал, что «перспективой эклектизма является создание всеобъемлющего психотерапевтического подхода, основанного на совокупности эмпирических наблюдений», он расценил утверждение Паттерсона как «явно ложное» (Norcross, 1990). Другие исследователи также не пришли к общему мнению относительно цели интеграции. Арковиц (Arkowitz, 1992) в своем обзоре, посвященном оценке интегративных теорий, выразил озабоченность тем, что «сегодняшняя интеграция может стать завтрашним подходом единственной школы... Такая перспектива вернет нас в ту точку, откуда мы вышли» (р. 273). Вместе с тем развитие многочисленных видов интегративной терапии порождает одну и ту же проблему: «Будет ли конкуренция между специфическими школами интегративной терапии...» (Arnkoff & Glass, 1992, р. 684).

Складывается впечатление, что движение за интеграцию в ближайшем будущем вряд ли будет развиваться в направлении универсальной теории или системы. Лазарус и Бейтлер (Lazarus & Beutler, 1993) даже утверждают, что интеграция вообще нежелательна: «Мы полагаем, что представления об интеграции, в отличие от технических эклектических подходов, способны задержать прогресс и привести к появлению непродуктивных направлений в будущем» (р. 382). Вот что пишут Голдфрид и Кастонгей (Goldfried & Castonguay, 1992) в своей статье, озаглавленной «Будущее психотерапевтической интеграции» (*The Future of Psychotherapy Integration*).

«Сомнительно, чтобы движение за интеграцию привело к единой теоретической интеграции. С учетом эпистемологических различий... это весьма маловероятно. Более того, мы считаем, что пока будут существовать теоретики, всегда будут соперничающие теории» (р. 8).

Норкросс (Norcross, 1986) пишет: «Идеала интеграции **всех** имеющихся психотерапевтических систем вряд ли удастся достичь» (р. 6).

Философский аспект

Два взгляда на природу людей (глава 15) представляются несовместимыми. Однако Оллпорт (Allport, 1962) указывает путь к их примирению: «Проблема современных теорий научения заключается не в том, что они неверны, а в том, что они неполны... Это простой факт, что человек представляет собой нечто большее, чем реактивное существо» (pp. 379, 380). Реактивная модель отличается ограниченностью, она применима лишь к узкому диапазону человеческого поведения. По сравнению с животными поведение взрослых людей редко является результатом классического или оперантного обусловливания; такое поведение имеет место преимущественно в ограниченных ситуациях, например в лабораторных экспериментах или в учреждениях типа психиатрической больницы. Поведение взрослого человека не определяется исключительно неконтролируемыми внутренними влечениями или мотивами.

Психотерапия имеет дело с человеком в целом, с его текущими представлениями, мыслями, чувствами и эмоциями, задачами на будущее, а также врожденными влечениями и обусловленными видами поведения. Хотя на этой основе вполне можно построить разумную философию, из которой основывалась бы теория терапии, пока это не привело к созданию интегративной системы терапии. Два вида представлений о людях как реагирующих на

окружающую среду или на внутренние влечения использовались при попытке интеграции поведенческих терапий с психоаналитическими. Мессер и Винокур (Messer & Winokur, 1984) считали это различие чрезвычайно важным если не на философском, то на клиническом уровне, и препятствующим реальной интеграции. Фрэнкс (Franks, 1984) также полагает, что это различие мешает интеграции на концептуальном уровне.

Решение через эклектизм

Эклектизм в психотерапии — это не новый путь развития, хотя привлек большое внимание в последние 10-20 лет. Большинство психотерапевтов в первой половине столетия, скорее всего, были эклектиками, поскольку многочисленных современных теорий тогда не существовало. Психоанализ и его производные стали первыми теориями, и большинство неэклектических психотерапевтов стали приверженцами той или иной формы психоанализа или психоаналитической (динамической) психотерапии. Так называемая миннесотская точка зрения Уильямсона (см. Patterson, 1966b, 1973, 1980) была эклектической по своей природе. Система клинической практики Фредерика Торна (см. Patterson, 1966b, 1973, 1980, 1986) стала, вероятно, первой системой, где был использован термин **эклектизм**, и до настоящего времени эта система остается наиболее проработанной.

Количество, или процент, психологов-психотерапевтов, считавших себя эклектиками в 1940-х и 1950-х гг., неизвестно. Фредерик Торн (личная беседа, 2 июня 1967 г.) утверждал, что в 1945 г. ни один из членов Американской психологической ассоциации (APA) не считал себя эклектиком. (Источник этих сведений неизвестен.) Шеффер (Shaffer, 1953), по результатам исследований клинических психологов, отметил, что 35% из занимающихся психотерапевтической практикой сочли себя эклектиками, когда им было предложено сделать выбор из психоаналитической, недирективной или эклектической ориентации. В 1961 г. Келли сообщил о результатах исследования клинических психологов—членов APA (в исследовании принимали участие 40% действительных и простых членов ассоциации), из которых 40% сочли себя эклектиками. С тех пор проведено множество исследований в различных группах психологов, причем эклектиками себя называли от 30% до 65%, в среднем около 50%. Хотя название «эклектизм» используется довольно часто, утверждение группы авторов (Lambert and Bergin, 1994; ср. Lambert, Shapiro & Bergin, 1986) о том, что «большинство психотерапевтов эклектичны по своей ориентации» (р. 181), является явным преувеличением.

Эклектизм в психотерапии часто подвергался критике и имел сомнительную репутацию у многих авторов и теоретиков, представляющих частные школы мысли. Роджерс (Rogers, 1951, р. 8) охарактеризовал эту попытку объединения различных школ «как поверхностный эклектизм, который не повышает объективности и который никуда не ведет», он также говорил о «запутанном эклектизме», который «блокирует научный прогресс в области» психотерапии (Rogers, 1956). Снигг и Комбс (Snygg & Combs, 1949) писали, что «эклектическая система ведет к противоречиям и непоследовательности, поскольку техники, заимствованные из разных систем координат, также будут конфликтовать» (р. 82). Таким образом, с точки зрения науки и практики эклектизм считается нежелательным. В науке «он пригоден лишь при последовательной проверке точно выбранной гипотезы для выяснения истинности отдельных элементов» (Rogers, 1956, р. 24). На практике желательна устойчивая система координат.

Проблема состоит в определении в точных терминах, что такое эклектизм и из чего он состоит. Гарфилд и Бергин (Garfield & Bergin, 1986) отмечают, что «не существует единого точного определения эклектической ориентации... Чрезвычайно трудно охарактеризовать данный подход как с теоретической, так и процедурной стороны» (р. 8; ср. Garfield & Bergin, 1994, р. 7). Характеристика, данная ранее Гарфилдом (Garfield, 1982), остается в силе: «Эклектизм есть приверженность к бессистемному и достаточно случайному клиническому подходу» (р. 612). Страпп и Байндер (Strupp & Binder, 1984) высказывают сходное утверждение: «Термин **эклектический**, который многие психотерапевты употребляют для описания собственной ориентации и практики, настолько нечеткий, что нуждается в определении» (р. XII). Арковиц (Arkowitz, 1992) утверждает, что «эклектизм является стратегией выбора того, что представляется наилучшим из различных альтернатив... на

основе представлений о данном конкретном клиенте и его проблеме» (р. 284). Группа авторов (Lazarus, Beutler & Norcross, 1992) отмечают, что «данный термин часто ничего в себе не несет, он просто указывает, что концепции двух или более из 400 самостоятельных "школ" психотерапии подверглись смешению (Karasu, 1986), часто весьма в спорной, субъективной, если не сказать причудливой манере (Franks, 1984; Lazarus, 1988)» (р. 11).

Книга под редакцией Норкросса (Norcross, 1986) содержит главы, написанные сторонниками основных эклектических течений (Beutler, 1983, 1986; Garfield, 1980, 1986b; Hart, 1983, 1986; Lazarus, 1981a, 1986; Prochaska and DiClementi, 1984, 1986). Голдфрид и Ньюмен написали исторический обзор (Goldfried & Newman, 1986), а другие авторы (Dryden, 1986; Goldfried & Safran, 1986; Messer, 1986; Murray, 1986) снабдили его своими критическими замечаниями. Сравнительно недавно сходные попытки были предприняты Норкроссом и Голдфридом (Norcross & Goldfried, 1992), а также Стрикером и Голдом (Strieker & Gold, 1993). В действительности эклектических подходов не меньше, чем психотерапевтов-эклектиков. Хотя на словах они придерживаются эмпирически обоснованных техник, на деле каждый психотерапевт использует собственный уникальный багаж, сформированный на основе профессиональной подготовки, клинического опыта и интуиции, практически не руководствуясь общей теорией или набором принципов. Следовательно, не существует единственной эклектической терапии. Голдфрид и Сафран (Goldfried & Safran, 1986) отмечают, что «имеется реальная опасность того... что эклектических моделей станет не меньше, чем школ психотерапии» (р. 464).

Были предложены различные виды эклектизма; теоретический эклектизм, предписывающий эклектизм (Dimond, Havens, & Jones 1978), стратегический эклектизм (Held, 1984), радикальный эклектизм (Robertson, 1979) и многие другие. При этом признается отсутствие теоретических основ. Прохазка и Норкросс (Prochaska & Norcross, 1983) отмечают:

«Потребность в теоретической ориентации хорошо осознается, однако до сих пор практически отсутствуют адекватные модели систематического эклектизма... Помимо своей концептуальной относительности и внешней привлекательности эклектизм в его настоящем состоянии не представляет интереса для всевозрастающего числа клиницистов» (р. 171).

Реальной задачей, стоящей перед синтетическими эклектическими психотерапевтами и теоретиками, является создание моделей системного эклектизма, которые отличала бы эмпирическая валидность и клиническая пригодность (р. 168).

Мюррей (Murray, 1986), обсуждая статьи в книге Норкросса (Norcross, 1986), отметил: «Во всех работах эклектических психотерапевтов, опубликованных в данном томе, теоретическая ориентация играет сравнительно небольшую роль» (р. 405). Он продолжает: «Однако истинная интеграция требует общей теоретической структуры, которой в настоящее время не существует. Мы пребываем в ожидании теоретической интеграции» (р. 413). Лондон (London, 1988) признает, что «Интеграция в виде последовательности всех техник сейчас отсутствует, причем отсутствует, как я полагаю, по уважительной причине. Она, скорее всего, невозможна» (р. 10).

Истинный эклектизм нельзя назвать атеоретичным или случайным. Вот как определяет его словарь (English & English, 1958).

«**Эклектизм**, суц. В структуре теоретической системы — отбор и **упорядоченное сочетание** совместимых особенностей из различных источников, иногда из несовместимых теорий и систем; попытка найти адекватные элементы во всех доктринах и теориях и соединить их в **гармоничное целое**... Эклектизм следует отличать от бессистемной и некритичной комбинации, имя которой синкретизм» (р. 168, выделение добавлено).

В действительности большая часть из того, что ныне принято называть «эклектизмом», на самом деле представляет собой синкретизм.

Предпринимались попытки разработать систематическую, пусть и не основанную на теории, эклектическую психотерапию. Первыми решили это сделать Лазарус и Бейтлер. Лазарус (Lazarus, 1967) предложил термин **технический эклектизм** для обозначения «процедур, заимствованных из различных источников, без необходимости придерживаться породивших их теорий» (Lazarus, Beutler & Norcross, 1992, р. 12). «Попытка теоретического сближения бесплодна, как и попытка описать край Вселенной. Однако знакомство с обширной литературой по психотерапии в поисках техник может быть клинически и терапевтически

оправданным» (Lazarus, 1967, p. 416). Лазарус разрабатывал свой подход в последующих публикациях (Lazarus, 1971, 1976, 1981a, 1981b, 1986).

Лазарус начинал как поведенческий терапевт и в течение нескольких лет работал с Вольпе. Он отказался от поведенческой терапии и стал ее критиком (Lazarus, 1971, 1976), когда в процессе проспективного наблюдения за своими пациентами обнаружил, что у многих из них достигнутые улучшения оказались нестойкими. Однако он не стал полностью отказываться от всех поведенческих техник. Вместе с тем он стал применять некоторые техники когнитивной терапии. Вначале он называл свой подход мультимодальной поведенческой терапией (Lazarus, 1976), но позднее исключил слово «поведенческая» (Lazarus, 1981a). Кроме того, он использует множество других техник, включая создание мысленных образов и фантазирование, гештальт-упражнения и клиент-центрированную рефлексивную терапию. Он создал акроним *BASIC I. D.* для обозначения многомерности своего подхода: поведение, аффект, ощущения, воображение, познание, межличностные отношения, биологическое функционирование или лекарства (*behavior, affect, sensation, imagery, cognition, interpersonal relations, biological functioning, or drugs*). Оценивание пациента производится по всем этим направлениям, затем производится работа с каждым из них в порядке важности.

Систематическая эклектическая терапия Бейтлера (Beutler, 1983, 1986; Beutler & Clarkin, 1990), как отмечалось в предыдущей главе, основана на парадигме специфических вмешательств при специфических состояниях. Она представляет собой попытку обосновать выбор лечения данными эмпирических исследований, а не попытку создания общей теории. Согласование соответствующих переменных с техниками расширено за счет особенностей психотерапевта, отношений психотерапевт-пациент и взаимодействия между ними. Эти переменные, согласно Бейтлеру, гораздо важнее специфических техник (Beutler, 1989). Что касается теории, Бейтлер (Beutler, 1986) ратует за развитие функциональной ее разновидности. Главными теоретическими основами его нынешней позиции послужили социально-психологические теории убеждения, поскольку он считает психотерапию процессом убеждения (Beutler, 1978).

Арковиц (Arkowitz, 1992), оценивая работу Лазаруса и Бейтлера, пишет:

«В самом центре современного эклектизма находится актуарный подход, использующий данные прошлых случаев для прогноза того, что будет лучше всего работать в новых случаях. Этот актуарный подход требует поиска связей между переменными, а не общей теории, согласующейся с этими данными. Единственная проблема заключается в огромном числе возможных переменных, которые могут коррелировать с огромным числом возможных результатов... Если число параметров бесконечно, число взаимодействий между ними также бесконечно... Задача представляется неразрешимой, если только нам не удастся создать некие принципы отбора соответствующих переменных и понимания взаимодействий между ними» (pp. 288-289).

Лазарус, Бейтлер и Норкросс (Lazarus, Beutler & Norcross, 1992) придерживаются единого мнения о будущем технического эклектизма. Вот некоторые из этих прогнозов: 1) «Технический эклектизм будет отражать дух времени в XXI-м веке»; 2) «Ограниченность теоретической интеграции будет осознана более полно»; 3) «Альтернативные виды лечения для определенных клинических расстройств станут обычной практикой»; 4) «Смысл технического эклектизма расширится и будет включать особенности отношений с психотерапевтом»; 5) «Общие терапевтические факторы будут использоваться конкретно и по назначению»; 6) «Технический эклектизм, как одно из направлений движения за интеграцию психотерапии, станет "узаконенным"» (pp. 13-17).

