Ставропольский Ю.В.

Интегральная психотерапия.

Учебное пособие для студентов факультета «Психология»

Саратов. 2010 г.

Саратовский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского

МОДУЛЬ 1. Психоаналитическая терапия

Тема 1. Интегрирующий подход к психотерапии

1.1. Общие элементы психотерапевтических систем.

На протяжении последних десятилетий количество направлений в психотерапии последовательно увеличивалось. В 1959 году насчитывали 30 систем психотерапии, в 1976 году – 130. В 1979 году журнал «Тайм» насчитал 200 систем, по последним оценкам (1998г.) их стало 400 и количество продолжает расти. Этот снежный ком образуется, в том числе за счет того, что каждая психотерапевтическая система претендует на уникальность и исключительную эффективность, гарантируя успех в 80 – 100% случаев применения. Такое разнообразие превращается в хаос. Отсутствуют достоверные данные о степени эффективности какой-либо психотерапевтической системы. При наличии огромного количества систем – какой из них следует отдавать предпочтение? Необходимо провести сравнительный анализ с целью выявления сходств и различий в терапевтических подходах.

Сравнительный анализ требует адекватного понимания каждой отдельной системы психотерапии. Поэтому для сравнения лучше всего подходит интегральная модель, позволяющая объединить все то полезное, что существует в различных системах. Интегральный подход направлен на сближение различных систем. Данные свидетельствуют о том, что на практике наиболее популярной системой является не какая-то отдельная система, а эклектическая система, интегрирующая преимущества различных подходов.

Но существующая эклектика не имеет последовательной модели для интеграции различных подходов. В завершение нашего курса мы разработаем такую интегральную модель, внутри которой можно переходить от одной системы к другой. Это будет простая модель, рассматривающая не 400 систем, а 10 систем. Модель, которую мы сформулируем, позволит свести все содержание психотерапии к 4 уровням функционирования личности.

Критерием для сравнения различных систем являются конкретные процессы и сочетания процессов, которые в комбинации обеспечивают изменения. Вторым критерием является тот уровень функционирования личности, на котором производятся изменения. Третий критерий – это теоретическое формулирование тех проблем, которые возникают на каждом уровне функционирования личности: низкое самоуважение, проблему в межличностных отношениях, ослабленный контроль импульсивного поведения и т.д. Мы рассмотрим 15 основных систем. Мы не будем рассматривать 400 систем. Многие из них умирают естественной смертью. В них не разработаны теории личности и психопатологии, либо они представляют собой вариации известных систем. Критерий, по какому отбирались системы, прост. Система заслуживает внимания, если не менее 1% американских профессиональных психологов придерживаются этой теоретической ориентации.

1.1.1. Определение психотерапии.

Не существует общепринятого универсального определения психотерапии. В зависимости от теоретических ориентиров, которых придерживается

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

исследователь, психотерапию определяют как межличностное убеждение, психосоциальное воспитание, профессионально направляемое самоизменение, поведенческую психологию, как современный вариант шаманизма, как здравоохранение и др. Легче заниматься психотерапией, чем дать ей определение.

С позиций интригующего направления, можно выделить несколько существенных признаков психотерапии. В качестве рабочего определения психотерапии мы будем употреблять такое:

Психотерапия – это применение с определенной целью, о которой уведомлен клиент, психологических методов, помогающих клиенту модифицировать свое поведение, сознание, эмоции и другие личностные характеристики в том направлении, которое признается желательным участниками психотерапевтического процесса.

Это определение является нейтральным, т.е. в нем не отдается предпочтение ни одному психотерапевтическому направлению. В нем не уточняется количество и состав участников психотерапевтического процесса, поскольку у различных клиентов потребности различны. В этом определении также не сформулированы требования к подготовке и квалификации консультантов. Никак не ограничены методы и содержание терапевтического процесса. Определена цель психотерапии как помощь клиенту в достижении обоюдно согласованных целей. В противном случае психотерапия становится одной из форм насилия.

1.1.2. Роль теории

Термин «теория» имеет многочисленные значения, обычно теория противопоставляется практике, эмпирии, достоверности. В научном обиходе теория определяется как комплекс положений, при помощи которых объясняются данные в какой-то области. В психотерапии теория или система – это согласованное видение человеческого поведения, психопатологии и механизмов терапевтических изменений. К перечисленному можно добавить также понимание личности и человеческого развития, но бихевиористская и интегрирующая модели не включают два последних компонента. Психотерапевтическая теория описывает психические явления, ограничивает объем информации, организует эту информацию и формирует корпус знания, которым направляется процесс терапии. Не следует думать, что психотерапевт, придерживающийся определенной теоретической ориентации, обязательно догматик, не желающий приспосабливаться к требованиям ситуации и клиента. Хорошие теории имеют широкое применение, а хорошие психотерапевты являются гибкими. Это позволяет приспосабливать теорию к многообра-

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

зию контекстов, позволяет психотерапевтам заимствовать приемы из разных теоретических систем. Предпочтение одной теории не означает отказ от стратегий интервенции, разработанных в рамках других теорий.

1.1.3. Общие элементы терапевтических систем

Несмотря на теоретические различия, существует стержень, вокруг которого формируются все терапевтические системы. Благодаря наличию общих для всех систем элементов, можно выделить психотерапию как особый вид человеческой деятельности. Существуют общие факторы или неспецифические переменные, присущие всем системам психотерапии. Эти общие факторы не формулируются создателями теорий прямо, но специальные исследования позволяют обнаружить их существование.

В 1936 году Саул Розенцвейг отметил, что любая система психотерапии имеет свои преимущества по сравнению с другими системами, и в связи с этим наблюдением процитировал «Алису в стране чудес». Птица Додо говорит: «Все победили, и каждый должен получить приз». Розенцвейг предположил, что успешный результат психотерапии не зависит от того, какая система применяется, поскольку существуют общие терапевтические факторы, в их числе: поддержка, интерпретация, способность проникать в сущность проблемы, катарсис, личность терапевта. Такие разные люди, как Розенцвейг, Адлер, Роджерс были едины во мнении, что общими факторами всех систем психотерапии являются: поддержка, интерпретация, способность проникать в сущность проблемы, изменение поведения, хорошие отношения между терапевтом и клиентом.

Действительно, если, несмотря на различия в системах, возможен положительный результат психотерапевтического процесса, то возможно, различия между системами не столь глубоки.

Количество общих факторов, выявленных исследователями после 1936 года, на сегодня составляет 89. Двумя важнейшими являются позитивные ожидания клиента и такие отношения между терапевтом и клиентом, которые облегчают терапевтический процесс. Рассмотрим два этих фактора подробнее.

1.1.3.1. Позитивные ожидания

Ожидания – это одна из наиболее глубоко исследуемых неспецифических переменных. Компьютерный поиск показывает не менее 150 исследований взаимосвязи между результатом психотерапии и ожиданиями клиента. В большинстве исследований рассматривается гипотеза, согласно которой терапия тем эффективнее, чем сильнее клиент ожидает эффективности терапии. Критики этой гипотезы утверждают, что терапия – это всего лишь процесс и больше ничего, и в ходе этого процесса терапевт формирует у клиента ожидание того, что терапия будет эффективной. Любое улучшение в ходе процесса психотерапии функционально зависит от тех ожиданий, которые сформирует у клиента сам терапевт. Но не все так просто.

Почти во всех случаях систематической десенситизации сильные пози-

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

тивные ожидания гарантируют успех. В половине опубликованных результатов психотерапий, успех можно объяснить тем, что и клиент, и терапевт в равной степени сильно верили в эффективность проводимой терапии.

Но терапию ни в коей мере нельзя свести только к действию ожиданий. Анализ опубликованных данных показывает, что психотерапия оказывается более эффективной, чем неспецифические факторы сами по себе, а неспецифические факторы более эффективны, чем отсутствие терапии вообще. Для определения эффективности психотерапии нужны три группы: психотерапевтическая группа, группа «плацебо» и контрольная группа, с которой ничего не делают. При наличии позитивных ожиданий испытуемых во всех группах, эффективность терапевтической группы в два раза выше, чем в группе «плацебо».

На основании данных исследований можно предположить, что ожидания – это активный элемент всех систем терапии. Однако, ожидания обуславливают не сам процесс изменения, а являются решающим условием для продолжения терапии. Большинство клиентов отказались бы от участия в терапевтическом процессе, если бы они не возлагали ожидания на то, что терапевтический процесс окажет им помощь.

1.1.3.2. Терапевтические взаимоотношения

Психотерапия представляет собой межличностное взаимоотношение. Важнейшим фактором успеха в психотерапии является установление прочного терапевтического альянса. Независимо от того, какая система психотерапии применяется, не менее чем в 10% случаев успех определяется отношениями между психотерапевтом и клиентом. Можно вывести такое соотношение: на первом месте по влиянию на результат психотерапии находятся ожидания клиента и степень тяжести психического расстройства. На втором месте – взаимоотношения в терапевтическом процессе. Сами психотерапевтические приемы находятся по степени значимости на третьем месте.

Не существует единства мнений по вопросу о том, каким должны быть терапевтические взаимоотношения и какова их значимость в терапевтическом процессе. С одной стороны, сторонники некоторых психотерапевтических систем, таких как радикальная поведенческая терапия, не считают важным отношения между клиентом и терапевтом. Они вообще утверждают, что живого терапевта мог бы заменить компьютер. Присутствие терапевта признается необходимым лишь постольку, поскольку технологии программирования терапевтического процесса недостаточно полно разработаны.