Парадоксально, но эклектизм как интегрирующая сила, основанная на парадигме специфических вмешательств, действительно способствует расхождению. Однако Норкросс (Norcross, 1986) отмечает, что «истинно эклектическая психотерапия может начаться и быть основана на использовании общих факторов, играющих важную роль в большинстве видов терапии (Garfield, 1973, 1980; Goldfried, 1980, 1982; Prochaska & DiClementi, 1984)» (p. 15).

Решение через общие факторы

Более шести десятилетий (Rosenzweig, 1936) считается доказанным, что различным подходам в психотерапии присущи базовые общие элементы, или факторы. Вслед за Розенцвейгом это признали и другие авторы. Как отмечает Арковиц (Arkowitz, 1992, p. 278), в 1960-1970-х гг. наблюдалось снижение числа публикаций на тему «общих факторов». Исключениями стали работы Голдштейна (Goldstein, 1962), Хоббса (Hobbs, 1962), Гарфилда (Garfield, 1980), а также Франка (Frank, 1961, 1971, 1973, 1974, 1982) и Мармора (Marmor, 1976). Предлагаемые в качестве общих факторы весьма многочисленны и разнообразны, от широко используемых до специфических. Все виды терапии на самом широком уровне включают взаимодействие или общение между психотерапевтом и клиентом (Rioch, 1951). Другими такими факторами являются раппорт и перенос (Black, 1952; Hathaway, 1948; Ziskind, 1949). Розенцвейг перечислил три фактора: 1) личность психотерапевта; 2) интерпретации (верные или неверные, они направляют поведение клиента) и 3) теоретическая ориентация (несмотря на различия, оказывает синергический эффект на различные сферы функционирования). К более специфическим факторам относятся совет, ободрение, разъяснение, внимание психотерапевта, теплота, дар убеждения, поддержка, убедительность и суггестия (см. Lambert & Bergin, 1994).

Скрытые общие черты

Франк, который писал на тему общих элементов свыше 30 лет, сосредоточивался на группе компонентов, более специфичных, чем перечисленные выше (Frank, 1959, 1961, 1971, 1973, 1974, 1976, 1982; Frank & Frank, 1991). Они группировались вокруг его концепции терапии как «средства прямого или косвенного противодействия деморализации» (1982, p. 10), которая служит источником эмоциональных нарушений. Первым из названных Франком компонентов являются «эмоционально заряженные доверительные отношения с человеком, оказывающим помощь», включающие статус или репутацию психотерапевта, а также проявление заботы, компетентности, отсутствие скрытых мотивов (p. 19). Второй компонент — целительная обстановка, усиливающая ожидание помощи у клиента и обеспечивающая безопасность. Третий компонент — это «разумная концептуальная схема, или миф, дающая приемлемое объяснение имеющимся у пациента симптомам и предписывающая ритуал, или процедуру, для их устранения» (p. 20). Четвертый — «ритуал, требующий активного участия как пациента, так и психотерапевта, и который, по их мнению, является средством восстановления здоровья пациента» (p. 20). Несмотря на детальное описание, элементы Франка абстрактны и непригодны к использованию. Вместе с тем они приобрели большую популярность. Кроме того, их описание удивительно напоминает описание плацебо-терапии Фиша (Fish, 1973).

Ряд характеристик психотерапии явно присутствует во всех теориях или подходах, хотя им редко уделяется внимание.

1. Все подходы и все психотерапевты согласны с тем, что люди способны меняться или подвергаться изменениям; разногласия касаются оптимальных способов этих изменений. Люди не predetermined; на любой стадии развития они могут меняться. Подходы с использованием теории научения основываются на этом допущении. Скиннер (Skinner, 1958) выразил это следующим образом.

«Не стоит утверждать, что организм данного вида или возраста не может решить данную проблему. В результате точных программ голуби, крысы и обезьяны за последние пять лет стали делать такие вещи, которые представителям этих видов раньше не удавались. Это вовсе не потому, что их предшественники не были способны на такое поведение; природа просто никогда не создавала достаточных условий для обучения» (p. 96).

Другие подходы не всегда столь же оптимистичны в вопросе о подверженности поведения или личности изменениям, но возможность изменений все же не вызывает сомнений; в противном случае не было бы смысла заниматься психотерапией.

2. Есть общее мнение о том, что некоторые виды поведения являются нежелательными, неадекватными, вредными или же приводят к неудовлетворенности, несчастью, ограничению возможностей человека, следовательно, стоит попытаться их изменить. Сюда относятся когнитивные или эмоциональные нарушения или расстройства,

конфликты, нерешенные проблемы или виды поведения, квалифицируемые как невротические или психотические.

3. Все школы терапии и психотерапевты ожидают от своих клиентов или пациентов изменений в результате применения конкретных техник. Выраженность ожидания может варьировать; в некоторых случаях это оптимизм и даже энтузиазм, а в других можно надеяться только на очень скромные изменения.

4. Каждый психотерапевт верит в теорию и метод, которые он использует. Если психотерапевт не убежден, что данный подход является наилучшим, он не станет его использовать, а постарается заменить другими методами. Как и в случае веры в способность клиента к изменениям, психотерапевты не стали бы проводить терапию, если бы не ждали от своих клиентов изменений и не верили бы, что это возможно благодаря используемым методам. Можно высказать гипотезу о том, что успех (или хотя бы сообщение психотерапевтов, а иногда и клиентов об успехе) тесно связан с верой психотерапевта в эффективность используемого подхода. Общим аспектом терапии, таким образом, является преданность психотерапевта конкретной теории или хотя бы конкретному методу или набору техник. Эффект такой преданности, или взаимодействия преданности и эффективности метода, является одной из проблем, мешающих оценить эффективность метода независимо от применяющего его психотерапевта.

5. Люди, приступающие к терапии и продолжающие ее, испытывают потребность в помощи. Они «страдают», чувствуют себя несчастными из-за конфликтов, симптомов, негативных чувств или эмоций, межличностных проблем или конфликтов, неадекватного или не приносящего удовлетворения поведения и т. д. Следовательно, они мотивированы к изменениям. Психотерапевты не заинтересованы в работе с немотивированными или «невольными» клиентами, несмотря на имеющиеся у них порой серьезные проблемы. Люди, не осознающие своих проблем или не испытывающие никакой потребности в помощи, не часто попадают в поле зрения терапевта, а если и попадают, то не задерживаются надолго.

6. Клиенты также полагают, что изменения возможны, и ждут этих изменений. Франк (Frank, 1959, 1961) подчеркивал универсальность этого фактора у клиентов. Д. и Р. Картрайты (Cartwright & Cartwright, 1958) указывают, что это комплексный фактор: он включает веру в возможность улучшения, веру в психотерапевта как основной источник помощи или же веру в себя как основной источник помощи. Только последнее убеждение, по мнению авторов, ведет к неуклонному улучшению. Другие убеждения в той или иной степени присутствуют у всех клиентов. Если клиент не верит в возможность улучшения и в то, что психотерапевт и используемые им методы способны такое улучшение вызвать, клиент не станет приступать к лечению или продолжать его.

7. Все психотерапевты ждут от своих клиентов активного участия в процессе терапии и всячески поощряют их к этому. Клиент не является пассивным реципиентом, как физически больной пациент, которого лечит врач, даже в случае наиболее директивных и активных подходов. Всякое научение (изменение поведения) требует некоторых усилий, моторных, вербальных или интеллектуальных, со стороны клиента.

Эти характеристики терапевтических отношений создают фон собственно терапии. В этом с ними согласны представители всех теоретических школ.

Психотерапевт в терапевтических отношениях

Набор еще более конкретных элементов связан с особенностями психотерапевта в терапевтических отношениях.

В 1967 г. Труа и Каркхафф, в результате анализа основных теоретических подходов психотерапии, в главе под названием «Центральные терапевтические составляющие: конвергенция теорий» (*Central Therapeutic Ingredients: Theoretic Convergence*) обнаружили три набора характеристик: 1) «способность психотерапевта к интегрированности, зрелости, искренности или конгруэнтности», 2) «способность психотерапевта обеспечить неугрожающую, доверительную, безопасную атмосферу благодаря принятию, открытой теплоте, безусловному позитивному отношению или любви», 3) «способность психотерапевта к точной эмпатии, умение быть с клиентом, проявлять понимание, улавливать смысл» (Truax &

Carkhuff, 1967, p. 25). Точная эмпатия, уважение, открытая теплота, а также искренность являются «аспектами поведения психотерапевта независимо от его теоретической ориентации. Они являются общими элементами в большинстве подходов к психотерапии и консультированию» (p. 25). Эти качества психотерапевта Карл Роджерс (Rogers, 1957) считает необходимыми и достаточными условиями для терапевтических изменений личности.

1. Все психотерапевты выражают искреннюю заботу о своих клиентах, проявляют к ним интерес, желают помочь. Роджерс использовал выражение **безусловное позитивное отношение**. Другие терапевты называют это теплотой или открытой теплотой, уважением, позитивной оценкой, похвалой и принятием. Если клиент-центрированные психотерапевты включают сюда уважение потенциала клиента к принятию ответственности за себя и решение собственных проблем, другие с этим не согласны. Клиент-центрированные безоценочные установки разделяются далеко не всеми, однако интерес, забота, желание помочь человеку присущи всем без исключения психотерапевтам и являются важным аспектом терапевтических отношений.

2. Второй группой характеристик всех эффективных психотерапевтов является честность, или искренность, и открытость. Роджерс называл эти качества конгруэнтностью психотерапевта, соответствием между мыслями и чувствами психотерапевта и их проявлениями в отношении клиента. Психотерапевты должны быть искренними, аутентичными, открытыми. Они не склонны к обману и трюкам в своих взаимоотношениях с клиентами.

3. Эмпатическое понимание является третьим аспектом терапевтических отношений. В той или иной форме, хотя терминология может варьировать, все авторитетные фигуры в психотерапии считают это качество психотерапевта чрезвычайно важным. Теоретики расходятся в представлениях о степени важности эмпатического понимания, и психотерапевты различных школ обладают этим качеством в разной мере, однако никто не отрицает его значимости. Нет разногласий по поводу важности, даже необходимости поддержания психотерапевтом хороших отношений с клиентом.

Широкую известность получили исследования Фидлера (Fiedler, 1950a, 1950b, 1951), посвященные природе терапевтических отношений с точки зрения психотерапевтов: оказалось, что представители разных школ психотерапии имеют сходные представления о природе идеальных терапевтических отношений. С помощью факторного анализа выделен один общий фактор «доброты», составляющими которого были эмпатия или понимание. Фидлер пришел к выводу, что хорошие терапевтические отношения, с точки зрения психотерапевтов, напоминают хорошие межличностные отношения.

Теоретики и психотерапевты придерживаются единого мнения о том, что терапевтические отношения оказывают влияние на изменение поведения. Голдштейн (Goldstein, 1962), анализируя литературу, посвященную ожиданиям психотерапевта и пациента в процессе психотерапии, пришел к следующему выводу: «Не остается никакого сомнения в том, что терапевтическое взаимодействие играет главенствующую роль» (p. 12).

Меннингер и Холцман (Menninger & Holzman, 1973) во втором издании руководства «Теория психоаналитических техник» (*Theory of Psychoanalytical Techniques*) охарактеризовали отношения как «ядро терапевтического процесса». Голдштейн (Goldstein, 1977), в результате анализа сборника работ, вышедшего под названием «Что делает возможными поведенческие изменения?» (*What Makes Behaviour Change Possible?*), пришел к выводу о том, что «практически все авторы сознают важность и уделяют внимание терапевтическим отношениям как важнейшей составляющей поведенческих изменений». В сборнике были опубликованы работы четырнадцати авторов, включая Франка, Страппа, Бертон, Эллиса, Рейми, супругов Полстер, Бандуру и Вольпе.

Имеется множество публикаций на тему терапевтических отношений, в последнее время все чаще называемых «терапевтическим альянсом», в том числе данные исследований и обзоры. Бейтлер, Краго и Аризменди (Beutler, Crago & Arizmendi, 1986) в третьем издании руководства по психотерапии и поведенческим изменениям под редакцией Гарфилда и Бергина пишут: «Важность таких качеств психотерапевта признается практически всеми школами психотерапии, хотя им и придается разное значение» (Garfield and Bergin, *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, p. 276). Ламберт и Бергин (Lambert & Bergin, 1994)

приходят к следующему выводу.

«Практически все школы психотерапии разделяют идею о том, что эти (точная эмпатия, позитивное отношение, открытая теплота, конгруэнтность, или искренность) или же аналогичные характеристики психотерапевта в отношениях с клиентом имеют огромное значение для успеха психотерапии и действительно закладывают основы рабочего альянса» (р. 164).

«Эти и другие подобные факторы признаются всеми терапевтическими школами и составляют львиную долю эффективных элементов психотерапии» (Lambert, Shapiro & Bergin, 1986, р. 171). Эммелкамп (Emmelkamp, 1994), анализируя поведенческую терапию, делает следующий вывод: «становится... все очевиднее, что качество терапевтических отношений оказывает большое влияние на успех или неудачу поведенческой терапии» (р. 417, ср. Emmelkamp, 1986).

Клиент в терапевтических отношениях

Публикации, посвященные терапевтическим отношениям, касались почти исключительно вклада психотерапевта, хотя роль клиента также нельзя недооценивать. Терапевтические отношения не могут существовать без участия клиента. В действительности для исхода терапии намного важнее вклад клиента, чем психотерапевта. Франк (Frank, 1974) после двадцати пяти лет исследований сделал следующий вывод: «Наиболее важные факторы долгосрочного улучшения связаны с самим пациентом» (р. 39). Норкросс (Norcross, 1986) пишет, что «по оценкам экспертов, около трети результатов лечения связаны с психотерапевтом, а две трети — с клиентом. Менее 10% результатов обусловлено техниками» (р. 15). Под экспертами подразумеваются Страпп (Bergin & Strupp, 1972): «По моему мнению, терапевтическое изменение по большей части определяется способностью к изменениям пациента» (р. 410), а также Бергин и Ламберт (Bergin & Lambert, 1978), которые отмечают: «Мы полагаем... что исход терапии преимущественно зависит от заранее существующих факторов клиента, таких как мотивация к изменению и тому подобных. Личностные особенности психотерапевта ответственны за изменения во вторую очередь, техники же с большим отрывом занимают третье место» (р. 180). Такого же мнения придерживается Бергин с сотрудниками (Lambert, Shapiro & Bergin, 1986), когда пишет: «Становится все более очевидно, что пациент, так же как и психотерапевт, играет важную роль в обеспечении качества отношений и результата психотерапии» (р. 171). Эти взгляды нашли подтверждение в ряде работ (Lambert, 1991; Lambert & Bergin, 1992; Bergin & Garfield, 1994).

Остается неясным, какие именно параметры клиента, помимо мотивации, имеют значение. Исследования, посвященные демографическим и личностным особенностям клиентов, не позволили предсказать результат терапии исходя из этих параметров (Garfield, 1986a).

В статье, опубликованной в 1957 г., Роджерс перечислил как необходимые и достаточные для благоприятного исхода терапии две особенности клиентов.