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

Радикальная поведенческая система психотерапии	Когнитивная система психотерапии	Клиентцентрированная система психотерапии (К. Роджерс)

Рис. 1. Терапевтические взаимоотношения

Промежуточное положение на континууме занимают различные когнитивные терапии, в которых отношения между клиентом и терапевтом рассматриваются в качестве необходимого условия продолжения терапии. С точки зрения сторонников когнитивных систем, прежде, чем приступать к процессу собственно психологических изменений в состоянии клиента, необходимо, чтобы клиент доверял терапевту и был настроен на сотрудничество с терапевтом.

На противоположном полюсе континуума, представленном клиентоцентрированной системой Роджерса, сами отношения между клиентом и терапевтом понимаются как важнейший процесс, обуславливающий изменения. Поскольку наибольший вклад в разработку проблемы взаимоотношений между терапевтом и клиентом внес Карл Роджерс, кратко остановимся на сформулированных им критериях для сравнения терапевтических систем по характеру отношений в терапевтическом процессе.

1. Из двух людей – участников терапевтического взаимоотношения, терапевт должен быть более конгруэнтным или эмоционально здоровым, чем клиент.
2. Общение со стороны терапевта должно быть искренним.
3. Отношение со стороны терапевта должно быть, безусловно, положительно уважительным.
4. Терапевт должен проявлять эмпатию.

Согласно Роджерсу, эти и только эти условия являются необходимыми для достижения позитивного результата.

Далее, существуют такие психотерапевтические системы, как психоанализ, в которых предметом терапевтических изменений выступают сами отношения между терапевтом и клиентом. С этих позиций, важность терапевтических отношений в том, что они наполняют смыслом терапевтический процесс. Терапия направляется на межличностное поведение клиента. Изменению подвергаются взаимоотношения клиента с терапевтом, а не что-то находящееся за пределами кабинета психотерапевта.

В свете различий между указанными психотерапевтическими системами, можно обобщенно сформулировать следующее: Терапевтические взаимоотношения могут пониматься как (1) необходимое условие для изменений в терапевтическом процессе состояния клиента, (2) как собственно процесс изменений и/или (3) как подлежащее изменению содержание психотерапевтического процесса. В каждой системе существует либо (1), либо (2), либо (3) понимание того, как должны строится терапевтические взаимоотношения.

1.1.3.4. Хоторнский эффект

Психологам давно известно, что результаты деятельности людей могут улучшаться только вследствие того, что на человека обращено особое внимание. В классических хоторнских экспериментах, изучавших влияние освещения на производительность труда на промышленном предприятии (1939г.), было установлено, что производительность труда работников повышалась

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

просто в силу того, что они становились объектом внимания исследователей. Такое внимание способствует росту самоуважения.

Сходство всех психосоциальных терапий состоит в том, что терапевт уделяет клиенту повышенное внимание. Внимание – это еще один неспецифический или общий фактор, влияющий на результат психотерапии. Каждый, кто проходил терапию, может засвидетельствовать удовлетворение от того, что компетентный профессионал уделяет ему свое внимание в течение целого часа.

Исследования показывают, что внимание само по себе может вызывать улучшение психологического состояния клиента, независимо от того, применялись ли какие-либо терапевтические приемы. Например, 50% клиентов, имевших фобии публичных выступлений – боявшихся выступать перед аудиторией – обнаруживалось облегчение фобических симптомов только благодаря особому вниманию со стороны психотерапевта. Следовательно, внимание – это один из важнейших общих факторов в терапии.

1.1.3.5. Другие общие факторы.

Существует мнение, что все современные психотерапевтические системы представляют собой переработки и варианты существовавших в древности психологических процедур. Тогда можно считать терапевтическое изменение функцией от факторов, общих для всех терапевтических подходов. Эти факторы включают:

1 эмоционально заряженные доверительные отношения,
2 общая атмосфера, направленная на улучшение состояния клиента,
3 наличие объяснения или концептуальной схемы для изменения состояния клиента,
4 терапевтический ритуал.

Другие общие факторы включают:

1 терапевт должен проявлять теплоту в отношения с клиентом,
2 должна быть возможность для катарсиса,
3 усвоение и практическая обработка новых форм поведения,
4 изучение «внутреннего мира» пациента,
5 суггестия,
6 обработка межличностных навыков.

Помимо общих факторов, изучается роль специфических факторов. Так, поведенческая терапия лучше всего подходит для определенных симптомов, когнитивная терапия – для депрессии, а системная терапия – для конфликтов в браке.

1.2. Первичная интеграция процессов изменений

Как уже говорилось, количество терапий велико. Возьмем простой пример с отвыканием от курения. Подсчитано, что существует не менее 50 терапевтических систем и не менее 130 различных приемов, обеспечивающих отвыкание от курения.

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

Трансteоретическая модель позволяет свести все существующие терапевтические приемы к 10 базовым процессам изменений. В теоретической и философской области, вероятно, никогда не удастся достичь единомыслия, но процессы изменений – это средний уровень абстрагирования между всеобъемлющими теориями (такими как анализ сновидений, прогрессивная мускульная релаксация и др.). На этом среднем уровне можно найти не просто аналогии, какими являются общие факторы, а значимые точки соприкосновения между системами.

Табл. 1. Уровни абстрагирования

УРОВЕНЬ	**АБСТРАГИРОВАНИЕ**	**ПРИМЕР**
Высокий	Теория	Психоанализ, гештальт, поведенческая терапия
Средний	Процессы изменений	Развитие сознания, самоосвобождение, контробуславливание
Низкий	Практические приемы	Интерпретация, «два стула», самомониторинг

Процессы изменений можно применять как при психотерапии, так и без психотерапии и/или между терапевтическими сессиями. Существование процесса было установлено теоретически путем сравнительного анализа ведущих систем психотерапии.

1.2.1. Развитие сознания.

Одним из процессов изменений, которым овладели психотерапевты, было развитие сознания клиента. Начиная с того, как Фрейд поставил цель «сделать бессознательное сознательным», все так называемые вербальные психотерапии основаны на том, чтобы поднять уровень самосознания клиента. Вербальные терапии работают с сознанием, которое считается присущим только человеку и развившимся в результате эволюции языка. Благодаря языку и сознанию мы не реагируем непосредственно на энергию стимула. Например, если нас ударили в спину, мы не торопимся ответить тем же. Вместо этого, мы реагируем на заключенную в стимуле информацию: чья это рука – либо друг похлопал по спине, либо ударил грабитель, либо стукнул супруг. Для того, чтобы реакция была эффективной, необходимо адекватно переработать заключенную в стимуле информацию. Терапии, занимающиеся развитием самосознания, нацелены на то, чтобы индивиду стало доступным как можно больше информации. Тогда он/а станет наиболее эффективным образом реагировать на стимулы. Независимо от того, какой процесс изменений выбран и применяется, психотерапевт нацелен на то, чтобы вызвать изменения не только на уровне индивидуального опыта клиента, но и на уровне индивидуального окружения. Когда получаемая клиентом информация содержится в стимулах, порождаемых его собственными действиями, мы называем это *обратной связью*. Пример обратной связи в психотерапии: клиенту,

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

не считающему себя раздражительным и не видящего, что в раздражительности кроется причина его разлада с собственными детьми, показали видеозапись того, как он ведет себя по отношению к другим членам терапевтической группы. Клиент согласился с тем, что бывает очень раздражительным. Разумеется, в большинстве случаев невозможно эмпирически подтвердить, что интерпретация терапевтом проблемы клиента соответствует действительному положению вещей, как в случае с этим клиентом, страдавшим от собственной раздражительности, тем не менее, весьма полезно делать предположения о причинах возникновения проблем.

Когда информация, сообщаемая в ходе терапии, содержится в стимулах, порождаемых окружающими событиями, мы это называем *обучением*.

Важнейшую роль в обратной связи и в обучении в психотерапии играет информация, обращенная к тем когнитивным структурам, которые реагируют на информацию, угрожающую своей "я"-концепции. Эти защитные структуры подобны шорам или розовым очкам: они избирательно пропускают лишь позитивную информацию о себе и о мире, и игнорируют негативную. Когнитивные шоры препятствуют развитию самосознания в тех условиях, когда отсутствует обратная связь либо обучение со стороны кого-либо извне.

Поскольку развитие самосознания направлено на переработку информация когнитивные подходы к терапии можно было бы лучше назвать подходами, развивающими сознание. Термин "когнитивные процессы" может ввести в заблуждение по поводу того, что переработка информации в ходе терапии вызывает как бы только когнитивные реакции. Очевидно, что когнитивные реакции дополняются сильными эмоциональными реакциями. Например, проводилась сессия с семьей, в которой отчим бил 16-летнего пасынка, за то, что пасынок курил траву. Несколько лет подряд он читал своему пасынку лекции о вреде алкоголя и наркотиков, а тот не мог понять, почему его это волнует. В конце концов, отчим признался, что был алкоголиком и год лечился от алкоголизма. Информация такого рода является центральной в личностных конфликтах и всегда содержит в себе потенциал не только для когнитивных изменений, но и для изменений на эмоциональном и на поведенческом уровнях.

1.2.2. Катарсис.

В качестве процесса терапевтического изменения, катарсис имеет наиболее длительную историю. Эта история начинается в древней Греции. Древние греки верили, что пробуждение чувств является наилучшим способом психологического развития.

Исторически, катарсис основывается на гидравлической модели эмоций, в которой неприемлемые эмоции, такие как гнев, вина или тревожность, блокируются и не находят прямого выражения. Плотина, блокирующая эмоциональные проявления, заставляет эмоции проявляться косвенным образом, через соматизацию, например, головные боли. Терапия обеспечивает эмоциональную разрядку, энергетический резервуар опустошается, и человек освобождается от того, что вызывало соматические симптомы,

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

В другой аналогии, человек с заблокированными эмоциями, представляется находящимся в эмоциональном ступоре. Терапевтический процесс направлен на прорыв эмоциональной блокады. Обнаруживая в присутствии другого человека скрываемые стороны своего "я", клиент получает возможность относиться к сдерживаемым эмоциям как к чему-то естественному, не требующего жесткого контроля с его стороны.

Чаще всего, такой терапевтический процесс проводится на уровне индивидуального опыта: стимулы, обеспечивающие реакцию катарсиса, клиент получает из самого себя. Такая разновидность катарсиса называется *корригирующим эмоциональным переживанием*.

Мысль о том, что катартические реакции могут вызвать наблюдение за эмоциональными сценами, была высказана Аристотелем в связи с театром. Поэтому разновидность катарсиса, вызываемую внешними событиями, называют *драматической разрядкой*. Клиент, страдавший головной болью, бессонницей и другими проявлениями депрессии, при просмотре фильма Ингмара Бергмана "Сцены брачной жизни" стал рыдать. Он почувствовал, что его депрессия начинает ослабевать, потому что Бергман вдохновлял его на расторжение безнадежного брака, в котором он состоял.

1.2.3. Выбор

Значение выбора для изменения индивидуального поведения долгое время недооценивалось различными терапевтическими системами. Сам термин "выбор" не признается многими исследователями. Проблема свободы и выбора почти не обсуждалась. Многие терапевты убеждены, что клиент сделает выбор в пользу терапии, но не обсуждают, какие средства подтолкнут клиента к такому выбору.

Выбор как фундаментальный процесс изменений не обсуждался никем, кроме экзистенциалистов, поэтому сложно определить – какую функциональную роль играет выбор. Некоторые теоретики полагают, что выбор не сводим к внешним событиям, потому что такое допущение привело бы к парадоксу: индивидуальный выбор определяется внешними событиями. Человеческая деятельность рассматривается как результат свободного выбора, а кто с этим не согласен, тот не верит в то, что человек свободен. Однако, такого радикального взгляда на своих клиентов придерживаются немногие психотерапевты. Большинство уверены в том, что выбор ограничен многими условиями.

С точки зрения бихевиористов, выбор – это парциальная функция от множества альтернативных реакций, доступных индивиду. Если доступна только одна реакция – то выбор отсутствует.

С точки зрения гуманистической психологии, количество доступных реакций может радикально увеличиться, если мы будем осознавать те альтернативы, которые ранее нами не рассматривались.

Таким образом, в большинстве систем терапии, увеличение возможностей для выбора рассматривается как результат развития сознания.

Свобода выбора традиционно понимается как уникальная человеческая

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

реакция, ставшая возможной благодаря обретению сознания, возникшему из развития языка. Ответственность – это бремя, сопровождающее наше сознание того, что мы способны прореагировать тем или иным образом. Выбор и ответственность стали возможны благодаря возникновению языка и сознания, поэтому естественно, что терапевтический процесс, направленный на расширение свободы выбора, является вербальным процессом или процессом развития сознания.

Легче всего делать выбор на основе точной информации, при переработке которой осознаются последствия конкретных альтернатив. Если сообщить женщине, что таблетки, регулирующие рождаемость, приводят у всех женщин к заболеванию раком, то наилучшей альтернативой для нее стало бы следование только что переработанной ей информация. Однако, в примере с таблетками, как и во многих других жизненных ситуациях, мы не осознаем всех последствий делаемого выбора, а последствия редко бывают абсолютными. В большинстве жизненных ситуаций нет четких внешних указаний на то, чем следует руководствоваться. Выбранная альтернатива может оказаться ужасной ошибкой. Значит, наша способность делать выбор является функцией от нашей способности переживать тревогу, которая неизбежно порождается при принятии ответственных решений, последствия которых скажутся в будущем.

Примером экзистенциальной тревожности является одна студентка. Она обратилась к психотерапевту по поводу приступов паники, которые начались у нее после того, как она сообщила своим родителям о том, что беременна. Родители настаивали на том, чтобы она сделал аборт, но она и ее муж хотели родить ребенка. Оба были студентами и зависели от финансовой поддержки родителей. Ее родители сказали, что лишат ее помощи, если она оставит ребенка. Они были уверены, что с ребенком она не сможет доучиться. Она в 21 год не отделяла себя от своих родителей, считая, что родители не только контролируют ее, но и защищают. После нескольких терапевтических сессий, она осознала, что ее приступы паники отражают потребность делать выбор. Выбор для нее состоял не в том, чтобы пожертвовать ребенком ради благополучия семьи, а в том, собирается ли она и дальше жертвовать собой.

На уровне переживаний, увеличение возможностей для выбора связано с осознанием личностью новых альтернатив. Процесс осознания альтернатив связан с переживанием личностью тревоги по поводу ответственности за то, какая альтернатива будет избрана. Этот уровень расширения выбора называется движением к *самоосвобождению*. Когда в окружающем миро происходят изменения, увеличивающие количество доступных альтернатив, например, когда женщин принимают в силовые структуры, это называют движением к *социальному освобождению*. Терапевтов, занимающихся такими социальными изменениями, обычно называют адвокатами.

1.2.4. Условные стимулы

Противоположностью изменения через выбор является изменение под влиянием условных стимулов, управляющих нашими реакциями. Изменения

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

условных стимулов необходимы в двух случаях, либо, когда поведение человека управляется классическими условными стимулами (УС). Либо, когда стимулами являются особые ситуации, в которых проявляются оперантно обусловленные реакции (S^D). Когда проблемные реакции обусловлены подобными стимулами, то осознание стимулов не будет вызывать изменений, также как обусловливание не может быть преодолено за счет выбора в пользу изменения.

Возможны два пути: либо модифицирование поведения, возникающего как реакция на стимулы, либо модификация окружения таким образом, чтобы свести к минимуму вероятность возникновения стимулов. Изменение реакций на стимулы называют моделью *контробусловливания*, изменение окружения называют *управлением стимулами*. Контробусловливание – выработка противоположной реакции на стимул. Управление стимулом направлено на перестройку окружения. Например, клиент переживал тревогу и дистресс при вождении автомобиля. Когда машину начинало хотя бы слегка трясти, клиент сам начинал трястись. Клиент объяснял это тем, что однажды в машине с шумом разорвалось гибкое сочленение – приводной ремень. Поскольку проблема клиента представлялась функцией от обусловливания, было решено применить терапию контробусловливания. Но, до того как терапевтический курс завершился, клиент поменял свой автомобиль на автофургон. Поскольку автофургон не вызывал реакции тревоги, проблема клиента нашла разрешение в форме управления стимулом.

1.2.5. Контроль за вероятностями

Для многих психологов, практикующих поведенческие терапевтические системы, аксиомой является то, что поведение определяется теми последствиями, к которым оно приводит. Как нам известно, если установилась связь между стимулом и конкретной реакцией, то возрастает вероятность того, что мы прореагируем именно таким образом, возрастает. С другой стороны, если за конкретней реакцией следует наказание, то данная реакция будет маловероятной. Изменяя то, что является вероятным в поведении, можно изменять само поведение, включая психопатологии. Степень, в которой конкретные последствия управляют поведением, является функцией от многих переменных, таких как непосредственность последствий, их выраженность и порядок их наступления, С точки зрения гуманистического и когнитивно-поведенческого направлений, важной переменной, влияющей на управление поведением, является также оценивание индивидом конкретных последствий.

Управление вероятностями – это достижение изменений в индивидуальном поведении за счет модифицирования вероятностей в окружении индивида. Изменение реакций на последствия без изменения вероятности проявления реакций называется *переоценкой*.

Основные процессы изменений можно свести в таблицу 2.

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

Табл. 2. Первичная интеграция процессов изменений

	ПРОЦЕСС ИЗМЕНЕНИЙ	УРОВЕНЬ ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ	УРОВЕНЬ СРЕДЫ
Терапии развивающие сознание	Развитие самосознания	Обратная связь	Обучение
	Катарсис	Корригирующие эмоциональное переживание	Драматическая разрядка
	Выбор	Самоосвобождение	Социальное освобождение
Поведенческие терапии	Условные стимулы	Контробусловливание	Управление стимулами
	Контроль за вероятностями	Переоценка	Управление вероятностями

Процессы развития сознания, катарсиса и выбора составляют ядро традиционных вербальных психотерапий от психоанализа до гуманистической психологии. Эти школы ориентированы, прежде всего, на субъективные аспекты личности – на эндопсихические процессы (внутри). Предполагается, что интрапсихические изменения обладают большим потенциалом, чем любые воздействия извне, из внешнего окружения.