«1. Клиент находится в состоянии неконгруэнтности, уязвимости и тревожности (р. 96). Неконгруэнтность есть расхождение между действительными переживаниями организма и представлением человека о себе в том виде, в котором эти переживания осознаются... Существует фундаментальное расхождение между отражением смысла ситуации организмом и символическим отображением этого переживания в осознании таким образом, чтобы не возникло противоречия с представлением человека о себе... Когда индивид не осознает этой неконгруэнтности, он практически не подвержен тревоге и дезорганизации. Если же человек смутно осознает в себе эту неконгруэнтность, возникает состояние напряжения, известное как тревога» (pp. 96-97).

Говоря проще, человек встревожен, озадачен, расстроен, ему плохо и он нуждается в помощи. Другими словами, он мотивирован. Объективным свидетельством мотивации служит обращение за помощью и продолжение терапии.

«2. Вторым условием является «хотя бы минимальное сообщение клиенту психотерапевтом эмпатического понимания и безусловного позитивного отношения» (Rogers, 1957, р. 96). «Если не удалось сообщить такого отношения, значит, психотерапевт его не

ощущает, и терапевтический процесс не может... быть начат. Поскольку само по себе отношение нельзя воспринять, точнее будет сказать, что поведение и слова психотерапевта воспринимаются клиентом как означающие, что психотерапевт в некоторой степени его понимает и принимает» (Rogers, 1957, p. 99).

Данные исследований (Orlinsky & Howard, 1986) свидетельствуют о том, что в вопросе о взаимосвязи качеств психотерапевта и результатов терапии «удельный вес благоприятных исходов возрастает, когда клиент ощущает теплоту и принятие со стороны психотерапевта. И опять-таки решающим аспектом терапевтического процесса, по-видимому, является переживание клиентом отношения психотерапевта» (p. 348; ср. Orlinsky, Grawe & Parks, 1994, pp. 326, 339, 360-361).

Имеется и еще одна необходимая для успеха терапии особенность клиента, о которой не упомянул Роджерс. Клиент должен быть способен на самоисследование, самораскрытие, то есть вербальное выражение чувств, установок, мыслей и переживаний. С точки зрения Роджерса, предполагается, что при наличии хотя бы в минимальной степени описанных выше особенностей психотерапевта и клиента клиент оказывается способен на самораскрытие.

Отношения как неспецифический элемент

Многие представители различных теоретических школ считают психотерапевтические отношения неспецифическими. Такой позиции длительное время придерживался Франк (Frank, 1973, 1982). Бергин и Ламберт (Bergin & Lambert, 1978), а также Страпп (Strupp, 1978, 1986b) подчеркивали неспецифическую природу отношений, не раз упоминая о необходимости использования специфических техник в дополнение к неспецифическим отношениям.

Бихевиористы также считают терапевтические отношения неспецифическими, в отличие от специфических техник поведенческой терапии. Так, Вольпе утверждал, что его метод рецiproчного торможения, наряду с другими поведенческими техниками, повышает вероятность улучшения по сравнению с одними только терапевтическими отношениями, заявляя, что «процедуры поведенческой терапии обладают действием, дополняющим эффект отношений, общий для всех форм психотерапии» (Wolpe, 1973, p. 9). Подобные заявления не раз оспаривались, не подтверждаются они и данными исследований, в которых проверялись отношения.

Клиницисты, считающие терапевтические отношения неспецифическим фактором, полагают, что они не связаны непосредственно с лечением конкретных проблем клиента. Это своего рода фон, на котором работает психотерапевт, некая обстановка или среда для использования специфических методов; некоторые психотерапевты считают, что отношения закладывают основу доверия клиента психотерапевту, благодаря чему появляется возможность оказывать на клиента то или иное воздействие.

Против этого утверждения имеются два возражения. Во-первых, если считать, что источником многих, если не большинства проблем клиента являются нарушенные межличностные отношения, тогда терапевтические отношения, обладающие особенностями добрых человеческих отношений, представляют собой адекватный и специфичный метод вмешательства. Психотерапевт служит моделью для клиента, на этом примере клиент учится поддерживать хорошие отношения с другими людьми, и в то же время клиент имеет возможность переживать отношения, которые предлагает ему психотерапевт. В последнее время стало очевидным, что хорошие межличностные отношения характеризуются пониманием, честностью, открытостью, искренностью и спонтанностью. Психотерапия как межличностные отношения также обладает этими особенностями. Действительно, трудно себе представить, как можно научить клиента налаживать хорошие межличностные отношения в контексте отношений другого рода.

Считается общепризнанным, что источником большинства эмоциональных нарушений служит отсутствие добрых человеческих отношений. Форд и Урбан (Ford & Urban, 1963), оценивая теории или системы психотерапии, описанные в их книге, отметили, что «все теоретики сходятся во мнении, что ситуационными условиями, необходимыми для развития поведенческого расстройства, являются способы поведения других людей в отношении

растущего человека» (р. 649). Классические работы Шпица (Spitz, 1945), посвященные детям, воспитывающимся в интернатах, показывают, что отсутствие внимания, ухода и личного контакта оказывает разрушительное действие не только психологически, но также и физиологически. Любовь, которая является сущностью добрых человеческих отношений, необходима для выживания. Бертон (Burton, 1972) пишет, что «основным патогенным фактором, по моему мнению, является нарушенная материнская среда, то есть отсутствие полноценного ухода, а не какая бы то ни было конкретная травма как таковая» (р. 14). Множество других авторов и психотерапевтов полагают, что эмоциональные нарушения, неврозы и психозы являются результатом отсутствия или недостаточной выраженности любви и принятия (или безусловного позитивного отношения) в детстве (Glasser, 1965; Patterson, 1985a; Walsh, 1991). Бертон (Burton, 1967) отмечает, что «после проведения многочисленных исследований в области психотерапии она по-прежнему заключается в отношениях, которые лучше всего описываются словом "любовь"» (р. 102-103).

Вторым возражением против мнения о неспецифичности терапевтических отношений являются данные исследований, посвященных параметрам (неспецифическим) этих отношений. Имеются свидетельства того, что создание описанных здесь отношений даже без каких-либо дополнительных техник эффективно в целом ряде случаев при многих социально-психологических или межличностных проблемах (см. ссылки на эти исследования в главе 13).

Вездесущее плацебо

В связи со спором о неспецифичности терапевтических отношений высказывается мнение, что эти факторы выступают в роли плацебо. Эту позицию разделяют Розенталь и Франк (Rosenthal and Frank, 1956), а также Краснер (Krasner & Ullmann, 1965) и Вольпе (Wolpe, 1973).

Шапиро (посвятивший изучению плацебо больше усилий, чем кто-либо другой) и Моррис (Shapiro & Morris, 1978) предлагают следующие определения.

«Плацебо называется любая терапия или ее компонент, которые намеренно используются в связи с неспецифическим, психологическим или психофизиологическим эффектом, или те, которые используются из-за предполагаемого специфического действия, однако их специфическое действие не проявляется при терапии данного состояния.

Плацебо-эффект определяется как неспецифическое, психологическое или физиологическое действие, вызываемое плацебо.

Плацебо, при использовании в качестве контроля в экспериментальных исследованиях, определяется как вещество или процедура, не оказывающее специфического действия на оцениваемое состояние.

Плацебо-эффектом называется психологический или психофизиологический эффект, вызываемый плацебо» (р. 369).

Шапиро и Моррис (Shapiro & Morris, 1978) рассматривают плацебо-эффекты как при медицинском лечении, так и в психотерапии, которые, по сути, являются совершенно различными ситуациями. Они отмечают, что «плацебо-эффект может оказаться более значимым именно в психотерапии, чем в любой другой форме вмешательства, поскольку как психотерапия, так и плацебо-эффект действуют преимущественно через психологические механизмы... **Плацебо-эффект является важным компонентом и, вероятно, основой существования, популярности и эффективности многочисленных методов психотерапии**» (р. 369).

Плацебо как инертной субстанции в психотерапии не существует. Все параметры в терапевтических отношениях являются психологическими и активными, все они оказывают некоторое специфическое или прямое действие на клиента (см. Patterson, 1985b).

В более раннем обсуждении плацебо-эффекта Шапиро (Shapiro, 1971) отмечает, что он проводит «исследование психотерапии как плацебо», тем самым предполагая, что действие психотерапии сводится к плацебо-эффекту. Вместе с тем Шапиро и Моррис (Shapiro & Morris, 1978) считали, что любые **отношения** в рамках психотерапии оказывают плацебо-эффект. Они ссылаются на обзор группы авторов (Luborsky, Singer & Luborsky, 1975) (см. также Smith &

Glass, 1977 & Smith, Glass & Miller, 1980), заявляя, что несколько типов психотерапии оказались одинаково эффективными. Шапиро и Моррис приходят к выводу, что сходная эффективность связана с общими отношениями психотерапевт—пациент, и указывают на эти отношения как на доказательство существования плацебо-эффекта.

Розенталь и Франк (Rosenthal and Frank, 1956) пришли к такому же заключению гораздо раньше. Ссылаясь на плацебо-эффект как на неспецифическую форму психотерапии, они пишут: «Сходство механизмов действия психотерапии и плацебо-эффекта может объяснить практически одинаковые результаты различных видов терапии, от соматической терапии до интенсивного психоанализа» (р. 298). Впоследствии Пентони (Pentony, 1981), анализируя плацебо как модель психотерапии, высказывает мнение, что «плацебо-эффект является наиболее экономным объяснением сходной эффективности разнообразных терапевтических подходов» (р. 56).

Это утверждение предполагает, что терапевтические отношения сами по себе действуют как плацебо. Вместе с тем необходимо учитывать, что эти отношения включают два основных класса параметров: специфические параметры и неспецифические, или плацебо-параметры. Мы уже перечисляли основные специфические параметры: эмпатическое понимание, уважение или теплота, а также искренность.

К неспецифическим, или плацебо-параметрам, относятся параметры социального влияния (Strong, 1978) — представления об опытности и надежности психотерапевта, доверие к нему, привлекательность и ожидания психотерапевта. Эти параметры перечислены Шапиро и Моррисом (Shapiro & Morris, 1978) в качестве параметров, через которые проявляет свое действие плацебо. Действительно, они составляют сущность того, что Фиш (Fish, 1973) смело назвал «плацебо-терапией».

Признавая тот факт, что «процесс социального влияния считается активной составляющей плацебо», Фиш отметил, что плацебо-терапия «проявляется в широком спектре человеческих взаимодействий, особенно в психотерапии, в виде процесса социального влияния» (Fish, 1973, р. XI). Психотерапевт делает все возможное для утверждения себя как эксперта и авторитетной фигуры в глазах клиента. Оценивается подверженность клиента влиянию и убеждению. Создается впечатление: «поскольку я знаю, что с вами, я могу вас вылечить».

Далее формулируется стратегия лечения, излагаемая клиенту в доступной форме, с учетом его системы убеждений. Основными техниками являются модификация поведения наряду с суггестией и гипнозом. «Плацебо-терапия представляет собой стратегию извлечения максимальной пользы из техник независимо от их действенности» (Fish, 1973, р. VII). Плацебо-коммуникации используются не потому, что они правильные, а в связи с оказываемым эффектом. Действенность техник, или «терапевтического ритуала», если воспользоваться терминологией Фиша, важна лишь постольку, поскольку укрепляет веру пациента — иначе говоря, насколько впечатляющей представляется пациенту данная техника. Психотерапевт «произносит слова с расчетом на оказываемое ими действие, а не исходя из их соответствия действительности. Выражение эмпатии диктуется не верой в его целительные способности, а убежденностью в том, что подобное поведение укрепляет доверие пациента к терапевту» (Fish, 1973, р. 32). И далее: «лгать пациенту не возбраняется, если ложь способствует достижению терапевтических целей и вряд ли будет раскрыта (и подвергнута осуждению), а также в том случае, если она оказывается эффективнее других стратегий» (Fish, 1973, р. 39).

Пентони дает критическую оценку плацебо-терапии Фиша. Он утверждает, что «сомнительно, будет ли вмешательство, основанное лишь на суггестии или убеждении, универсально применимым» при наличии сильного сопротивления изменениям. Он поднимает три других вопроса относительно плацебо-терапии.

«1. Этично ли вводить клиента в заблуждение относительно терапевтической стратегии? 2. Достаточно ли убедительным будет психотерапевт, если он не полностью доверяет проводимому им ритуалу? 3. Если плацебо-терапия станет всеобщей, а клиенты осознают ее природу, не утратят ли они веру в целительные ритуалы, что приведет к неэффективности последних?» (Pentony, 1981, pp. 63-64.)

Попытки Фиша дать ответ на эти вопросы не очень удачны. При этом не уделяется

никакого внимания проблеме искренности психотерапевта и обнаружения клиентами ее отсутствия.

В плацебо-терапии существуют и другие проблемы. Фиш, считавший ее действенной, настаивал на необходимости исследования предпосылок ее эффективности. Не вызывает сомнения действенность плацебо-терапии в ряде случаев у некоторых клиентов. Это основа успеха шарлатанов и лжепророков, которые проводят массовые действия.

Вместе с тем с плацебо-терапией связаны три проблемы. Во-первых, результаты ее заранее неизвестны и ненадежны. Далеко не все клиенты реагируют на подобное лечение, причем нельзя заранее сказать, кто и как на него откликнется. Фиш предпринял попытку выявить клиентов, способных реагировать на плацебо-терапию. Хотя он отмечал, что таких оказалось немного, он не привел точных сведений об удельном весе таких клиентов. Его внимание больше привлекли проблемные клиенты, которые нуждались в иных отношениях с психотерапевтом. Во-вторых, плацебо-эффекты ненадежны; то есть даже при их наличии они обычно нестойки. Ни одно из исследований, посвященных параметрам социального влияния, не включало долгосрочного и даже краткосрочного проспективного наблюдения за результатами. В-третьих, нежелательными являются возможные побочные эффекты плацебо-терапии, в том числе усиление зависимости.

Параметры социального влияния и специфики отношений, вероятно, не являются полностью независимыми друг от друга. Лакросс (LaCrosse, 1977) обнаружил значимые корреляции между анкетой оценки консультанта (*Consultant Rating form*), которая предназначена для оценки представлений клиента об опытности консультанта, его привлекательности и доверия к нему, и результатами Опросника отношений Барретта—Леннарда (*Barrett—Lennard Relationship Inventory*), с помощью которого измеряют представления клиента о таких качествах консультанта, как способность к эмпатическому пониманию, конгруэнтность, безусловное позитивное отношение. Хорошо коррелировали между собой также оценки наблюдателей, но не оценки самих консультантов, что вызывает вопрос о наличии артефактов, в частности эффекта ореола (*halo effect*) в оценках клиентов и наблюдателей.

Наличие корреляций между этими двумя наборами связанных с отношениями параметров ставит вопрос о первопрочине всего этого. Первичность основных условий показана в ряде исследований, с ними были связаны результаты терапии, чего нельзя сказать о параметрах социального влияния. Крумбольц, Беккер-Хейвен и Бернетт (Krumboltz, Becker-Haven & Burnett, 1979) после анализа результатов исследований сделали вывод о том, что психотерапевты, «желающие выглядеть привлекательно, должны проявлять эмпатию, теплоту и активность». Из результатов исследования Лакросса следует, что психотерапевты, стремящиеся предстать перед клиентами опытными специалистами, должны быть эмпатичными, уважительными, искренними, относиться к клиентам с теплотой. Можно высказать предположение, что психотерапевты, желающие заслужить доверие своих клиентов, должны демонстрировать те же качества.