Процессы, связанные с условными стимулами и контролем за вероятностями, составляют ядро поведенческих терапий. Эти школы ориентированы на внешние средовые факторы, ограничивающие индивидуальный потенциал к интрапсихическим изменениям. Экзистенциалисты называют это объективным уровнем психики.

Приведенная в таблице интегральная транстеоретическая модель подразумевает, что увлечение только процессами развития сознания, катарсиса и выбора означала бы игнорирование факторов среды и ограничение целостной картины интрапсихическими процессами. С другой стороны, ограничение внимание только к объективным, средовым процессам означает игнорирование субъективного, внутреннего потенциала изменений. Интегральная модель предлагает синтез обоих направлений, сознания и поведения, с целью более сбалансированного представления о внешних и внутренних факторах изменений. Сочетание объективного и субъективного параметров образует более полную картину из сочетания внутренних факторов изменений и ограничений, накладываемых средой и вероятностью того или иного поведения.

1.2.6. Содержание терапии

Содержание терапевтического процесса является производным от той теории личности и психопатологии, которой руководствуется терапевт. Не следует смешивать содержание и процесс психотерапии. Между ними существует фундаментальное различие. Повышенное внимание к содержанию в ущерб процессу приводит к тому, что в результате мы получаем теорию личности, но не имеем теории психотерапии. С другой стороны, системы психотерапии без теорий личности – это только теории процесса, которые не рас-

Саратовский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского

крывают содержания терапии. Поведенческая, эклектическая, системная теории ставят во главу угла уникальность каждого отдельного случая, ограничивая тем самым формальное содержание. В адлерианской, экзистенциальной и мультикультурной терапии, которые заимствуют процессы изменений из других систем, во главу угла ставится содержание терапии. Многие терапевтические системы различаются, в первую очередь, по своему содержанию, применяя аналогичные процессы изменений. Иначе говоря, теории личности и психопатологии указывают – что нужно менять, а теории процесса – каким образом происходят изменения.

Поскольку содержательные различия между системами терапий достаточно велики, содержательный аспект с трудом поддается интегрированию. Можно предложить следующую модель содержательного синтеза психотерапевтических систем.

В большинстве систем по-разному понимаются личность, и психопатология, существуют теоретические расхождения, в том, какой уровень функционирования личности является центральным в рамках конкретного подхода. Например, проблемы личности могут пониматься как результат эндогеннопсихического конфликта. Назовем это интрапсихическими или внутриличностными конфликтами (например, конфликт между желанием независимости и страхом перед уходом из дома и началом самостоятельной жизни). В фокусе внимания других теорий находятся межличностные конфликты, например, между женой, которая любит тратить деньги, и её мужем, который любит экономить. Третья группа теорий рассматривает конфликты между личностью и обществом. Это – социальные конфликты, например, между стремлением жить согласно своим убеждениям и боязнью остракизма за свои убеждения. Наконец, все большее количество терапевтических систем отдают приоритет не конфликту, а самоактуализации.

Интегральная модель допускает, что у различных клиентов существуют дисфункции, вызванные конфликтами на различных уровнях функционирования личности. У кого-то это внутриличностные конфликты, у кого-то – межличностные, у кого-то – конфликты с обществом. Некоторые клиенты сумели решить свои проблемы, вызванные наличием конфликтов, и обращаются к психотерапевту для того, чтобы полнее реализовать себя в жизни.

Поскольку проблемы клиентов обнаруживаются на разных уровнях функционирования, то удобно сравнивать системы по уровням. На внутриличностном уровне любая терапия обращена к тревожности, механизмам защиты, самоуважению. На межличностном уровне рассматриваются проблемы общения, коммуникации, агрессивности и управления. На индивидуосоциальном уровне дилемма адаптации/трансцендирования и управление импульсивностью. На уровне самореализации – сравниваются терапевтические подходы к фундаментальным вопросам смысла жизни, какое идеальное "я" должно получиться в результате терапии. В зависимости от различных уровней личности, все терапевтическое содержание можно свести в таблицу 3.

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

Табл. 3. Терапевтическое содержание

1. Внутрипсихические. конфликты
   а. Тревожность и защиты
   б. Проблемы самоуважения
   в. Ответственность личности
2. Межличностные конфликты
   а. Интимность, близкие отношения
   б. Коммуникация
   в. Агрессивность и враждебность
   г. Управление другими людьми
3. Социальные конфликты
   а. Адаптация/трансцендирование
   б. Контроль импульсивности
4. От конфликта к самореализации
   а. Смысл жизни
   б. Идеальное «я»

Ведутся дебаты по поводу того, следует ли считать проблемы сексуальности, аддиктивности и брака внутриличностными или межличностными конфликтами, Кроме того, в любой теории личности все проблемы будут сведены к тому уровню личности, который эта теория считает важнейшим. Поэтому на практике для терапии проблем, связанных с конкретным уровнем личности, лучше всего подойдет та система психотерапии, в которой теория личности обращена к этому конкретному уровню. Теория личности определяет количество людей в кабинете консультанта и фокус терапевтической транзакции. Теории, обращенные к внутриличностному уровню, предполагают, что терапевт и клиент должны быть наедине. Если теория нацелена на межличностный уровень, то участников конфликта бывает не менее двух, а иногда более. Терапии, обращенные к индивидуо-социальным конфликтам, обращены к изменению личности, если терапевт придерживается ценностей общества.

Вопросы для самоконтроля к теме 1 «Интегрирующий подход к психотерапии»

1. Насколько стремительно увеличивалось количество направлений в психотерапии на протяжении последних десятилетий?
2. С какой целью необходимо провести сравнительный анализ огромного количества психотерапевтических систем?
3. Какого понимания каждой отдельной системы психотерапии требует сравнительный анализ? Что это означает?
4. На что направлен интегральный подход к психотерапии? Почему?
5. Что выступает критерием для сравнения различных систем психотерапии? Назовите и охарактеризуйте все критерии.
6. Сформулируйте определение психотерапии. Почему это определение представляется нейтральным?
7. Что понимается под теорией в научном употреблении?

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

8. Что описывает психотерапевтическая теория?
9. Вокруг какого стержня формируются все терапевтические системы?
10. Зависит ли результат психотерапии от того, какая система применяется? Почему?
11. Назовите общие терапевтические факторы. Сколько всего их выявлено?
12. Чем может объясняться успех в половине опубликованных результатов психотерапий?
13. Что представляют собой терапевтические взаимоотношения с точки зрения различных когнитивных терапий?
14. Почему терапевтические отношения в психоанализе не отражены на представленном континууме?
15. В чём заключается Хоторнский эффект? В чём его значение для психотерапии?
16. На чём основаны все так называемые вербальные психотерапии?
17. На что нацелены терапии, занимающиеся развитием самосознания?
18. Как определить обратную связь?
19. Как определить обучение?
20. Какая информация играет важнейшую роль в обратной связи и в обучении в психотерапии?
21. Как определить корригирующее эмоциональное переживание?
22. Как определить драматическую разрядку?
23. Как определяется выбор в бихевиоризме и в гуманистической психологии?
24. Как определить самоосвобождение?
25. Как определить социальное освобождение?
26. Как определить контробусловливание?
27. Как определить управление стимулами?
28. Как определить управление вероятностями?
29. Что называется в психотерапии переоценкой?
30. Что называют экзистенциалисты объективным уровнем психики?
31. В чём отличие содержания психотерапии от процесса психотерапии?

Тема 2. Психоаналитическая терапия

2.1. Классический психоанализ: теория личности, теория психопатологии, теория терапевтических процессов.

2.1.1. Теория личности

Теория личности, разработанная Фрейдом, сложна также как личность ее создателя. Фрейд рассматривал личность в шести различных аспектах:

- ❖ топографический аспект: соотношение сознания и бессознательного,
- ❖ динамический аспект: взаимодействие психических сил,
- ❖ генетический аспект: возникновение и развитие психических явлений по стадиям
  - ✓ оральная,

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

- ✓ анальная,
- ✓ фаллическая,
- ✓ латентная и
- ✓ генитальная стадии

❖ экономический аспект: распределение, преобразование и расход энергии,

❖ структурный аспект: сочетание в личности функциональных единиц

- ✓ оно,
- ✓ я и
- ✓ сверх-я,

❖ адаптивный аспект (намечен Фрейдом и разработан Хартманом) предполагает врожденную способность индивида к взаимодействию с нормальным и предсказуемым окружением.

Мы будем рассматривать, прежде всего, динамический, генетический и структурный аспекты личности.

Фрейд считал основными динамическими силами, формирующими мотивацию личности, Эрос (жизнь и секс) и Танатос (смерть и агрессия). Эти взаимно дополняющие друг друга силы являются инстинктами, имеющими соматическую основу и проявляющимися в фантазиях, желаниях, чувствах, мыслях и наиболее непосредственным образом в поведении. Индивид постоянно желает немедленного удовлетворения сексуального и агрессивного импульсов. Требование немедленного удовлетворения вступает в конфликт с социальными нормами, предусматривающими необходимость управления сексом и агрессией для того чтобы социальные институты, такие как семья, оставались стабильными. Личности приходится вырабатывать защитные механизмы внутрипсихического контроля для обуздания сексуального и агрессивного импульсов. Без этих защитных механизмов не могло быть цивилизации.