В результате оказывается, что сложные терапевтические отношения не могут избежать «загрязнения» плацебо-элементами. Клиенты воспринимают психотерапевтов в большей или меньшей степени как авторитетных фигур и экспертов независимо от поведения самих психотерапевтов. Клиенты обычно доверяют своим психотерапевтам. Вера психотерапевтов в свои теории неотделима от используемых ими методов. При отсутствии такой веры они бы прибегли к другим методам, вызывающим у них доверие.

Хотя не удастся полностью устранить плацебо-элементы из психотерапии, их роль можно усилить или ослабить. При усилении их роли психотерапевт переходит к плацебо-терапии, результаты которой могут быть ограниченными, поверхностными или временными. В исследованиях, посвященных параметрам социального влияния, предприняты попытки разными способами усилить плацебо-эффект, используя благоприятные отзывы о психотерапевтах, даваемые клиентам, демонстрацию различных специальных дипломов, книг и журналов по специальности, ношение психотерапевтом белого халата, роскошную обстановку офиса, уверенную, харизматическую манеру психотерапевта себя держать. Несмотря на все это, исследования не подтверждают эффективности этих параметров. Если же, напротив, преуменьшить роль плацебо-элементов и преувеличить значение

специфических параметров, связанных с терапевтическими отношениями, терапия оказывается более действенной.

К универсальной системе психотерапии

Очевидно, что всякая интеграция в психотерапии, или создание единой универсальной системы, должна быть основана на общих элементах основных существующих теорий или систем. Далее мы предприняли попытку это осуществить.

Имеется три основных элемента психотерапии: 1) цели или задачи; 2) процесс у клиента; 3) условия со стороны психотерапевта и клиента, которые необходимы для прогресса клиента. В книге под редакцией Маргера (Mahrer, 1967) «Цели психотерапии» (*The Aims of the Psychotherapy*) перечислены разнообразные цели терапии с точки зрения различных авторов. Так, Парлофф (Parloff, 1967) предлагает свой подход к решению проблемы. Он предлагает два уровня целей — промежуточные и конечные. Он отмечает, что если промежуточные цели могут сильно различаться, «различия в конечных целях будут минимальны» (р. 9).

Предложение Парлоффа закладывает основу для настоящего обсуждения. Рассматриваются не два, а три уровня целей, причем промежуточным и конечным целям даются иные определения. Вот эти три уровня: 1) конечная цель, 2) промежуточные цели, 3) ближайшая цель. Последняя заключается в качествах психотерапевта и клиента, необходимых для проведения терапии.

Цели

Конечная цель. Конечная цель определяется тем, каким человеком нам видится клиент в результате психотерапии. Очевидно, что мы хотим видеть клиента таким, какими хотим видеть всех людей. Это связано с вопросом о цели жизни, вопросом, который будоражил умы философов со времен Аристотеля.

Было предложено множество целей жизни. Яхода (Jahoda, 1958) предлагает концепцию позитивного психического здоровья, однако такому здоровью трудно дать четкое определение. Концепции приспособления поднимают вопрос о том, к чему именно следует приспособляться. Концепция компетентности Уайта (White, 1959) опять-таки вызывает вопрос об области компетентности. Психологическая эффективность связана со сходной проблемой. Все эти понятия требуют критериев более высокого уровня.

Разработан ряд концепций и терминов, преодолевающих это ограничение и дающих приемлемый критерий. Сюда относятся **самореализация, самосовершенствование, полностью функционирующая личность** по Роджерсу, а также **самоактуализация**. Этот последний термин стал общепринятым и используется здесь.

Определение самоактуализирующейся личности заимствовано из работы Маслоу (Maslow, 1956). Он дал общее определение самоактуализирующимся людям, для которых характерно

«полное использование талантов, возможностей, способностей и т. д. Такие люди реализуют себя и делают все возможное, на что способны. Эти люди в полной мере реализуют свои возможности» (pp. 161-162).

Проводя отбор группы людей, ныне здравствующих или умерших, которые могли быть отнесены к самоактуализирующимся, Маслоу попытался найти у них общие качества, которые отличают их от обычных людей. В результате были выделены четырнадцать характеристик.

1. Более точное восприятие реальности и более комфортное с ней взаимодействие.
2. Принятие себя, других, природы.
3. Спонтанность; отсутствие жесткой конформности.
4. Сосредоточенность на проблеме: сознание долга, чувство ответственности.
5. Отстраненность; потребность в уединении.
6. Автономия, независимость от культуры и окружения.
7. Свежесть восприятия.
8. Мистические переживания; необъятные чувства.

9. *Gemeinschaftsgefühl*; эмпатия, симпатия ко всем людям, сопереживание им.
10. Глубокие межличностные отношения с другими.
11. Демократичность; уважение к другим.
12. Умение видеть средства и цели.
13. Философское, неагрессивное чувство юмора.
14. Креативность.

Высказывался ряд возражений по поводу концепции самоактуализации. Все они, как выяснилось, были обусловлены неверными представлениями о сущности самоактуализации и самоактуализирующихся личностей. Одно из таких возражений заключается в том, что самоактуализация есть набор неких особенностей характера, общих для всех людей, что ведет к стандартному поведению. Однако актуализируются конкретные возможности конкретного человека. Как отмечал Маслоу (Maslow, 1956), «самоактуализация есть актуализация себя, а двух одинаковых "я" не существует» (р. 192).

Второе распространенное ложное представление являет собой полную противоположность первому и заключается в том, что самоактуализирующийся человек по своей природе антисоциален или, во всяком случае, асоциален. Медди (Maddi, 1973) придерживается именно этой позиции. Сходное критическое замечание высказывал также Уильямсон (Williamson, 1950, 1958, 1963, 1965). Смит (Smith, 1973) считал, что непременным условием самоактуализации служат нежелательные или антисоциальные виды поведения, поэтому самоактуализация неприемлема. Уайт (White, 1973) считал самоактуализацию проявлением эгоизма. «Я прошу читателей, — пишет он, — внимательно понаблюдать за тем, означает ли самоактуализация, как ее представляют себе консультанты-психологи и другие, нечто большее, нежели свойственную подросткам озабоченность собственной персоной и собственными влечениями» (White, 1973, р. 69). А Дженет Спенс в своем президентском обращении к Американской психологической ассоциации (Spence, 1985) так говорит о молодежи 1960-х и начала 1970-х гг.:

«Хотя некоторые сделали карьеру, которая была выражением идеализма, другие повернулись спинами к этике труда или пожертвовали материальным успехом ради самоактуализации, возможности "заниматься собственным делом"... Хотя самоактуализация стала возможной благодаря отказу от материалистических целей, она все же служит проявлением неукротимого материализма»» (pp. 1289-1290).

В этих критических замечаниях просматривается смешение концепции самоактуализации с эгоизмом и эгоцентризмом, при этом самоактуализация считается характерной особенностью Я-поколения 1970-х гг., так называемой «культуры нарциссизма» (ср. Amitai Etzioni, 1982, Christopher Lasch, 1979, Tom Wolfe, 1976). Не исключено, что в этом сыграло роль движение за человеческий потенциал, которое, несомненно, во многих своих проявлениях проповедовало крайний индивидуализм и эгоцентризм.

Роджерс дал достойный ответ на эти критические замечания, указав, что индивиды живут в обществе и могут актуализироваться лишь во взаимодействии с другими людьми. Они нуждаются в других людях, в причастности к ним, в общении с ними и их позитивном отношении (Rogers, 1959, 1961).

Самоактуализация как цель психотерапии, имеет несколько значимых аспектов, о чем идет речь ниже.

1. Самоактуализация представляет собой критерий в том смысле, что здесь неправомерен вопрос «для чего?». Самоактуализация избегает проблем, свойственных модели приспособляемости, когда надо отвечать на вопрос «приспособляемость к чему?», а также на вопросы конформности и социального контроля (Halleck, 1971).

2. Самоактуализация как цель не имеет проблем медицинского подхода с извечной дилеммой «заболевание—здоровье». Цель состоит не только в устранении патологии и достижении некоего неопределенного (и неопределяемого) уровня психического здоровья, или «нормальности». Это вовсе не негативная концепция, такая как отсутствие нарушения, расстройства или «психического заболевания». Это позитивная цель.

3. Самоактуализация устраняет конфликт или противоречие между внутриличностным и межличностным. Она включает всего человека в обществе других людей.

4. Целью является процесс, а не статическое состояние, которого надо достичь раз и

навсегда. Это развитие **самоактуализирующихся личностей**, непрерывный процесс. Адекватной целью должен быть идеал, к которому можно подходить как угодно близко, но достичь его невозможно.

5. Самоактуализация как цель не ограничена психотерапией, или лечением людей с нарушениями. Это цель жизни всех людей, которые в той или иной степени не удовлетворены собой, несчастливы, не полностью реализуют свои способности, или потенциал. Таким образом, самоактуализация должна быть целью общества и всех его институтов — системы образования, брака и семьи, политической, социальной и экономической систем — каждый из которых существует на благо людей. В действительности психотерапия начала свое существование как способ оказания обществом специальной помощи тем своим членам, чье движение к самоактуализации встретило препятствия, было прервано или замедлено, как правило, из-за отсутствия добрых человеческих отношений.

6. Есть и другой аспект самоактуализации, обладающий особой значимостью. Цели или связаны с влечениями или мотивами или соответствуют им. Следовательно, говоря о цели жизни, необходимо проанализировать потребности, влечения, мотивы, коль скоро цели определяются потребностями. Самоактуализация представляет собой базовую мотивацию всех людей, более того, всех живых организмов. Голдштейн (Goldstein, 1939), один из первых, кто употребил термин **самоактуализация**, отмечает, что «организм руководствуется тенденцией к актуализации, насколько это возможно, собственной природы в мире» (р. 196). Таким образом, цель не является абстрактной, теоретической, философской, этической или религиозной, она имеет корни в биологической природе организма.

7. Поскольку влечение к самоактуализации имеет биологическую основу, оно не связано со временем или культурой. Следовательно, цель эта универсальна. И в качестве универсальной цели не только психотерапии, но и всей жизни, она служит критерием для оценки культуры. Маслоу (Maslow, 1971), испытавший влияние антрополога Рут Бенедикт, писал: «Я прихожу к мнению, что... ближайшая цель любого общества, которое стремится к самосовершенствованию, есть самоактуализация всех отдельных людей» (р. 213). (Подробное обсуждение см. Patterson, 1985a.)

8. Такая формулировка конечной цели психотерапии разрешает проблему, кто именно должен выбирать цель, психотерапевт или клиент. Ни психотерапевт, ни клиент не выбирают цели. Она дана; она присуща человеку как живому организму. Сама природа организма заключается в склонности к актуализации, к которой Роджерс относил тенденцию к росту, развитию, реализации своего потенциала, стремление стать тем, кем можешь стать, то есть самоактуализироваться.

9. Наконец, концепция самоактуализации дает решение проблемы организации потребностей в некую иерархию. Все специфические влечения, включая те, которые входят в иерархию Маслоу (Maslow, 1970), подчиняются влечению к самоактуализации. Все специфические потребности организованы и им присваиваются временные приоритеты в зависимости от их взаимосвязи с базовым влечением к самоактуализации (Patterson, 1985a).

Промежуточные цели. Промежуточными являются обычные цели, которые ставят перед собой психотерапевты. Сюда относятся специфические и конкретные цели поведенческих психотерапевтов. Авторы книги под редакцией Маргера (Mahrer, 1967) уделили много внимания целям данного уровня, куда были включены уменьшение симптоматики; снижение тревоги, психологической боли и страданий, враждебности; устранение неадаптивных и приобретение адаптивных привычек. Другими промежуточными целями могут быть хорошие супружеские и семейные отношения; успехи в профессиональной деятельности; успехи в обучении, в том числе приобретение умения учиться; развитие способностей к искусству, музыке, спорту и т. д.

Конечная цель — это общая цель, применимая ко всем людям. Промежуточные цели объясняют и делают возможными индивидуальные различия. Люди имеют различные способности; они актуализируют себя по-разному.

Становится очевидным целый ряд преимуществ, связанных с разделением целей на промежуточные и конечные.

1. Если конечная цель универсальна, не зависит от времени и культуры, промежуточные цели варьируют у разных индивидов, зависят от времени и культуры. Здесь

проявляется выбор клиента.

2. Промежуточные цели располагаются между ближайшими и конечными целями. Иначе говоря, они являются ступенями к конечной цели. В некоторых случаях они могут перекрываться аспектами конечной цели, в частности, это развитие самопонимания, самоуважения и самопринятия.

3. Конечная цель дает критерий выбора промежуточных целей, что отсутствует или неявно выражено в поведенческой терапии.

4. Если промежуточные цели можно рассматривать как субцели, или ступени к конечной цели, они также могут считаться побочными продуктами конечной цели. Самоактуализирующиеся личности обычно пытаются самостоятельно достичь промежуточных целей или же обращаются за необходимой помощью, например за обучением, рекомендациями, информацией, чтобы их достичь. Как побочные продукты, эти цели не обязательно становятся главной задачей какого-либо этапа жизни. Так, в психотерапии нет необходимости заранее их формулировать и определять, они намечаются самим клиентом во время или даже после терапевтического процесса. В некоторых случаях этого может оказаться вполне достаточно для создания условий развития самоактуализирующихся личностей; по мере того как индивиды все больше самоактуализируются, они намечают, преследуют и достигают собственные более конкретные цели.

5. Совершенно очевидно, что многие промежуточные цели становятся также задачами других вспомогательных процессов: обучения, переобучения, развития навыков.

Ближайшая цель. Промежуточные цели по Парлоффу (Parloff, 1967) — это аспекты психотерапевтического процесса, начало и продолжение которого является ближайшей целью данного подхода или системы. Терапевтический процесс и его элементы многократно описаны в различных теориях психотерапии. Парлофф (Parloff, 1967) выделял следующие специфические цели: перевод бессознательного в сознание; вспоминание вытесненного; переобусловливание; противообусловливание; укрепление или ослабление Суперэго; развитие и анализ трансферного невроза; помощь в проникновении в суть проблемы; усиление самопринятия. Практически нет свидетельств в пользу того, что многие из этих целей в конечном счете приводят к желаемым результатам терапии, в особенности к развитию самоактуализации.

Важную роль в терапевтическом процессе играет определенная деятельность клиента. Такие виды деятельности, как самоисследование, являются универсальными предпосылками успеха психотерапии. Сюда относятся и некоторые промежуточные цели, о которых упоминал Парлофф, в частности осознание бессознательного (или предсознательного) материала (самоосознавание).

Процесс самоисследования довольно сложен, в нем выделяется несколько аспектов, или стадий, которые описаны ниже.

1. **Самораскрытие.** Прежде чем приступить к самоисследованию, клиенты должны раскрыться, выразить свои негативные мысли, чувства, проблемы, неудачи и т. п. Клиенты приходят в терапию в связи со своими «проблемами», которые необходимо четко сформулировать, прежде чем приступить к их разрешению. Самораскрытие требует от клиента честности и открытости, или искренности.