Развитие защитных механизмов стоит на пути осознания основных внутренних желаний: насиловать и уничтожать. Предполагается, что, поскольку человек не может осознавать этих желаний, он не может, по крайней мере, явно им следовать. Защиты помогают человеку избежать опасности наказания за нарушение социальных норм. Защиты также оберегают человека от переживания тревоги и вины, которыми сопровождается нарушение социальных норм. Для того, чтобы защиты действовали адекватно, человек не должен сознавать сами механизмы, удерживающие сексуальный и агрессивный импульсы от проникновения в сознание. Это подобно тому, как спрятать что-либо от трехлетнего ребенка который знает, что вы что-то спрятали – он будет вам надоедать расспросами.

Ядром личности, по Фрейду, является бессознательный конфликт между сексуальным и агрессивным импульсами, социальными нормами, направленными на управление этими импульсами, и защитными механизмами личности, управляющими этими импульсами таким образом, чтобы свести к минимуму тревожность и чувство вины, обеспечивая удовлетворение этих импульсов каким-нибудь косвенным и безвредным способом.

Саратовский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского

Различие между нормальной и невротической личностью состоит в степени интенсивности бессознательного конфликта. Когда бессознательный конфликт становится слишком интенсивным и болезненным, а действие защитных механизмов ограничивается, начинают проявляться невротические симптомы.

Каждый человек переживает бессознательный конфликт. Индивидуальные различия связаны с различиями в конкретных импульсах, нормах, тревогах и защитах, задействованных в конфликте. Защиты зависят от конкретной стадии жизни, на которой возникает конфликт. С точки зрения Фрейда, жизненные стадии определяются в зависимости от развития сексуальности, Фрейд выделял оральную, анальную, фаллическую, латентную и генитальную стадии. Межличностные различия определяются различиями в переживаниях на каждой стадии.

2.1.1.1. Оральная стадия

В течение первых 18 месяцев жизни ребенка сексуальные желания сосредоточены вокруг оральной области. Наибольшее удовольствие доставляет ребенку сосание чего-либо приятного, например, груди. Пассивное восприятие орального удовлетворения соответствует орально-пассивной фазе, а стремление к более активному оральному удовлетворению соответствует орально-агрессивной фазе. Сосание груди, бутылочек, засовывание в рот игрушек, пальцев рук и ног, гуление – это все проявления того, что ребенок получает оральное удовлетворение»

У ребенка существует интенсивная орально-сексуальная потребность, но для получения адекватного орального удовлетворения, нужно чтобы родители давали ребенку грудь или бутылочку, поэтому ребенок в удовлетворении орально-сексуальной потребности зависит от родителей. То, каким образом родители удовлетворяют орально-сексуальную потребность ребенка, отражается впоследствии на его личности. Депривация или потакание (орально-пассивная) потребности ребенка по-разному проявляется в том, когда ребенок созревает для перехода от оральной стадии к последующим стадиям развития. Депривация – лишение орального удовлетворения – формирует фиксацию на оральной стадии: энергия направляется на поиск орального удовлетворения, которое было в дефиците в детском возрасте. При излишнем потакании (орально-активная) также может происходить Фиксация на оральной стадии, энергия направляется на то, чтобы до бесконечности повторять те условия, которые вызывали удовлетворение. В обоих случаях фиксация формирует оральную личность, характеризующуюся такими биполярными чертами, как оптимизм/пессимизм, доверчивость/подозрительность, самомнение/самоуничижение, манипуляторство/пассивность и восхищение/зависть.

Потакание оральной потребности со стороны родителей формирует у ребенка превербальный образ мира и себя, соответствующий левой половине в каждой паре черт. Оптимизм происходит из представления о том, что все великолепно и нет никаких причин думать, что дальше будет по-другому.

Доверчивость проистекает из раннего опыта того, что получаемое от лю-

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

дей хорошо. Самомнение рождается из чувства превосходства над родителями. Манипуляторство происходит из того, что ребенок способен получить от родителей то, что захочет. Восхищение происходит из представления о том, что другие люди такие же хорошие, как я сам и мои родители.

С другой стороны, депривация рождает пессимизм: человек с детства не надеется получить то, что ему нужно. Подозрительность происходит из того, что, если родителям нельзя доверять, то поверить нельзя практически никому. Самоуничижение возникает из мысли о том, что раз родители недостаточно внимательно обо мне заботились, значит, я ужасен. Пассивность происходит из осознания того, что как не кричи, родителям все равно. Зависть рождается из стремления иметь такие черты личности, чтобы другие смогли тебя полюбить и оказывали бы тебе внимание.

Помимо перечисленных черт, фиксация на оральной стадии располагает к выработке более примитивных защит в ситуациях угрозы либо фрустрации.

- Отрицание – после того, как ребенок не докричался до родителей и не получил удовлетворения оральной потребности, ему остается только закрыть глазки и заснуть. На когнитивном уровне отрицание представляет собой отвлечение внимания от угрожающих сторон мира и самого себя.
- Проекция – берет качало в выплевывании ребенком всего нехорошего. На когнитивном уровне проекция - это нахождение в окружающем мире нехороших аспектов себя.
- Интроекция (включение) на телесном уровне – прием пищи и жидкости, которые становятся частью себя. На когнитивном уровне - включение образов других людей в образ самого себя.

На оральной стадии в удовлетворения собственных потребностей дети зависят от других людей. Поэтому люди, фиксированные на оральной стадии, испытывают особую тревожность при разлуке с близкими людьми. Оральные личности волнуются по поводу того, что любимые люди узнают, какие они на самом деле эгоистичные и несамостоятельные, в этом случае они уйдут или разлюбят. С возрастом они научаются лучше управлять своим желанием того, чтобы о них заботились, чтобы их кормили и любили, лишь бы не оставаться в одиночестве. Потому они научаются отрицать или проецировать свои нарциссические желания, хотя в глубине души они сохраняют стремление пассивно получать, ничего не давая взамен, либо агрессивно брать то, что им не принадлежите

Оральная личность, у которой развиты перечисленные защиты – это не патология, это просто незрелый человек, как все личности, фиксированные на уровнях ниже капитального. Одни люди оптимистичны, доверчивы и самоуверенны, они отрицают наличие недостатков, у себя и у других, но никто не считает их за это патологическими личностями. Есть много людей, считающих, что умный человек должен быть подозрительным, которые не ждут многого от этого мира, а других людей считают эгоистичными манипуляторами. Этих людей тоже никто не считает патологическими личностями.

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

2.1.1.2. Анальная стадия

Анальная стадия соответствует возрасту от 18 месяцев до 3 лет. Трудно себе представить, что анус может быть источником чувственного удовлетворения. Но, как сказал один клиент, страдавший запорами, опорожнение ануса – это лучший день любого месяца.

Дети в этом возрасте уже понимают, что в обществе существуют определенные стандарты чистоты. До этого возраста ребенок не связан никакими ограничениями, а теперь общество в лице родителей требует, чтобы он сам управлял своим кишечником.

Фиксация на анальной стадии происходит, опять-таки, когда люди, ухаживающие за ребенком, либо слишком требовательны, либо слишком попустительствуют ребенку. Фиксация на анальной стадии формирует следующие биполярные черты: скупость/щедрость, замкнутость/общительность, упрямство/ сговорчивость, организованность/безалаберность, чистоплотность/неряшливость, пунктуальность/склонность к опозданиям, стремление к точности/ стремление к неопределенности (нерешительность, рассеянность).

Излишне требовательные родители стараются приучить ребенка к туалету побыстрее. В этом случае анальная фиксированность личности характеризуется стремлением к сдержанности. Они сдержанны в отношении денег (скупость), в своих чувствах (замкнутость), в своих поступках (упрямство) Ребенок ожидает наказания за то, что он недостаточно организован, чистоплотен, пунктуален и точен в своих поступках.

Когда родители слишком потакают своему ребенку, формируется анально фиксированная личность, легко относящаяся к деньгам (расточительность), к проявлению чувств (импульсивность), к тому, чтобы принимать волевые решения (покладистость). Такой человек безалаберный, неряшливый, опаздывает и не интересуется подробностями (нерешительность, рассеянность).

Конфликты в течение анальной стадии предопределяют формирование особых защит. Формирование реакции - переживание того, чего на самом деле чело веку хочется, первоначально формируется как реакция на то, чтобы быть очень чистым и аккуратным, как того требуют родители, в противовес анальному желанию быть неряшливым.

- Замещение – неприемлемых желаний или поступков и удовлетворение их нравственно приемлемыми способами.
- Изоляция – разделение мысли и порождаемого ей переживания, возникает как следствие того, что ребенок думает об анальной пункции как о механическом акте, а не об инстинкте.
- Интеллектуализация – процесс нейтрализации эмоционально нагруженных переживаний за счет интеллектуальных или логических рассуждений, частично соответствует рассуждениям по поводу того, что регулярное опорожнение кишечника благоприятно для гастрокишечной системы.

При помощи этих защит анальные личности управляют анальными желаниями. Анальная личность, у которой выработаны все эти защиты, считается незрелой, но не патологической. Анальные люди склонны гордиться

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

своей аккуратностью и точностью, и даже вызывают этими качествами восхищение со стороны окружающих.

2.1.1.3. Фаллическая стадия

В возрасте от 3 до 6 лет сексуальные желания сосредоточены на гениталиях. У детей появляется интерес к противоположному полу, они начинают играть в больницу: осмотр врачом пациента в ходе игры позволяет удовлетворить сексуальное любопытство.

Конфликт вызывают не генитальные желания сами по себе, поскольку они могут быть удовлетворены в игре, а объект этих желаний - родитель противоположного пола. Основные понятия, которыми Фрейд описывал фаллическую стадию, Эдипов комплекс и страх кастрации (для мальчиков). Трудно объяснить, почему объектом желания девочки становится отец –ближе ей мать, которая удовлетворяет инстинктивные желания и сыновей, и дочерей на предшествующих стадиях.

Фиксированность на фаллической стадии порождается либо излишней требовательностью, либо излишним попустительством со стороны родителей. Формируются следующие биполярные черты: тщеславие/ненависть к себе, гордость/ покорность, элегантность/безыскусственность, кокетство/застенчивость, общительность/замкнутость, дерзость/сдержанность.

Когда родители обделяют любовью ребенка противоположного пола, мало их целуют и обнимают, Формируется примерно такой образом «я»: «Наверное, во мне нет ничего привлекательного, раз родитель меня не целует и не обнимает. Зачем кокетничать, проявлять дерзость, элегантно одеваться, чем вообще можно в себе гордиться, если противоположный пол мной не интересуется?» Если родители ведут себя иначе, то формируется тщеславие: наверное, что-то во мне есть, раз папа предпочитает меня маме. Кокетство, элегантность, дерзость – все это способствует формированию представления о себе как о самом привлекательном человеке в мире.

Поскольку ребенку приходится защищаться от наложенного обществом табу на инцест, основной зашитой на фаллической стадии является подавление. Импульс не допускается в сознание, но обуздывать его может только бессознательная защита.

2.1.1.4. Латентная стадия

В классической психоаналитической теории новые формы сексуальности на латентной стадии не возникают. На латентной стадии преимущественно подавляются догенитальные желания. Фрейд не ассоциировал с латентной стадией никакого нового развития личности, полагал, что догенительное развитие личности должно завершиться к 6 годам. Латентный период – это затишье между конфликтами догенитальных стадий и бурей, которая возникает в подростковом возрасте – начале генитальной стадии.

2.1.1.5. Генитальная стадия.

Согласно теории Фрейда, переход к генитальной стадии невозможен без

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

конфликта между инстинктивными желаниями и социальными ограничениями. У одних людей происходит фиксация либо на оральной, либо на анальной, либо на фаллической стадии в результате формируется соответствующий тип личности. Другие люди испытывают конфликт на каждой из этих стадий, в результате формируется смешанная личность, представлявшая собой комбинацию черт и защит, характерных для каждой стадии, Но для того, чтобы стать зрелой генитальной личностью, нужно подвергнуться психоанализу. Поскольку генитальная личность является идеальной целью психоанализа, мы вернемся к её рассмотрению в связи с проблемой идеального "я" в психоанализе.

2.1.2. Теория психопатологии

В силу неизбежных конфликтов и фиксаций на прегенительных стадиях, все личности являются незрелыми. В силу незрелости личности, каждый человек уязвим перед лицом психопатологии. И уязвим тем более, чем ранее произошли конфликты и фиксация, потому что на ранних стадиях формируются менее зрелые зашиты. Кроме того, чем интенсивнее конфликты на догенитальных стадиях, тем более уязвимым для психопатологии оказывается человек, потому что он больше энергии расходует на то, чтобы защититься от импульсов догенитальных стадий. Соответственно, меньше энергии остается на противодействие стрессам и конфликтам во взрослом периоде жизни. Выраженные оральные, анальные, фаллические и смешанные личности могут не подвергаться патологии до тех пор, пока не возникнут стрессогенные обстоятельства.

Такие стрессогенные обстоятельства, как смерть любимого человека, болезнь, вступление в брак стимулируют импульс, который обычно контролируется людьми. На бессознательном уровне реакцией на стрессор является повторное переживание уже пережитого в детстве, например, отвержения родителем или желание табуированного секса. Возникает паника по поводу того, что обуздываемый импульс может выйти из-под контроля, что наступит то наказание, которого вы боялись всю свою жизнь, например, разлука с любимым человеком или кастрация. Паника возникает и в силу того, что под угрозой распада оказывается личность человека. В теории Фрейда личность – это неустойчивое равновесие между чертами и защитами, позволяющее удерживать импульсы и тревожность на безопасном уровне. Возникает страх того, что моя личность разрушится, страх оказаться во власти детских инстинктов и страхов. Человек на бессознательном уровне переживает все те же конфликты, которые повлияли в детстве на формирование его личности, а теперь угрожают интегральной целостности личности.

Перед лицом угрозы дезинтеграции человеком движет мотив израсходовать столько энергии, сколько потребуется, для того, чтобы не допустить проникновения импульсов в сознание. В результате защиты могут принять патологический характер. Например, замужняя женщина, которой предлагают адюльтер, а она сама испытывает интенсивное желание табуированного секса, будет подавлять это желание. Вскоре она полностью утомится, и у нее об-

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

наружатся симптомы неврастении, но теперь она может, по крайней мере, ответить согласием на предложение. Несмотря на то, что теперь она будет постоянно жаловаться на усталость, утомление для нее лучше, чем ужас следования своим детским желаниям. Женщина, у которой отсутствует фиксация на табуированном сексе, просто отклонит предложение или примет, если оно этого заслуживает.

При избыточной реакции личности на происходящие в жизни события до такой степени, что возникают симптомы, с точки зрения психоаналитиков, симптомы представляют собой защиты от нежелательных импульсов и от детской тревожности. Во многих случаях симптомы также служат косвенным выражением неприемлемых желаний человека. Когда симптомы выступают одновременно защитами от неприемлемых импульсов и косвенным выражением неприемлемых желаний, они вдвойне трудно поддаются изменению. Вторичные преимущества, обеспечиваемые симптомами, такие как повышенное внимание со стороны любимых людей и врачей еще более затрудняют изменение симптомов.

Следует различать первичный и вторичный процессы мышления. Первичное мышление аналогично. Логическое суждение представляет собой рассуждение, основанное на субъекте-подлежащем: (1) Все люди смертны, (2) Сократ – человек, (3) Сократ смертен. В первичном процессе мышления рассуждения строятся на основе предикатов-сказуемых: (1) Снег идет зимой, (2) Сейчас зима, (3) Значит сейчас идет снег.

Когда человек реагирует на бессознательном уровне, рассуждения не имеют систематического характера. Первичное мышление является алогичным автоматически. Первичное мышление является также вневременным, без разграничения прошлого, настоящего и будущего. Не делается различий между зимой сейчас и зимой 10 лет назад. На бессознательном уровне все происходит сейчас и действуют все те же импульсы и тревоги, что и 10 лет назад. Первичный процесс также характеризуется сжатостью: энергии, связанные с комплексом представлений, фокусируются на одном представлении.

Ещё одной характеристикой первичного процесса является замещение: энергии смещаются от очень значимых идей к более нейтральным. Первичный процесс мышления является также символическим: когда часть выступает заменителем целого, любой элемент события символизирует собой все событие. Например, название места, где произошло травмирующее событие, символизирует все чувства, пережитые в связи с этим событием.

Замещение – смещение энергий от значимых событий к нейтральным: гнев на любимого человека за то, что он умер, направляется на нейтральных людей, например, на медицинский персонал больницы.

Наконец, первичное мышление имеет выраженное содержание и латентное содержание. Выраженное содержание находится в сознании, это лишь малая часть скрытого, латентного смысла событий. Итак, первичное реагирование является алогичным или иррациональным.

Если суть психопатологии заключена на бессознательном уровне, и если человек не осознает психологического значения травмирующих событий,

Саратовский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского

обуздываемых импульсов, тревожности, готовой перерасти в панику, защитного характера симптомов, то каким образом можно помочь человеку?

2.1.3. Теория терапевтического процесса

По мнению Фрейда, лишь один процесс мог обеспечить успешный перевод бессознательного в сознание. Прежде, чем мы сможем реалистично реагировать на события, мы сначала должны осознать то, каким образом наши патологические реакции вызываются бессознательным, первичным процессом объяснения происходящих событий. Чтобы избавиться от симптомов, мы должны осознать то, что мы сопротивляемся свободному проявлению симптомов, потому что симптомы и защищают нас, и обеспечивают частичную разрядку неприемлемых импульсов. Мы должны постепенно признать то, что наши импульсы не так опасны, как мы думали, когда были детьми, что мы могли бы применять более конструктивные защиты, для того, чтобы держать наши импульсы под контролем. А для этого человек должен стать более зрелым в проявлении своих инстинктов. Наконец, для того, чтобы предотвратить рецидивы в будущем, нужно при помощи сознательных процессов избавиться от прегениальных фиксаций. Это обеспечит развитие зрелого, генитального уровня функционирования личности. Такое радикальное развитие сознания требует значительных усилий и от терапевта, и от клиента.

2.1.3.1. Развитие сознания.