2. **Самоанализ** заключается в работе клиентов с выявленным материалом, исследовании своих истинных особенностей. Процесс этот может протекать медленно и не всегда гладко. Следует обратить внимание на сопротивление, нежелание работать с некоторыми неприятными аспектами.

3. Самоисследование (самоанализ) подводит клиента к **самооткрытию**, осознанию своих истинных особенностей.

4. Вместе с самооткрытием приходит **самопонимание** и **самопринятие**. Клиенты осознают безуспешность своих попыток самоактуализироваться. Они видят расхождение между реальным и идеальным «Я». Клиенты приступают к работе по преодолению этого расхождения, преобразуя свое реальное или/и идеальное «Я». Формируются реалистичные представления о себе, **Я-концепция**, более конгруэнтная опыту. Клиенты обретают способность принимать себя такими, какие они есть, приложить усилия, чтобы приблизиться к своему идеалу. (См. более подробное обсуждение проявлений терапевтического процесса у

клиента, Patterson, 1985a & Rogers, 1961.)

Вопросы о самораскрытии и самоанализе возникают в связи с кросс-культурной терапией. Говорят, что представители других культур, а также беднейшие слои населения в нашей собственной культуре (Goldstein, 1973) не могут заниматься самораскрытием или самоисследованием («интроспекцией»). Так, Педерсен, ссылаясь на опыт работы с американскими индейцами, пишет: «Консультант, ждущий от клиентов вербализации их чувств, вряд ли добьется больших успехов с коренными американскими индейцами» (Pedersen, 1976, p. 26). Сюэ (Sue, 1981) ссылается на «некоторые этнические группы (американцев азиатского происхождения, коренных американцев и т. д.), которые запрещают самораскрытие перед представителями другой культуры» (p. 48). Он отмечает «веру в желательность самораскрытия, которой придерживаются многие работники сферы психического здоровья» (p. 38). Вместе с тем, как ни парадоксально, он же называет самораскрытие «существенным» условием, которое «особенно значимо для процесса и целей консультирования» (Sue, 1981, p. 48).

В этом-то и заключается проблема. Если самоисследование необходимо для прогресса в психотерапии (что подтверждается результатами исследований), тогда им нельзя пренебрегать, как предлагают некоторые, поэтому психотерапевту следует вести себя более активно, директивно, использовать структурированный подход. Однако нежелание клиента быть откровенным является скорее социальной, чем чисто культурной особенностью. Люди (вообще, а не только азиаты) не склонны откровенничать с незнакомцами, особенно находящимися выше в социальной иерархии, или со специалистами. Однако, как ни странно, именно незнакомым людям (включая психотерапевтов) иногда рассказывают то, что утаивают от родных и друзей. Выходцы из Китая, с которыми довелось работать первому автору, четко дали понять, что раскрыться они могут только в кругу родных и друзей. Нежелание исповедоваться, свойственное некоторым клиентам, не является причиной для отказа от психотерапии (для которой это является необходимым условием), а свидетельствует о необходимости создания соответствующих условий, в которых возможно самораскрытие клиента.

Условия

Условия со стороны психотерапевта. Как психотерапевт обеспечивает участие клиента в деятельности, необходимой для терапевтического прогресса? Для этого он создает определенные условия. Были выделены три основных условия (Rogers, 1957), необходимость которых подтверждается данными многих исследований (Patterson, 1984, 1985a).

1. **Эмпатическое понимание** представляет собой нечто большее, чем знание клиента, основанное на полученной о нем информации. Это понимание клиента в его системе координат. Психотерапевт проникает в мир клиента и смотрит на вещи глазами клиента. Роджерс (Rogers, 1961) определил эмпатию как «точное, эмпатическое понимание мира клиента, взгляд изнутри. Ощущать личный мир клиента как будто свой собственный, но не утрачивая этого "как будто" — это и есть эмпатия» (p. 284). Клиент позволяет психотерапевту войти в свой мир, соглашаясь на самораскрытие.

2. **Уважение** предполагает безусловное позитивное отношение, как его определил Роджерс. Оно включает искренний интерес к клиенту, теплоту, заботу, даже сопереживание. Оно подразумевает веру в клиента, уверенность в способности клиента принять ответственность за себя, включая терапевтический процесс, делать выбор и принимать решения, разрешать проблемы. Уважение включает признание за клиентом всех этих прав.

3. **Терапевтическая подлинность, или конгруэнтность**, если воспользоваться терминологией Роджерса, включает аутентичность, прозрачность (по экзистенциалистской терминологии) и честность. Терапия — это реальные отношения; психотерапевт не играет роли, не сохраняет профессиональный фасад, не действует как объективный эксперт. Подлинность (искренность) должна быть терапевтической. Без этого психотерапевты стали бы использовать ее как оправдание поведения, наносящего вред клиентам.

4. Имеется еще один элемент, который скорее находится на техническом уровне, а не представляет собой условие, однако, по нашему мнению, это необходимый элемент в

поведении психотерапевта: конкретность, или **специфичность реагирования на самовыражение клиента**. Это противоположность абстракций, ярлыков, обобщений или интерпретаций, которые, вместо того чтобы поощрять клиента к самоанализу, мешают ему.

Эти условия можно обобщить, как нам кажется, в концепции любви в смысле агапэ. Они являются частью всех великих мировых религий и философий. Лао-цзы, китайский философ пятого века до нашей эры, написал поэму, озаглавленную «Лидер», которая вполне подходит для аналогии с психотерапией, если заменить **лидера психотерапевтом, а народ — клиентами**.

Лидер (Психотерапевт):

Лучший лидер — тот, о существовании которого народ едва знает;

Не очень хорош тот, которому народ подчиняется и которого славит;

Худший лидер — тот, кого презирают.

Хороший учитель немногословен,

Когда его работа сделана, его цель достигнута,

Тогда они скажут: «Мы сделали это сами».

Чем меньше говорит и делает лидер, тем более счастлив его народ;

Чем более он самодоволен, тем народ несчастнее.

Следовательно, разумный человек скажет:

Если я не стану вмешиваться в дела людей, они позаботятся о себе.

Если я не стану молиться на людей, они займутся самосовершенствованием.

Если я воздержусь от влияния на людей, они станут собой.

Условия со стороны клиента. Психотерапия, конечно, процесс двусторонний, это отношения, предполагающие участие двух людей. У клиента должны присутствовать два условия, чтобы процесс терапии мог начаться; эти условия были рассмотрены ранее.

Характеристики системы

Характеристики этой системы — условия со стороны психотерапевта, клиента, а также цели — представлены в табл. 16.1. Некоторые характеристики этой системы психотерапии, о которых следует упомянуть, включают следующее.

Таблица 16.1

Условия

- *Со стороны терапевта:*

Эмпатическое понимание, слушание, сообщение

Уважение, теплота, забота, сопереживание

Терапевтическая подлинность, конгруэнтность, честность

Конкретность, специфичность

- *Со стороны клиента:*

Добровольность, мотивация, восприимчивость

Принятие клиентом условий психотерапевта

Цели

- *Ближайшие (процесс клиента)*

Самоисследование

Самораскрытие

Открытость

Подлинность

Готовность к исповеди

Внутриличностное исследование

Самораскрытие

Самоосознавание

Самопринятие

Самопонимание

- *Промежуточные (индивид)*

Успехи в учебе — учебные навыки и привычки
Развитие талантов — искусство, музыка, спорт и т. д.
Профессиональные успехи и удовлетворенность работой
Личные взаимоотношения — семья
Ослабление симптоматики — тревоги, фобий, боли и т. п.
- *Конечные (самоактуализирующаяся личность)*
Принятие себя
Принятие других
Эмпатия
Искренность
Автономия, независимость
Ответственность
Демократизм
Открытость опыту
Самоуважение

I. Отметим сходство условий, процесса и целей. Все они включают эмпатию, уважение и подлинность, или честность. **Условия также являются целью.**

II. Клиент, самоактуализируясь, оказывает терапевтическое воздействие на других, способствуя их самоактуализации.

III. Условия действуют по ряду направлений, в соответствии с нашим пониманием процесса научения или процесса изменений.

1) Условия создают неугрожающую среду, в которой клиент ощущает себя в безопасности и готов к самораскрытию и самоанализу. Угроза, как хорошо известно, мешает научению. Теплая атмосфера принятия, создаваемая психотерапевтом, способствует десенсибилизации клиента, избавлению его от страхов и тревог, связанных с человеческим общением, снятию запретов на самораскрытие.

2) Процесс не всегда идет гладко, как типичный процесс научения, он развивается по кривой, со спадами и даже с отступлениями. Клиент демонстрирует конфликт приближения/избегания, прогрессируя до точки, в которой внутренняя угроза или тревога становятся слишком сильными, а затем отступая, или «отдыхая», пока тревога не уменьшится. Отдельные проблемы прорабатывать при этом невозможно. Все проблемы взаимосвязаны, клиент переходит от одной к другой, потом возвращается, процесс развивается по спирали.

3) Условия создают среду для научения самооткрытию. Хотя научение открытию не всегда возможно или желательно в других областях, это наиболее эффективный метод получения знаний о себе.

4) Условия служат наиболее действенными средствами подкрепления желаемого поведения клиента, или самоисследования. В более широком смысле любовь служит самым мощным подкреплением желаемого человеческого поведения.

5) Условия также действуют через моделирование. Клиент становится все более похожим на психотерапевта в процессе терапии. Следовательно, чтобы служить моделью, психотерапевт должен предоставлять условия более высокого уровня, а также находиться на более высокой ступени самоактуализации, чем клиент.

6) Условия высокого уровня включают ожидание психотерапевтом от клиента изменений. Ожидания оказывают сильный эффект на поведение других людей.

7) Создаваемые психотерапевтом условия высвобождают стремление клиента к актуализации, чтобы он мог стать более самоактуализирующейся личностью.

IV. Условия представляют собой специфическое лечение неудач или неадекватности прошлой и/или текущей жизни клиента. Эти неудачи служат источником большинства функциональных эмоциональных нарушений и препятствий к самоактуализации у людей.

V. Условия составляют, или включают, базовые, непреходящие, универсальные ценности жизни. Они необходимы для выживания общества или культуры. Общество не может существовать, если эти условия не содержатся в его членах хотя бы на минимальном уровне. Они необходимы для совместного проживания людей и их выживания как общества. Скиннер (Skinner, 1953) писал: «Если наука о поведении сможет обнаружить те условия жизни, которые

ответственны за силу людей, она сможет предложить набор "нравственных ценностей", которые в силу своей независимости от истории и культуры какой-либо одной группы, могут стать общепринятыми» (р. 445). У нас такие ценности имеются (Patterson, 1966a).

VI. Таким образом, эта система психотерапии, включающая цель жизни и условия для достижения этой цели, является универсальной системой, не привязанной ни ко времени, ни к культуре. Универсален сам **процесс; содержание** будет различным не только в зависимости от общества, культуры, расы, пола, возраста и т. д., оно будет специфическим для каждого конкретного клиента.

Заключение

В главе 15 мы пришли к выводу, что за прошедшие 10-20 лет были разработаны расходящиеся подходы к психотерапии. Одно из крайних направлений ранее представляла собой поведенческая терапия, хотя в настоящее время это скорее когнитивная терапия. В обоих подходах психотерапевт выступает в роли эксперта, контролируя и направляя терапевтический процесс, в идеале в предварительно запланированной манере и к конкретным целям; считается, что психотерапевт знает лучше. Другое направление в его крайней форме представлено экзистенциальной психотерапией. При отсутствии структуры и техник эта терапия отличается таинственностью и неопределенностью. Психотерапевт едва ли может считаться экспертом; он скорее попутчик, так же как и клиент, не имеющий карты местности и не знающий цели путешествия.

В данной главе был изложен некий средний альтернативный подход. Он основан на сближении мнений многих исследователей, теоретиков и практиков о том, что сущностью психотерапии являются отношения между психотерапевтом и клиентом. Если психотерапевт — хороший специалист, то он специалист прежде всего в человеческих отношениях, эти свои профессиональные качества психотерапевт не таит в себе, а делится ими с неспециалистами. Действительно, задача психотерапевта в конечном счете помочь клиенту наладить межличностные отношения, которые обычно служат источником проблем клиента. К сожалению, в нашем обществе слишком много людей вынуждены искать и оплачивать хорошие межличностные отношения, называемые психотерапией, а много других людей специально обучаются создавать такие отношения. Развитие психотерапии как средства удовлетворения потребности большого числа людей в хороших отношениях возвело этот процесс в ранг профессии; если же будет решено, что психотерапевты не имеют монополии на фасилитирующие межличностные отношения, психотерапия перестанет считаться профессией. Не исключено, что со временем профессиональной деятельностью станет непосредственное обучение хорошим межличностным отношениям.

Природа плацебо в психотерапии принимается во внимание. Хотя особенности психотерапевта нельзя полностью устранить из терапевтических отношений, их можно усилить, как в плацебо-терапии, или минимизировать.

Обсуждая интеграцию в психотерапии, Гарфилд (Garfield, 1982) отмечает, что «один из важных шагов в желаемом направлении (интеграции в психотерапии) — выделить и дать четкое определение некоторых общих параметров, играющих, по-видимому, важную роль в большинстве видов психотерапии, и, вероятно, взять их за основу при формулировке психотерапевтических принципов и процедур. Возможно, мое предложение не встретит всеобщей поддержки, но, как мне кажется, оно заслуживает внимания» (р. 620).

Данная глава является шагом в этом направлении, к созданию универсальной системы психотерапии. Она основана на трех параметрах, которые хотя и считаются общими элементами, но все же не получают должного внимания по причинам, о которых было сказано выше. Эмпатическое понимание, уважение, или теплота, а также терапевтическая подлинность относятся к специфическим параметрам, эффективность которых наглядно доказана результатами сотен исследований. Эти качества нельзя игнорировать; они составляют основу любого систематического подхода в психотерапии. Мы далеки от того, чтобы доказывать возможность или желательность универсальной системы психотерапии, как равно и от желания создавать новые школы психотерапии.