2.1.3.1.1. Работа клиента

Прием свободных ассоциаций представляется простым – просто говорить первое, что приходит в голову. Когда клиент освобождает свое сознание от защит, то ассоциациями управляют инстинкты. Поскольку инстинкты являются источником энергии, инстинкты всегда стремятся прорваться в сознание, следовательно, клиент высказывает те мысли, чувства, фантазии и желания, которые ассоциированы с инстинктами. Но вся прежняя жизнь научила человека тому, что такое прямое, бесконтрольное выражение инстинктов опаснее всего. В то время, когда у клиента сформировались симптомы, он понял, что ослабление защит может привести к патологии. И сейчас, когда клиент лежит на кушетке, он не может полностью избавиться от действия защит. Чтобы помочь клиенту преодолеть свой страх перед тем, что, ослабив защиты, он сделается беззащитным, аналитик должен установить рабочий альянс с той частью эго клиента, которая хочет избавиться от страдания и верит в то, что аналитик обеспечит избавление. Благодаря такому альянсу, клиент способен в деталях вспомнить свои сны и детские воспоминания, даже если от этого импульсы станут более угрожающими.

2.1.3.1.2. Работа терапевта

Работа терапевта начинается с оценивания клиента и с определения того, является ли он, а подходящим кандидатом для психоанализа. Психоанализом безнадежно заниматься людьми, не осмеливающимися оторваться от реаль-

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

ности неспособными вернуться к реальности: это шизофреники, маниакально-депрессивные, шизоиды, пограничные личности. Они все не годятся для классического психоанализа. Если психоанализ проводится, то терапевт применяет процедуры: конфронтация, разъяснение, интерпретация и проработка. Эти процедуры применяются для анализа сопротивления клиента свободным ассоциациям и перенесению – отвлечению клиента от инстинктивных желаний и переключение этих желаний на психотерапевта.

2.1.3.1.2.1. Конфронтация и разъяснение

Первые две процедуры, по сути, представляют собой обратную связь. При аналитической конфронтации терапевт должен убедиться в том, что клиент осознает те конкретные поступки и переживания, которые анализируются. Например, при конфронтации конкретного проявления перенесения, аналитик сообщает клиенту следующую обратную связь: "Мне кажется, вы на меня злитесь" или "Мне кажется, что вы испытываете сексуальные чувства в отношении меня".

Разъяснение часто смешивают с конфронтацией. Па самом деле, разъяснение – это более точная и детализированная обратная связь. Например, при конфронтации терапевт сообщает клиенту: "Мне кажется, вы меня ненавидите″. При разъяснении, уточняются подробности. Пациент разъясняет терапевту подробности: Я бы вас смял, растоптал, превратил в мягкую массу, потом съел бы эту массу, как ел эту противную овсянку, которую мать готовила мне в детстве, потом испражнился бы этой вонючей жижей. Терапевт уточняет: А что бы вы сделали с этой вонючей жижей? Клиент: закопал бы, чтобы вы были там, где сейчас моя мать.

2.1.3.1.2.2. Интерпретация

Интерпретация самая важная аналитическая процедура. Конфронтация и разъяснение – это только подготовительные процедуры перед интерпретацией. Интерпретировать собственно и означает делать бессознательное сознательным. Говоря точное, интерпретация означает осознание бессознательного смысла, источника, истории и протекания конкретного психического события. При интерпретации аналитик применяет собственное бессознательное, эмпатию, интуицию и теоретические знания. При интерпретации мы отходим от того, что можем наблюдать непосредственно, и устанавливаем смысл и причинность психологического явления.

Интерпретация – это больше, чем обратная связь с клиентом. Смысл и причинность психологического явления, по крайней мере, частично, устанавливаются на основе психоаналитической теории. Поэтому информация сообщается клиенту в зависимости от смысла и причинности его реакций показательна с точки зрения того, как в психоанализ объясняются люди и их проблемы. Эта информация персонализирована применительно к клиенту, и в этом отношении представляет собой обратную связь. Через интерпретацию клиент учится видеть, что его осознаваемые переживания обусловлены бессознательными процессами, их взрослое поведение обусловлено детскими

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

переживаниями. Аналитик – это как бы родитель клиента или другая значимая фигура из прошлого. Правильность интерпретации проверяется по реакции клиента. Если клиент достигает инсайта – то есть, если у него наступает когнитивное и эмоциональное пробуждение в отношении прежде скрытых аспектов своего "я", то аналитик получает подтверждение правильности своей интерпретации. Самым важным критерием правильности интерпретации является изменение состояния клиента к лучшему.

Основная проблема в том, что изменение состояния клиента – это медленный и постепенный процесс. Во-первых, аналитик и пациент должны интерпретировать повторяющееся сопротивление клиента осознанию тех угроз, которые исходят из психики самого клиента. Клиент не приходит на встречи; опаздывает, неожиданно выздоравливает и хочет бросить терапию, хочет бросить потому, что ему лучше не становится, не может вспомнить свои сны и находит еще миллион поводов, чтобы не ослаблять защиты. Благодаря интерпретациям сопротивление постепенно ослабевает. В присутствии терапевта клиент начинает давать волю удерживаемым инстинктам. Эти инстинкты направляются на терапевта. Фрустрированные агрессивный и сексуальный импульсы требуют удовлетворения, и клиент пытается получить удовлетворение от терапевта. Постепенно развивается невротическое перенесение, в котором клиент заново переживает все значимые человеческие взаимоотношения, начиная с детства. В течение недель или месяцев терапевт воспринимается как мать, которой нет дела до клиента, как отец, который хочет соблазнить клиента, как прекрасный и мудрый родитель, неспособный сделать ничего дурного, как полный идиот, всегда всё делающий не так. Реакции сопротивления свидетельствуют о наличии сильного интенсивного сопротивления: для чего развивать свое сознание, если можно просто вздуть терапевта или вообще ничего не делать рядом с таким мудрым и заботливым родителем? Болезненно, через неоднократные интерпретации клиент должен осознать, что эти интенсивные чувства и импульсы исходят из него самого и отражают пережитые им прегенитальные конфликты.

2.1.3.1.2.3. Проработка

Проработкой называется медленная и постепенная разработка тех догадок, на которые наводит неоднократная интерпретация сопротивления и перенесения. На этом последнем и самом длительном этапе психотерапии клиент остро сознает многие сбои защитные маневры, включая симптомы. Клиент однозначно сознает те импульсы, от которых он пытается защититься, и то, что проявления этих импульсов многообразны, включая симптомы. Клиент сознает, что ему не нужно бояться этих импульсов, как он боялся их с детстве, потому что в отношениях перенесения эти импульсы были выражены словесно, и клиента не кастрировали, не отвергли. Постепенно клиент сознает, что есть более зрелые способы управления инстинктами, дающие удовлетворение без переживания вины или тревоги. Постепенно клиент овладевает этими новыми способами, отбрасывая незрелые защиты и симптомы. Применение новых защит и радикальное развитие сознания рассматриваются фрей-

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

дистами как подлинные структурные изменения личности. Энергия, прежде связанная конфликтами на прегенитальных стадиях, становится доступной более зрелому эго клиента.

2.1.3.1.2.4. Другие процессы

Большинство психоаналитиков согласны с тем, что корригирующие эмоциональные переживания могут привести к временному облегчению симптомов, особенно при травматических неврозах. Однако, катарсис, даже если и применяется аналитиком, не считается частью аналитического процесса. В психоанализе существует только один фундаментальным процесс изменений, и он состоит в развитии сознания, все стадии анализа являются частью этого процесса.

2.1.4. Терапевтическое содержание

2.1.4.1. Внутриличностные конфликты

Очевидно, что психоанализ сконцентрирован на внутриличностные конфликтах, но его центральным объектом выступают внутрипсихические конфликты импульсов, тревожности и защит. Проблемы могут существовать на межличностном уровне, но возникновение и разрешение проблем возможно только через каждого в отдельности интрапсихического конфликта,

2.1.4.1.1. Тревожность и защиты

Мы уже рассматривали тревожность, вызванную угрозой разлуки или кастрации. Фрейдисты также постулируют первоначальную тревожность, которая вызывается родовой травмой из-за переизбытка стимулов. Первоначальная тревожность – это телесная база для паники, которая у взрослого представляет собой страх быть перегруженным инстинктивными стимулами. Моральная тревожность или вина – это угроза, происходящая из-за распада интернализированных норм и правил.

В психотерапии, тревожность – это то, что мотивирует поиск человеком разрядки. Проводя терапию, аналитик не должен слишком быстро обнажать импульсы, иначе у клиента возникнет паника и либо он прекратит заниматься терапией, либо у него может развиться психоз на почве паники. Тревожность клиента – это основная причина того, что терапия продвигается медленно. Незрелое его клиента не может противостоять высокому уровню тревожности.

Защиты или сопротивление, как их еще называют, это половина содержания психоанализа. Любая форма поведения при проведении психотерапии может быть истолкована как защитная: когда клиент говорит слишком быстро или слишком медленно, говорит много, или говорит мало, позитивно относится к терапевту или враждебно относится к терапевту, сосредоточен на деталях или избегает деталей. Поэтому у аналитика всегда есть материал для анализа. Все дело в том, какие именно защиты применяет клиент для оказания сопротивления: пропускает сессии или не может вспомнить свои сны. Задача аналитика не в том, чтобы снять все защиты, а в том, чтобы заменить не-

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

зрелые и искажающие защиты более зрелыми, реалистичными и удовлетворяющими потребности клиента защитами.