Список использованной литературы

- Addams-Webber J. R. & Manucuso J. C. (Eds.). (1983). *Applications of personal construct theory*. New York: Academic Press.
- Adler A. (1929/1969). *The science of living*. New York: Anchor Books.
- Adler A. (1931/1958). *What life should mean to you*. New York: Capricorn Books.
- Aiken L. R. (1993). *Personality: Theories, research, and applications*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Ansbacher H. L. & Ansbacher R. R. (Eds.) (1964). *The Individual Psychology of Alfred Adler: A systematic presentation in selections from his writings*. New York: Harper & Row.
- Arlow J. A., & Brenner C. (1988). The future of psychoanalysis. *The Psychoanalytic Quarterly*, 57, 1-14.
- Bandura A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Baumgardner P. & Perls F. S. (1975). *Legacy from Fritz. Book One: Gifts from Lake Cowichan; Book Two: Legacy from Fritz*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- Beck A. T. (1972). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck A. T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. In P. J. Clayton & J. E. Barnett (Eds.). *Treatment of depression: Old controversies and new approaches* (pp. 265-284). New York: Raven Press.
- Beck A. T. (1985). Cognitive therapy. In H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds.). *Comprehensive textbook of psychiatry* (4th ed., pp. 1432-1438). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Beck A. T. (1993). Cognitive therapy: Past, present, and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 194-198.
- Berne E. (1947). *The mind in action*. New York: Simon & Schuster.
- Berne E. (1961). *Transactional analysis in psychotherapy: A systematic individual and social psychiatry*. New York: Grove Press.
- Berne E. (1964). *Games people play: The psychology of human relationships*. New York: Grove Press.
- Beutler L. E., Machado P. P. P. & Neufeldt S. A. (1994). Therapist variables. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 229-269). New York: Wiley.
- Binswanger L. (1958). The existential analysis school of thought. In R. May, E. Angel, & H. F. Ellenberger (Eds.). *Existence* (pp. 191-213). New York: Basic Books.
- Braaten L. J. (1961). The main theories of existentialism from the viewpoint of the psychotherapist. *Mental Hygiene*, 45, 10-17.
- Bradley B. T. (1990). Client-centered therapy and experiential: Two different therapies. In G. Lietaer, J. Rombauts & R. Van Balen (Eds.). *Client-centered and experiential therapy in the nineties* (pp. 87-108). Leuven, Belgium: Leuven University Press.
- Bugental J. F. T. (1981). *The search for authenticity: An existential-analytic approach to psychotherapy*. New York: Irvington.
- Bugental J. F. T. (1987). *The art of the psychotherapist*. New York: Norton.
- Carkhuff R. R. (1969). *Helping and human relations*. Vol. 1: *Selection and training*. Vol. 2: *Practice and research*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Cashdan S. (1988). *Object relations therapy: Using the relationship*. New York: W. W. Norton.
- Chambless D. L. & Gillis M. M. (1993). Cognitive therapy for anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 248-260.
- Clarkson P. & MacKewn J. (1993). *Fritz Perls*. London: Sage.
- Combs A. W. & Snygg D. (1959). *Individual behavior: A perceptual approach to behavior* (rev. ed.). New York: Harper & Row.
- Corey G. (1992). *Theory and practice of counseling and psychotherapy* (4th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- DiGiuseppe R. A., Miller N. J. & Trexler L. D. (1977). A review of rational-emotive

psychotherapy outcome studies. *The Counseling Psychologist*, 7(1), 64-72.

Dinkmeyer D. C., Dinkmeyer D. C., Jr. & Sperry L. (1987). *Adlerian counseling and psychotherapy* (2nd ed.). Columbus, OH: Merrill Publishing Co.

Dobson K. S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 414-419.

Docker-Drysdale B. (1989). *Provision of primary experience: Winnicottian work with children*. New York: Columbia University Press.

Dollard J. & Miller N. E. (1950). *Personality and psychotherapy: An analysis in terms of learning, thinking, and culture*. New York: McGraw-Hill.

Dreikurs R. (1967). *Psychodynamics, psychotherapy, and counseling*. Chicago: Alfred Adler Institute.

Dunlap K. (1932). *Habits: Their making and unmaking*. New York: Liveright.

Dusay J. M. & Dusay K. M. (1989). Transactional analysis. In R. J. Corsini & D. Wedding (Eds.). *Current psychotherapies* (4th ed., pp. 405-453). Itasca, IL: F. E. Peacock.

D'Zurilla T. & Goldfried M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.

Ellis A. & Dryden W. (1987). *The practice of rational-emotive therapy*. New York: Springer.

Ellis A. (1973). *Humanistic psychotherapy: The rational-emotive approach*. New York: Julian Press. (Paperback published by McGraw-Hill, New York.)

Ellis A. E. (1993). Reflections on rational-emotive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 199-201.

Ellis A., Young J. & Lockwood G. (1987). Cognitive therapy and rational-emotive therapy: A dialogue. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 1, 205-255.

Emmelkamp P. M. G. (1994). Behavior therapy with adults. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 379-427). New York: Wiley.

Enright J. B. (1975). An introduction to Gestalt therapy. In F. D. Stephenson (Ed.). *Gestalt therapy primer*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Eysenck H. J. (1960). Learning theory and behavior therapy. In H. J. Eysenck (Ed.). *Behavior therapy and the neuroses*. New York: Pergamon.

Eysenck H. J. (Ed.). (1964). *Experiments in behavior therapy*. New York: Pergamon Press.

Fairbairn W. R. D. (1954). *An object-relations theory of the personality*. New York: Basic Books.

Fairbairn W. R. D. (1958). On the nature and aims of psycho-analytical treatment. *International Journal of Psychoanalysis*, 39, 374-385.

Ford D. H. & Urban H. B. (1963). *Systems of psychotherapy*. New York: Wiley.

Frankl V. E. (1960). Paradoxical intention: A logotherapeutic technique. *American Journal of Psychotherapy*, 14, 520-535.

Frankl V. E. (1965). *The doctor and the soul* (2nd ed.). New York: Knopf.

Franks C. M. (1984). Behavior therapy: An overview. In C. M. Franks, G. T. Wilson, P. C. Kendall & K. P. Brownell (Eds.). *Annual review of behavior therapy* (vol. 10). New York: Guilford.

Freud S. & Breuer J. (1895/1956). *Studies on hysteria*. London: Hogarth.

Freud S. (1900/1913). *The interpretation of dreams*. New York: Macmillan.

Freud S. (1905/1962). *Three contributions to the theory of sex*. New York: Dutton.

Freud S. (1915/1925). Repression. In *Collected papers* (vol. IV). London: Hogarth Press, pp. 84-97.

Freud S. (1920/1950). *Beyond the pleasure principle*. New York: Liveright.

Freud S. (1923/1962). *The ego and the id*. London: Hogarth Press.

Freud S. (1930/1962). *Civilization and its discontents*. New York: Norton.

Freud S. (1933). *New introductory lectures on psychoanalysis*. New York: Norton.

Freud S. (1935). *An autobiographical study*. London: Hogarth Press.

Freud S. (1937). Analysis terminable and interminable. *International Journal of Psychoanalysis*, 18, 373-405.

Freud S. (1949). *An outline of psychoanalysis*. New York: Norton.

Freud S. (1959a). *Sigmund Freud: Collected papers* (vol. II). New York: Basic Books.

Freud S. (1959b). *Sigmund Freud: Collected papers* (vol. III). New York: Basic Books.

- Friedlander S. (1918). *Schupferische Indifferenz*. Munich: Georg Mullen.
- Gagne R. (1964). Problem solving. In A. Melton (Ed.). *Categories of human learning*. New York: Academic Press.
- Gendlin E. T. (1962). *Experiencing and the creation of meaning*. New York: Free Press.
- Gendlin E. T. (1973). Experiential psychotherapy. In R. Corsini (Ed.). *Current psychotherapies*. Itasca, IL: F. E. Peacock.
- Giles T. R. (1983a). Probable superiority of behavioral interventions — I. Traditional comparative outcome. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 14, 29-32.
- Giles T. R. (1983b). Probable superiority of behavioral interventions — II: Empirical status of the equivalence of therapies hypothesis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 14, 189-196.
- Giovachinni P. (Ed.). (1990). *Tactics and techniques in psychoanalytic therapy: The implications of Winnicott's contributions* (vol. 3). New York: Jason Aronson.
- Glass C. R. & Arnkoff D. B. (1992). Behavior therapy. In D. K. Freedheim (Ed.). *History of psychotherapy* (pp. 587-628). Washington, DC: American Psychological Association.
- Gold L. (1978). Life style and dreams. In L. G. Baruth & D. G. Ekstein (Eds.). *Life style: Theory, practice, and research* (pp. 24-30). Dubuque, IA: Kendall/Hunt.
- Goldfried M. R. & Davison G. C. (1976). *Clinical behavior therapy*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Goldman D. (Ed.). (1993). *In one's bones: The clinical genius of Winnicott*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Goodman P. (1964). *Compulsory miseducation*. New York: Random House.
- Greenberg J. R. & Mitchell S. A. (1983). *Object relations in psychoanalytic theory*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Greenberg L. S. & Safran J. D. (1987). *Emotion in psychotherapy: Affect, cognition, and the process of change*. New York: Guilford.
- Greenberg L. S., Elliott R. & Lietaer G. (1994). Research on experiential psychotherapies. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 509-539). New York: Wiley.
- Grossberg J. M. (1964). Behavior therapy: A review. *Psychological Bulletin*, 62, 73-88.
- Grotstein J. S. & Rinsley D. B. (Eds.). (1993). *Fairbairn and the origins of object relations*. New York: Plenum.
- Grunbaum A. (1993). *Validation in the clinical theory of psychoanalysis: A study in the philosophy of psychoanalysis*. New York: International Universities Press.
- Guntrip H. (1973). *Psychoanalytic theory, therapy, and the self*. New York: Basic Books.
- Guntrip H. (1975). My experience of analysis with Fairbairn and Winnicott. *International Review of Psychoanalysis*, 2, 145-156.
- Haaga D. A. R & Davison G. C. (1993). An appraisal of rational-emotive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 215-220.
- Hall C. S., & Lindzey G. (1970). *Theories of personality* (2nd ed.). New York: Wiley.
- Hamilton N. G. (1988). *Self and others: Object relations theory in practice*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Harris T. A. (1969). *I'm OK - you're OK*. New York: Harper & Row.
- Hartmann H. (1939/1958). *Ego psychology and the problem of adaptation*. New York: International Universities Press.
- Hatcher C. & Himmelstein P. (Eds.). (1976). *The handbook of Gestalt therapy*. New York: Aronson.
- Heidegger M. (1949). *Existence and being*. Chicago: Regnery.
- Heidegger M. (1962). *Being and time*. London: SCM Press.
- Hilgard E. R. & Bower G. H. (1975). *Theories of learning* (4th ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Hill C. E. (1989). *Therapist techniques and client outcomes*. Newbury Park, CA: Sage.
- Hollon S. D. & Beck A. T. (1994). Cognitive and cognitive-behavioral therapies. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 428-466). New York: Wiley.

- Horner A. J. (1991). *Psychoanalytic object relations therapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Huber C. H. (Ed.). (1991). Special issue: On beyond Adler. *Individual Psychology*, 47, 431-553.
- Hughes J. M. (1989). *Reshaping the psychoanalytic domain: The work of Melanie Klein, W. R. D. Fairbairn & D. W. Winnicott*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Husserl E. (1929). Phenomenology. In *Encyclopaedia Britannica* (vol. 17, 14th ed.). (pp. 699-702).
- Jacobson E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- James M. & Jongeward D. (1971). *Born to win: Transactional analysis with Gestalt experiments*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Jaspers K. (1955). *Reason and existence*. New York: Noonday.
- Jones M. C. A. (1924). A laboratory study of fear: The case of Peter. *Journal of Genetic Psychology*, 31, 308-315.
- Jung C. G. (1912/1967). *Symbols of transformation, Collected works of C. G. Jung* (vol. 5). Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Jung C. G. (1926/1954). Analytical psychology and education. In *The development of personality, Collected works of C. G. Jung* (vol. 17, pp. 65-132). Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Jung C. G. (1933). *Modern man in search of a soul*. New York: Harcourt, Brace, & World.
- Jung C. G. (1939/1968). Conscious, unconscious, and individuation. In *The archetypes and the collective unconscious, Collected works of C. G. Jung* (vol. 9, part 1, pp. 275-289). Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Jung C. G. (1961). *Memories, dreams, reflections*. New York: Vintage Books.
- Jung C. G. (1968). *Analytical psychology: Its theory and practice*. New York: Vintage Books.
- Kanfer F. H. & Phillips J. S. (1970). *Learning foundations of behavior therapy*. New York: Wiley.
- Kelly G. A. (1991). *The psychology of personal constructs*. Vol. 1: *A theory of personality*. Vol. 2: *Clinical diagnosis and psychotherapy*. London: Routledge.
- Kempler W. (1973). Gestalt therapy. In R. Corsini (Ed.). *Current psychotherapies* (pp. 251-286). Itasca, IL: F. E. Peacock.
- Kendall P. C. & Wilcox L. E. (1980). A cognitive-behavioral treatment for impulsivity: Concrete vs. conceptual training in non-self-controlled problem children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 80-91.
- Kernberg O. F. (1976). *Object relations theory and clinical psychoanalysis*. New York: Jason Aronson.
- Khan M. M. R. (1971). Obituary: Donald W. Winnicott. *International Journal of Psychoanalysis*, 52, 225-226.
- Kierkegaard S. A. (1944). *Either/or: A fragment of life*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Kierkegaard S. A. (1954). *Fear and trembling*. New York: Doubleday.
- Kierkegaard S. A. (1954). *The sickness unto death*. New York: Doubleday.
- Kimble G. A. (Ed.). (1967). *Foundations of conditioning and learning*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Kirschenbaum H. (1979). *On becoming Carl Rogers*. New York: Dell.
- Klein M., Dittman A. J., Parloff M. B. & Gill M. M. (1969). Behavior therapy: Observations and reflections. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 33, 259-266.
- Kovacs M. & Beck A. T. (1978). Maladaptive cognitive structures in depression. *American Journal of Psychiatry*, 135, 525-533.
- Krasner L. (1962). The therapist as a social reinforcement machine. In H. H. Strupp & L. Luborsky (Eds.). *Research in psychotherapy* (vol. 2). Washington, DC: American Psychological Association.
- Krasner L. (1963). Reinforcement, verbal behavior and psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 33, 601-613.
- Krumboltz J. D. & Thoresen C. E. (Eds.). (1969). *Behavioral counseling: Cases and techniques*. New York: Holt, Rinehart and Winston.

- Lambert M. I. & Bergin A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 143-189). New York: Wiley.
- Lambert M. J. (1991). Introduction to psychotherapy research. In L. E. Beutler & M. Crago (Eds.). *Psychotherapy research: An international review of programmatic studies* (pp. 1-11). Washington, DC: American Psychological Association.
- Landfield A. W. & Epting F. R. (1987). *Personal construct psychology: Clinical and personality assessment*. New York: Human Sciences Press.
- Latner J. (1973). *The Gestalt therapy book*. New York: Julian Press.
- Lazarus A. A. (1971). *Behavior therapy and beyond*. New York: McGraw-Hill.
- Lecky P. (1945). *Self consistency*. New York: Island Press.
- Lefabre L. B. (1963). Existentialism and psychotherapy. *Review of Existential Psychology and Psychiatry*, 3, 271-285.
- Levis D. J. (1970). Behavioral therapy: The fourth therapeutic revolution? In D. J. Levis (Ed.). *Learning approaches to therapeutic behavior change*. Chicago: Aldine.
- Lindsley O. R., Skinner B. F. & Solomon H. C. (1953). *Studies in behavior therapy. Status Report I*. Waltham, MA: Metropolitan State Hospital.
- London P. (1964). *The modes and morals of psychotherapy*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Luria A. (1961). *The role of speech in the regulation of normal and abnormal behavior*. New York: Pergamon Press.
- Lyons J. (1961). Existential psychotherapy: Fact, hope, fiction. *Journal of Abnormal Social Psychology*, 62, 242-249.
- Lyons L. C. & Woods P. J. (1991). The efficacy of rational-emotive therapy: A quantitative review of the outcome research. *Clinical Psychology Review*, 11, 357-369.
- Magaret A. (1950). Generalization in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 14, 64-70.
- Maher B. (1969). *Clinical psychology and personality*. New York: McGraw-Hill.
- Mahler M., Pine F. & Bergman A. (1975). *The psychological birth of the human infant*. New York: Basic Books.
- Mahoney M. J. (1974). *Cognition and behavior modification*. Cambridge, MA: Ballinger.
- Malcolm N. (1964). Behaviorism as a philosophy of psychology. In T. W. Wann (Ed.). *Behaviorism and phenomenology*. Chicago: University of Chicago Press.
- Manaster G. J. & Corsini R. J. (1982). *Individual Psychology: Theory and practice*. Itasca, IL: F. E. Peacock.
- Manaster J. (1977). Alfred Adler: A short biography. In G. J. Manaster, G. Painter, D. Deutsch & B. J. Overholt (Eds.). *Alfred Adler: As we remember him* (pp. 9-15). Chicago: North American Society of Adlerian Psychology.
- Marcel F. (1951). *Homo Victor*. Chicago: Regnery.
- Marcel G. (1948). *The philosophy of existence*. London: Harvill.
- Marmor I. (1987). Discussion. In J. K. Zeig (Ed.). *The evolution of psychotherapy* (pp. 142-146). New York: Brunner/Mazel.
- Martin G. & Pear J. (1978). *Behavior modification: What it is and how to do it*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Maslow A. H. (1969). *Motivation and personality* (2nd ed.). New York: Harper & Row.
- May R. (1961). The emergence of existential psychology. In R. May (Ed.). *Existential psychology* (pp. 11-51). New York: Random House.
- May R. (1963). Dangers in the relation of existentialism to psychotherapy. *Review of Existential Psychology and Psychiatry*, 3, 5-10.
- May R., & van Kaam A. (1963). Existential theory and therapy. In J. H. Masserman (Ed.). *Current psychiatric therapies* (vol. 3). (pp. 74-81). New York: Grune & Stratton.
- May R., & Yalom I. D. (1989). Existential therapy. In R. J. Corsini & D. Wedding (Eds.). *Current psychotherapies* (4th ed., pp. 363-402). Itasca, IL: F. E. Peacock.
- McCoy M. M. (1977). A reconstruction of emotion. In D. Bannister (Eds.). *New perspectives in personal construct theory*. New York: Academic Press.

- McCullough, L. (1993). Interest in Carl Jung's ideas is growing. *Guidepost*, 36(1), 1, 12-13.
- Mearns D. & Thorne R. (1988). *Person-centered counseling in action*. London & Beverly Hills, CA: Sage.
- Meichenbaum D. & Jaremko M. (1983). *Stress reduction and prevention*. New York: Plenum.
- Meichenbaum D. & Turk D. C. (1987). *Facilitating treatment adherence: A practitioner's guide*.
- Meichenbaum D. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum.
- Meichenbaum D. (1985). *Stress inoculation training*. Elmsford, NY: Pergamon.
- Meichenbaum D. (1993). Changing conceptions of cognitive behavior modification: Retrospect and prospect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 202-204.
- Mendez A. M. & Fine H. J. (1976). A short history of the British School of object relations and ego psychology. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 40, 357-382.
- Michels R. (1988). The future of psychoanalysis. *The Psychoanalytic Quarterly*, 57, 167-185.
- Mitchell K. M., Bozarth J. D. & Krauft C. C. (1977). A reappraisal of the therapeutic effectiveness of accurate empathy, non-possessive warmth, and genuineness. In A. S. Gurman & A. M. Razin (Eds.). *Effective psychotherapy* (pp. 482-502). New York: Pergamon Press.
- Mosak H. H. (1958). Early recollections as a projective technique. *Journal of Projective Techniques*, 22, 302-311.
- Mosak H. H. (1971). Lifestyle. In A. G. Nikelly (Ed.). *Techniques for behavior change* (pp. 77-81). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Mowrer O. H. (1960). *Learning theory and behavior*. New York: Wiley.
- Mowrer O. H. (1964). Freudianism, behavior therapy and «self-disclosure». In O. H. Mowrer (Ed.). *The new group psychotherapy*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Mozdzierz G. J., Macchitelli F. J. & Lisiecki J. (1976). The paradox in psychotherapy: An Adlerian perspective. *Journal of Individual Psychology*, 32, 169-184.
- Muran J. C. (1991). A reformulation of the ABC model in cognitive psychotherapies: Implications for assessment and treatment. *Clinical Psychology Review*, 11, 399-418.
- Murray E. J. & Jacobson L. I. (1971). The nature of learning in traditional and behavioral psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (pp. 709-747). New York: Wiley.
- Neimeyer G. J. & Neimeyer R. A. (Eds.). (1990). *Advances in personal construct psychology* (vol. 1). Greenwich, CT: JAI Press.
- Neimeyer G. J. (1992). Back to the future with the psychology of personal constructs. [Review of Kelly's *The Psychology of Personal Constructs*.] *Contemporary Psychology* 37, 994-997.
- Neimeyer R. A. (1980). George Kelly as therapist: A review of his tapes. In A. W. Landfield & L. M. Leitner (Eds.). *Personal construct psychology: Psychotherapy and personality* (pp. 74-101). New York: Wiley.
- Neimeyer R. A. (1985). *The development of personal construct psychology*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Neisser U. (1962). Cultural and cognitive discontinuity. In J. E. Gladwin & W. Sturtevant (Eds.). *Anthropology and human behavior*. Washington, DC: Anthropological Society of Washington.
- Nelson-Jones R. & Patterson C. H. (1974). Some effects of counselor training. *British Journal of Guidance and Counseling*, 2, 2-14.
- Nelson-Jones R. & Patterson C. H. (1976). Effects of counselor training: Further findings. *British Journal of Guidance and Counseling*, 4, 66-73.
- Nevis E. C. (1987). *Organizational consulting: A Gestalt approach*. New York: Garden Press.
- Nikelly A. G. & O'Connell W. E. (1971). Action-oriented methods. In A. G. Nikelly (Ed.). *Techniques for behavior change* (pp. 85-90). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Norcross J. C., Alford B. A., & DeMichele J. T. (1992). The future of psychotherapy: Delphi data and concluding observations. *Psychotherapy*, 29, 150-158.
- O'Leary K. D. & Wilson G. T. (1975). *Behavior therapy: Application and outcome*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Ollendick T. H. (1986). Behavior therapy with children and adolescents. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 525-564). New York: Wiley.
- Orgel S. (1990). The future of psychoanalysis. *The Psychoanalytic Quarterly*, 59, 1-20.

- Orlinsky D. E. & Howard K. I. (1978). The relation of process to outcome in psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2nd ed.) (pp. 283-330). New York: Wiley.
- Orlinsky D. E. & Howard K. I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed., pp. 311-384). New York: Wiley.
- Osipow S. H. & Walsh W. B. (Eds.). (1970). *Behavior change in counseling: Readings and cases*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Padel J. H. (1978). Object relational approach. In J. L. Fosshage & C. A. Loew (Eds.). *Dream interpretation: A comparative study* (pp. 125-148). New York: Spectrum Publications.
- Pagan J. & Shepherd I. L. (Eds.). (1970). *Gestalt therapy now*. Palo Alto, CA: Science & Behavior Books. (Republished in two volumes, *What is Gestalt therapy?* and *Life techniques in Gestalt therapy*. New York: Harper & Row, 1971).
- Piaget J. (1954). *The construction of reality*. New York: Basic Books.
- Paivio S. & Greenberg L. S. (1992). *Resolving unfinished business: A study of effects*. Paper presented at the annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Berkeley, CA.
- Parloff M. B., Waskow I. E. & Wolfe R. E. (1978). Research on therapist variables in relation to process and outcome. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2nd ed.) (pp. 233-282). New York: Wiley.
- Pascal G. R. (1959). *Behavioral change in the clinic — A systematic approach*. New York: Grune & Stratton.
- Patterson C. H. & Nelson-Jones R. (1975). Measuring client-centered attitudes. *British Journal of Guidance and Counseling*, 3, 228-236.
- Patterson C. H. (1959). *Counseling and psychotherapy: Theory and practice*. New York: Harper & Row.
- Patterson C. H. (1984). Empathy, warmth and genuineness in psychotherapy: A review of reviews. *Psychotherapy*, 21, 431-438.
- Patterson C. H. (1985). *The therapeutic relationship*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Patterson C. H. (1990). On being client-centered. *Person-Centered Review*, 5, 425-442.
- Pepinsky H. B. & Pepinsky P. (1954). *Counseling: Theory and practice*. New York: Ronald Press.
- Perls F. S. (1947). *Ego, hunger and aggression: The beginning of Gestalt therapy*. New York: Random House. (Paperback published by Orbit Graphic Arts, 1966.)
- Perls F. S. (1969). *In and out of the garbage pail*. Lafayette, CA: Real People Press.
- Perls F. S. (1973). *The Gestalt approach and eyewitness to therapy*. Palo Alto, C. A: Science & Behavior Books.
- Perls F. S. (1992). *Gestalt therapy verbatim*. Highland, NY: The Gestalt Journal Press.
- Peters H. N. (1955). Learning as a treatment method in chronic schizophrenia. *American Journal of Occupational Therapy*, 9, 185-189.
- Peterson D. (1968). *The clinical study of social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Peven D. & Shulman B. (1983). The psychodynamics of affective bipolar disorders: Some empirical findings and their implication for cognitive therapy. *Individual Psychology*, 39, 2-16.
- Phillips A. (1988). *Winnicott*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Phillips E. L. (1956). *Psychotherapy: A modern theory and practice*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Pine F. (1985). *Developmental theory and clinical process*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Piper W. E. (Ed.). (1993). Transference interpretation: Special section. *American Journal of Psychotherapy*, 47, 477-557.
- Polster E. & Polster M. (1973). *Gestalt therapy integrated: Contours of theory and practice*. New York: Brunner/Mazel.
- Polster E. (1987). Escape from the present: Transition and storyline. In J. K. Zeig (Ed.). *The evolution of psychotherapy* (pp. 326-340). New York: Brunner/Mazel.
- Polster M. (1987). Gestalt therapy: Evolution and application. In J. K. Zeig (Ed.). *The evolution of psychotherapy* (pp. 312-325). New York: Brunner/Mazel.

- Porter E. H., Jr. (1950). *An introduction to therapeutic counseling*. Boston: Houghton Mifflin.
- Powers R. L. & Griffith J. (1987). *Understanding life-style: The psycho-clarity process*. Chicago: The American Institute of Adlerian Studies.
- Rachman S. & Eysenck H. J. (1966). Reply to a «critique and reformulation» of behavior therapy. *Psychological Bulletin*, 65, 165-169.
- Rapaport D. (1959). An historical survey of psychoanalysis. *Psychological Issues*, 1, 5-17.
- Reiser M. F. (1989). The future of psychoanalysis in academic psychiatry: Plain talk. *The Psychoanalytic Quarterly*, 58, 185-209.
- Rice L. N. & Greenberg L. S. (1992). Humanistic approaches to psychotherapy. In D. K. Freedheim (Ed.). *History of psychotherapy* (pp. 197-224). Washington, DC: American Psychological Association.
- Rice L. N. (1974). The evocative function of the therapist. In D. A. Wexler & L. N. Rice (Eds.). *Innovations in client-centered therapy* (pp. 289-311). New York: Wiley.
- Rice L. N., & Greenberg L. S. (1992). Humanistic approaches to psychotherapy. In D. K. Freedheim (Ed.). *History of psychotherapy* (pp. 197-224). Washington, DC: American Psychological Association.
- Riskind J. H. & Rholes W. S. (1984). Cognitive accessibility and the capacity of cognitions to predict future depression: A theoretical note. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 1-12.
- Robins C. J. & Hayes A. M. (1993). An appraisal of cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 205-214.
- Rodman F. R. (Ed.). (1987). *The spontaneous gesture: Selected letters of D. W. Winnicott*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Rogers C. R. (1939). *The clinical treatment of the problem child*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practices, implications and theory*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rogers C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.). *Psychology: A study of science. Study I: Conceptual and systematic. Vol. 3: Formulations of the person and the social context* (pp. 184-256). New York: McGraw-Hill.
- Rogers C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers C. R. (1962). The interpersonal relationship: The core of guidance. *Harvard Educational Review*, 32, 416-429.
- Rogers C. R. (1964). Toward a science of the person. In T. W. Wann (Ed.). *Behaviorism and phenomenology*. Chicago: University of Chicago Press.
- Rogers C. R. (1969). *Freedom to learn: A view of what education might become*. Columbus, OH: Merrill.
- Rogers C. R. (1970). *Carl Rogers on encounter groups*. New York: Harper & Row.
- Rogers C. R. (1972). *Becoming partners: Marriage and its alternatives*. New York: Delacorte.
- Rogers C. R. (1975). Empathic: An unappreciated way of being. *The Counseling Psychologist*, 5(2), 2-10.
- Rogers C. R. (1980). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers C. R., Gendlin E. T., Kiesler D. J. & Truax C. B. (Eds.). (1967). *The therapeutic relationship and its impact*. Madison: University of Wisconsin Press.
- Rorer L. G. (1989a). Rational-emotive theory: I. An integrated psychological and philosophical basis. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 475-492.
- Rorer L. G. (1989b). Rational-emotive theory: II. Explication and evaluation. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 531-548.
- Rotter I. B. (1959). Substituting good behavior for bad. (*Review of Psychotherapy by reciprocal inhibition* by J. Wolpe.) *Contemporary Psychology*, 4, 176-178.
- Rotter J. B. (1962). An analysis of Adlerian psychology from a research orientation. *Journal of Individual Psychology*, 18, 3-11.
- Rubin R. D. & Franks C. M. (Eds.). (1969). *Advances in behavior therapy: 1968*. New York: Academic Press.

- Ryce-Menuhin J. (1991). *Jungian sandplay: The wonderful therapy*. New York: Routledge.
- Rychlak J. F. (1973). *Introduction to personality and psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Ryckman R. M. (1993). *Theories of personality* (5th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Rycroft C. (1973). *A critical dictionary of psychoanalysis*. Totowa, NJ: Littlefield, Adams & Co.
- Safran J. & Segal Z. (1990). *Interpersonal processes in cognitive therapy*. New York: Basic Books.
- Salovey P. & Singer J. A. (1991). Cognitive-behavior modification. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds.). *Helping people change: A textbook of methods* (4th ed., pp. 360-395). New York: Pergamon.
- Salter A. (1949). *Conditioned reflex therapy*. New York: Farrar, Straus.
- Salzinger K. (1959). Experimental manipulation of verbal behavior: A review. *Journal of General Psychology*, 61, 65-94.
- Salzinger K. (1969). The place of operant conditioning of verbal behavior in psychotherapy. In C. M. Franks (Ed.). *Behavior therapy: Appraisal and status* (pp. 375-395). New York: McGraw-Hill.
- Sampson H. & Weiss J. (1992). The Mt. Zion psychotherapy research group. In D. K. Freedheim (Ed.). *History of psychotherapy: A century of change* (pp. 432-436). Washington, DC: American Psychological Association.
- Sartre J. P. (1953). *Existential psychoanalysis*. New York: Philosophical Library.
- Scharff D. & Scharff J. S. (1991). *Object relations couple therapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Shepherd I. L. (1970). Limitations and cautions in the Gestalt approach. In J. Fagan & I. L. Shepherd (Eds.). *Gestalt therapy now* (pp. 234-238). Palo Alto, CA: Science & Behavior Books.
- Shoben E. J., Jr. (1948). A learning theory interpretation of psychotherapy. *Harvard Educational Review*, 18, 129-145.
- Shoben E. J., Jr. (1953). Some observations on psychotherapy and the learning process. In O. H. Mowrer (Ed.). *Psychotherapy: Theory and research*. New York: Ronald Press.
- Shulman B. H. & Mosak H. H. (1988). *Manual for life style assessment*. Muncie, IN: Accelerated Development.
- Sichel J. & Ellis A. (1984). *RET self-help form*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- Silberschatz G., Curtis J. T, Sampson H. & Weiss J. (1991). Mount Zion Hospital and Medical Center: Research on the process of change in psychotherapy. In L. E. Beutler & M. Crago (Eds.). *Psychotherapy research: An international review of programmatic studies* (pp. 56-64). Washington, DC: American Psychological Association.
- Silverman M. S., McCarthy M. & McGovern T. (1992). A review of outcome studies of rational-emotive therapy from 1982-1989. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 10, 111-186.
- Simkin J. S. & Yontef G. M. (1984). Gestalt therapy. In R. J. Corsini (Ed.). *Current psychotherapies* (3rd ed.) (pp. 279-319). Itasca, IL: F. E. Peacock.
- Singer J. (1973). *Boundaries of the soul: The practice of Jung's psychology*. New York: Anchor Books.
- Singh M. & Greenberg L. S. (1992). *Development and validation of a measure of the resolution of unfinished business: Relating session change to outcome*. Paper presented at the annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Berkeley, CA.
- Skinner B. F. (1938). *The behavior of organisms*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Skinner B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York: Macmillan.
- Slavik S., Sperry L. & Carlson J. (1992). The schizoid personality disorder: A review and an Adlerian view and treatment. *Individual Psychology*, 48, 137-154.
- Sloane R. B., Staples F. R., Cristol A. H., Yorkston N. J. & Whipple K. (1975). *Psychotherapy versus behavior therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Smith M. L, Glass G. V. & Miller T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Smith W. L. (Ed.). (1976). *The growing edge of Gestalt therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Smuts J. (1926). *Holism and evolution*. New York: Macmillan.
- Snyder W. U. & Snyder B. J. (1961). *The psychotherapy relationship*. New York: Macmillan.

- Snyder W. U. (Ed.) (1947). *Casebook of nondirective counseling*. Boston: Houghton Mifflin.
- Snygg D. & Combs D. (1949). *Individual behavior: A new frame of reference for psychology*. New York: Harper & Bros.
- Sonneman U. (1954). *Existence and therapy*. New York: Grune & Stratton.
- Sperry L. (1992). The centrality of life style convictions across psychotherapy systems. *The NASAP Newsletter*, 25(7), 3-4.
- Spiegelberg H. (1960). Husserl's phenomenology and existentialism. *Journal of Philosophy*, 57, 62-74.
- Spitz R. A. (1945). Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 1, 53-74.
- Spruiell V. (1989). The future of psychoanalysis. *The Psychoanalytic Quarterly*, 58, 1-28.
- Stampfl T. G. & Levis D. I. (1967). Essentials of implosive therapy: A learning based psychodynamic behavioral therapy. *Journal of Abnormal Psychology*, 72, 496.
- Steiner C. & Kerr C. (Eds.). (1976). *Beyond games and scripts*. New York: Grove Press.
- Stephenson F. D. (Ed.). (1975). *Gestalt therapy primer: Introductory readings in Gestalt therapy*. Springfield, IL: Thomas.
- Stewart C. C. (1958). Attitude change following a counseling seminar. *Personnel and Guidance Journal*, 37, 273-275.
- Stewart I. (1992). *Eric Berne*. London: Sage.
- Stone A. A. (1971). Play: The «now» therapy. [Review of *Gestalt therapy now*, edited by J. Fagan & I. L. Shepherd]. *Psychiatry and Social Science Review*, 5, 12-16.
- Storr A. (1991). *Jung*. New York: Routledge.
- Strupp H. (1976). The nature of the therapeutic influence and its basic ingredient. In A. Burton (Ed.). *What makes behavior change possible?* (pp. 96-112). New York: Brunner/Mazel.
- Strupp H. H. (1992). The future of psychodynamic psychotherapy. *Psychotherapy*, 29, 21-27.
- Stubbs J. P. & Bozarth J. D. (1994). The Dodo Bird revisited: A qualitative study of psychotherapy efficacy research. *Applied and Preventive Psychology*, 3, 109-120.
- Sutherland J. D. (1965). Obituary: W.R.D. Fairbairn. *International Journal of Psychoanalysis*, 46, 245-247.
- Sutherland J. D. (1989). *Fairbairn's journey into the interior*. London: Free Association Press.
- Thompson C. (1957). *Psychoanalysis: Evolution and development*. New York: Grove Press.
- Thorne B. (1992). *Carl Rogers*. London: Sage.
- Tillich P. (1961). Existentialism and psychotherapy. *Review of Existential Psychology and Psychiatry*, 1, 8-16.
- Tizard J. P. M. (1971). Obituary: Donald W. Winnicott. *International Journal of Psychoanalysis*, 52, 226-227.
- Torrey E. F. (1993). *Freudian fraud: The malignant effect of Freud's theory on American thought and culture*. New York: Harper Perennial.
- Truax C. B. & Carkhuff R. R. (1967). *Toward effective counseling and psychotherapy*. Chicago: Aldine.
- Truax C. B. & Mitchell K. M. (1971). Research on certain therapist interpersonal skills in relation to process and outcome. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 299-344). New York: Wiley.
- Turk D. C, Meichenbaum D. & Genest M. (1983). *Pain and behavioral medicine*. New York Guilford.
- Tuttmann S. (1981). A historical survey of the development of object relations concepts in psychoanalytic theory. In S. Tuttmann, C. Kay & M. Zimmerman (Eds.), *Object and self: A developmental approach* (pp. 3-51). New York: International Universities Press.
- Ullmann L. P. & Krasner L. (Eds.). (1965). *Case studies in behavior modification*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Ullmann L. P. & Krasner L. (Eds.). (1969). *A psychological approach to abnormal behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Van Dusen W. (1957). The theory and practice of existential analysis. *American Journal of Psychotherapy*, 11, 310-322.
- van Kaam A. (1961). The impact of existential phenomenology on the psychological literature

of western Europe. *Review of Existential Psychology and Psychiatry*, 1, 62-91.

van Kaam A. (1962). Counseling from the viewpoint of existential psychology. *Harvard Educational Review*, 32, 403-415.

Verger D. M. & Camp W. L. (1970). Early recollections: Reflections of the present. *Journal of Counseling Psychology*, 17, 510-515.

Vygotsky L. S. (1962). *Thought and language*. Cambridge, MA: M.I.T. Press.

Walens S., DiGiuseppe R. & Dryden W. (1992). *A practitioner's guide to rational-emotive therapy*. New York: Oxford University Press.

Wallerstein R. S. (1986). *Forty -two lives in treatment: A study of psychoanalysis and psychotherapy*. New York: Guilford Press.

Wallerstein R. S. (1991). The future of psychotherapy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 55, 421-443.

Wallerstein R. S., & Weinshel E. M. (1989). The future of psychoanalysis. *Psychoanalytic Quarterly*, 58, 341-373.

Watkins C. E., Jr. (1994). Measuring social interest. *Individual Psychology*, 50, 69-96.

Watson J. B. & Rayner R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1-14.

Watts R. E. (1992). Biblical agape as a model of social interest. *Individual Psychology*, 48, 35-40.

Weiner I. B. (1991). Theoretical foundations of clinical psychology. In M. Hersen, A. E. Kazdin & A. S. Bellack (Eds.). *The clinical psychology handbook* (2nd ed., pp. 26-44). New York: Pergamon.

Weishaar M. (1992). *Aaron Beck*. London: Sage.

Weiss J. & Sampson H. (1986). *The psychoanalytic process: Theory, clinical observations, and empirical research*. New York: Guilford Press.

Weiss J. (1988). Testing hypotheses about unconscious mental functioning. *International Journal of Psychoanalysis*, 69, 87-95.

Weiss J. (1993). *How psychotherapy works: Process and technique*. New York: Guilford Press.

Weitzman B. (1967). Behavior therapy and psychotherapy. *Psychological Review*, 74, 300-317.

Wexler D. A. & Rice L. N. (Eds.) (1974). *Innovations in client-centered therapy*. New York: Wiley.

Wexler D. A. (1974). A cognitive theory of experiencing, self-actualization and therapeutic process. In D. A. Wexler & L. N. Rice (Eds.). *Innovations in client-centered therapy* (pp. 49-116). New York: Wiley.

Wheeler G. (1991). *Gestalt reconsidered: A new approach to contact and resistance*. New York: Gardner Press.

Wheeler M. S. (1989). A theoretical and empirical comparison of typologies. *Individual Psychology*, 45, 335-353.

Whisman M. A. (1993). Mediators and moderators of change in cognitive therapy of depression. *Psychological Bulletin*, 114, 248-265.

Whitman T., Burgio L. & Johnston M. B. (1984). Cognitive-behavioral intervention with mentally retarded children. In A. W. Meyers & W. E. Craighead (Eds.). *Cognitive behavior therapy with children* (pp. 193-227). New York: Plenum Press.

Whitmont, E. C. (1978). Jungian approach. In J. L. Fosshage & C. A. Loew (Eds.), *Dream interpretation: A comparative study* (pp. 53-77). New York: Spectrum Publications.

Whitmont, E. C., & Perera, S. B. (1992). *Dreams, a portal to the source: A guide to dream interpretation*. New York: Routledge.

Wickramasekera I. (Ed.). (1976). *Biofeedback, behavior therapy and hypnosis*. Chicago: Nelson-Hall.

Wiener D. N. (1988). *Albert Ellis: Passionate skeptic*. New York: Praeger.

Wiest W. M. (1967). Some recent criticisms of behaviorism and learning theory with special reference to Breger and McGaugh and Chomsky. *Psychological Bulletin*, 67, 214-225.

Wilkins W. (1971). Desensitization: Social and cognitive factors underlying the effectiveness of Wolpe's procedure. *Psychological Bulletin*, 76, 311-316.

- Wilkins W. (1972). Desensitization: Getting it together with Davison and Wilson. *Psychological Bulletin*, 78, 32-36.
- Wilson G. T. & Agras W. S. (1992). The future of behavior therapy. *Psychotherapy*, 29, 39-43.
- Wilson G. T. & Davidson G. C. (1971). Processes of fear reduction in systematic desensitization: Animal studies. *Psychological Bulletin*, 76, 1-14.
- Wilson G. T. & Fairburn C. G. (1993). Cognitive treatments for eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 261-269.
- Wilson G. T. (1984). Behavior therapy. In R. J. Corsini (Ed.). *Current psychotherapies* (pp. 239-278). Itasca, IL: Peacock.
- Winnicott C. & Shephard R. (Eds.). (1989). *Psychoanalytic explorations, D. W. Winnicott*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Winnicott C. (1978). D.W.W.: A reflection. In S.A. Grolnick, L. Barkin & W. Muensterberger (Eds.). *Between reality and fantasy: Transitional objects and phenomena* (pp. 17-33). New York: Jason Aronson.
- Winnicott D. W. (1958). *Collected papers: Through paediatrics to psycho-analysis*. New York: Basic Books.
- Winnicott D. W. (1965a). *The family and individual development*. London: Tavistock.
- Winnicott D. W. (1965b). *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*. New York: International Universities Press.
- Winnicott D. W. (1971). *Playing and reality*. London: Tavistock.
- Winnicott D. W. (1986). *Holding and interpretation: Fragment of an analysis*. New York: Grove Press.
- Winnicott D. W. (1988). *Human nature*. London: Free Association Books.
- Winnicott D. W. (1992). *Through paediatrics to psycho-analysis: Collected papers*. New York: Brunner/Mazel.
- Wolf W. (1950). *Values and personality*. New York: Grune & Stratton.
- Wolpe I. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Wolpe I. (1961). The systematic desensitization treatment of neuroses. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 112, 189-193.
- Wolpe J. & Lang P. J. (1964). A fear survey schedule for use in behavior therapy. *Behavior Research and Therapy*, 2, 27-30.
- Wolpe J. & Lang P. J. (1969). *Fear survey schedule*. San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Service.
- Wolpe J. & Lazarus A. A. (1966). *Behavior therapy techniques: A guide to the treatment of neuroses*. New York: Pergamon.
- Wolpe J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Wolpe J. (1965). *The case of Mrs. Schmidt*. Typescript and record published by Counselor Recordings and Tests, Box 6184, Acklen Station, Nashville, TN. Typescript reproduced by permission.
- Wolpe J. (1969). *The practice of behavior therapy*. New York: Pergamon.
- Wolpe J. (1973). *The practice of behavior therapy* (2nd ed.). New York: Pergamon.
- Wolpe J. (1976). *Theme and variations: A behavior therapy casebook*. New York: Pergamon.
- Wolpe J. (1978). Cognition and causation in human behavior and its therapy. *American Psychologist*, 33, 437-446.
- Wolpe J. (1982). *The practice of behavior therapy* (3rd ed.). New York: Pergamon Press.
- Wolpe J. (1986a). Misrepresentation and underemployment of behavior therapy. *Comprehensive Psychiatry*, 27, 192-200.
- Wolpe J. (1986b). Retreat from principles. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 17, 215-218.
- Wolpe J. (1987). The promotion of scientific psychotherapy: A long voyage. In J. K. Zeig (Ed.). *The evolution of psychotherapy* (pp. 133-142). New York: Brunner/Mazel.
- Wolpe J. (1989). The derailment of behavior therapy: A tale of conceptual misdirection. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 3-15.

- Wolpe J. (1990). *The practice of behavior therapy* (4th ed.). New York: Pergamon.
- Yalom I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Yankura J. & Dryden W. (1990). *Doing RET: Albert Ellis in action*. New York: Springer Publishing Co.
- Yates A. J. (1970). *Behavior therapy*. New York: Wiley.
- Yates A. J. (1975). *Theory and practice in behavior therapy*. New York: Wiley.
- Yontef G. M. & Simkin J. S. (1989). Gestalt therapy. In R. J. Corsini & D. Wedding (Eds.). *Current psychotherapies* (4th ed.) (pp. 323-361). Itasca, IL: F. E. Peacock.
- Yontef G. M. (1981). The future of Gestalt therapy: A symposium with L. Perls, M. Polster, J. Zinker and M. V. Miller. *The Gestalt Journal*, 4, 7-11.
- Zeig J. K. (Ed.) (1987). *The evolution of psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Zettle R. D. & Hayes S. C. (1980). Conceptual and empirical status of rational-emotive therapy. *Progress in Behavior Modification*, 9, 125-166.
- Zinker J. (1977). *Creative process in Gestalt therapy*. New York: Brunner/Mazel.