2.1.4.1.2. Самоуважение

Самоуважение не образует сколько-нибудь значимой содержательной области в психоанализе. Воспринимается как само собой разумеющееся то, что у клиентов обязательно будут конфликты на почве самоуважения. У некоторых клиентов самоуважение нереально низкое – это оральные личности, продолжительное время пребывающие в состоянии самоуничижения, либо фаллические личности, чувствующие себя обойденными вниманием противоположного пола. У других – нереально высокое самоуважение, это опять оральные либо фаллические личности. Личности, фиксированные на догенитальных стадиях, в принципе не могут хорошо относиться к себе до тех пор, пока ими управляют детские желания эгоистичной заботы о себе со стороны других, агрессивного доминирования над другими или нарциссическое самолюбование и желание соблазнять. Однако, отсутствие подлинного самоуважения – не причина, а результат внутриличностных проблем, и аналитик не обращается непосредственно к самоуважению клиента. Клиенту необходима операция по пересадке личности. Клиенту требуется помощь по сознательной перестройке своей личности, обеспечивающая более генитальный уровень функционирования. Только тогда клиент обретет стабильное самоуважение.

2.1.4.1.3. Ответственность

О какой индивидуальной ответственности может идти речь в такой детерминистской системе, как психоанализ? Аналитик рассчитывает на ответственность клиента в оплате счета, в посещении сессий от 3 до 6 раз в неделю, в том, что сообщаемые клиентом ассоциации будут как можно более свободными. Но теоретически в психоанализе нет свободы и нет выбора, поэтому не может быть индивидуальной ответственности клиента. Разве можно говорить об ответственности за любой поступок, от убийства и изнасилования до неоплаты счета, если все поступки детерминированы бессознательными конфликтами и фиксациями на догенитальных стадиях? По этой причине критики утверждают, что Фрейд избавил мир от генерации невротиков, заменив ее генерацией психопатов.

Фрейд был детерминистом, однако, созданное им учение – это психология свободы. Психический детерминизм Фрейда состоит в том, что ни одно событие в психическом универсуме не происходит без причины, у любого психического события или психического состояния имеется своя причина. В психологическом мире нет ничего случайного. Психоанализ предназначен для того, чтобы мы осознали подавляемые конфликты и психические защити, и освободились от тирании бессознательного.

2.1.4.2. Межличностные конфликты.

2.1.4.2.1. Интимность и сексуальность

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

Интимность как общение двух людей друг с другом такими, какие они есть на самом деле, в принципе невозможна для незрелой личности. Проблема интимности – это, во многом, проблема перенесения. Отношение догенитальной личности к другому человеку не может строиться на том, каков другой человек на самой деле. Отношение искажается детскими представлениями о людях. По утверждению Пиаже, межличностный опыт, полученный в самом раннем детстве, в общении с родителям, приводит к созданию интернализированных схем, в которых заключены примитивные представления о людях. Любой новый опыт личности ассимилируется созданными схемами через избирательное внимание к поступкам другого человека.

Пиаже полагал что, детские схемы представлений о людях подвержены аккомодации нового опыта. Фрейдистская концепция фиксации предполагает, что догенитальные личности не развивают своих схем представлении о других людях. Незрелые личности искажают свое восприятие других людей таким образом, чтобы представления о других людях вписывались в интернализированные схемы. Например, если у человека сложилось представление о том, что людям нельзя доверять и следует ждать от них только отвержения, такой человек будет придавать значение любому поводу к недоверию и любому проявлению отвержения, и считать это подтверждением того, что новый знакомый такой же, как все другие люди, которых он знал с момента рождения.

Тщательный психоанализ – это единственный путь, позволяющий таким людям выйти на более зрелый уровень, когда каждый человек будет восприниматься как уникальный и оцениваться по тому, что он собой представляет. Только полное осознание того, что в прошлом наши отношения были искажены, избавляет от деструктивного искажения в настоящем.

Сексуальные отношения незрелых людей – это тоже, прежде всего, отношения перенесения. У двух незрелых людей могут быть только объектные отношения, в которых другой человек рассматривается, прежде всего, как объект, удовлетворяющий неудовлетворенные догенитальные инстинкты. Орально фиксированные личности душат своего партнера прилипчивостью и требовательностью. Сексуальность анальных личностей рутинизирована: они могут быть сексуальны после окончания 12-часовых новостей, но не при спонтанном сексе. Фаллическая личность дразнит и соблазняет, обещая больше, чем может дать в постели. Способность быть зрелым гетеросексуальным партнером появляется только после проработки догенитальных фиксаций.

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

2.1.4.2.2. Коммуникация

Коммуникация двух незрелых личностей – это не диалог, а два монолога. Незрелые личности замкнуты в своих эгоцентрических мирах, другие люди для них — только объекты своего удовлетворения. Они не реагируют на то, что говорит другой. Они реагируют на собственные желания, которые они хотят удовлетворить при помощи другого человека. Они не разговаривают друг с другом. Они разговаривают со своим внутренним образом того, каким дол-

жен быть другой человек. Содержание того, что они говорят, предназначено скрыть то, что они на самом деле хотят сказать. Если даже аналитику требуются годы на то, чтобы "третьим ухом" расслышать то, что сказано, что может услышать супруг, у которого оба уха заложены? С точки зрения классического фрейдизма попытки семейной психотерапии породят только абсурдный диалог, который может быть интересен драматургам-авангардистам.

2.1.4.2.3.Враждебность

Насилие в наш урбанистический век рассматривается Фрейдом как отражение присущей всем людям агрессивности. Работы этологов Тинбергена и Лоренца позволили сделать вывод о том, что у животных есть инстинкт высвобождения агрессии. Фрейд полагал, что у человеческого животного есть агрессивный инстинкт к уничтожению. Но люди хотят также жить в цивилизованных обществах, и стабильность социальных институтов – брака, семьи и др. – постоянно находится под угрозой вспышек агрессивности людей с неразвитыми защитами. У параноидных личностей защиты должны поддерживаться поддерживающей терапией либо медикаментозными средствами, а не становиться осознанными в процессе психоанализа. В отношении невротиков агрессивность лучше всего канализировать в социально приемлемые формы, такие как конкуренция, самоутверждение (ассертивность) либо охота. Иначе мы все станем охотниками либо дичью.

2.1.4.2.4. Контроль в межличностных отношениях

Борьба за контроль в межличностных отношениях – это, чаще всего, борьба за то, чьи защиты будут доминировать во взаимоотношениях. Чем ригиднее защиты, тем сильнее вероятность того, что другие будут подчинены своему видению мира и должны будут приспосабливаться к вашим способам деятельности и поведения. Человек, проецирующий свою враждебность на мир, будет заставлять других воспринимать мир как враждебный. Напротив, если защитой является подавление и розовые очки, то взаимодействия будут обращены к жизнерадостным аспектам мира. Когда пытаются взаимодействовать два человека с несовместимыми защитами, между ними возникает конфликт. Незначительный повод, например выбор фильма для просмотра, может перерасти в острый конфликт за доминирование и контроль. Один супруг, носящий розовые очки, хочет посмотреть легкую комедию, а супруг, проецирующий агрессивность на мир, хочет посмотреть фильм про войну.

Люди будут стремиться контролировать взаимоотношения в том случае, если они воспринимают другого человека не более чем объектов для удовлетворения своих детских желаний. Каждый прегенитальный тип личности по-своему контролирует других. Оральные личности - цепляются и липнут, анальные личности – проявляют упрямство, фаллические личности – соблазняют. Наиболее интенсивный контроль осуществляют люди с анальным типом личности, родители которых были очень требовательными. Они как бы потеряли контроль за своим телом, когда их приучали к туалету, а теперь стараются не допустить этого снова.

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

Пример анально-ограничительного типа: женщину в детстве воспитывала гувернантка, которой, по видимости, доставляло удовольствие делать ребенку клизмы холодной водой, чтобы приучать ребенка к туалету. Она вышла замуж за человека, которого приучили к туалету в возрасте 10 месяцев. Её саму приучили к туалету в возрасте 2 лет. Он жаловался на то, что жене не доставляют настоящей радости сексуальные отношения. Травма, которая привела их к психотерапии, произошла вслед за тем, как жена решила самостоятельно справиться с этой проблемой. Она прочитала Мастерса и Джонсона, и забронировала гостиничный номер в Нью-Йорке, чтобы отправиться туда на выходные. В Нью-Йорке она почувствовала сильное возбуждение, но у её мужа пропала эрекция. Он был настолько настроен контролировать сексуальные отношения, что отключил эрекцию, чтобы отомстить жене.

При проведении терапии, аналитик должен выяснить то, каким образом клиент пытается осуществлять контроль в отношениях. Аналитик должен различать: когда контролирующее поведение выполняет защитную функцию, а когда – функцию получения удовлетворения за счет перенесения. Аналитик должен проводить конфронтацию и разъяснять клиенту симптомы контролирующего поведения, а затем интерпретировать смысл и причинность контролирующих приемов. Самым эффективным средством контрконтроля для аналитика являются молчание: независимо от того, на какой реакции настаивает клиент, аналитик может реагировать молчанием.

2.1.4.3. Социальные конфликты

2.1.4.3.1. Адаптация/трансцендирование

Фрейд считал, что существует фундаментальный и неразрешимый конфликт между нормами организованного общества и стремлением личности к немедленному удовлетворению, несмотря на желания других людей. В этом вкратце состоит конфликт между суперэго и ид, между принципом реалистичности и принципом удовольствия. Фрейд считал, что культура не должна так жестоко подавлять детскую сексуальность, как это было в викторианскую эпоху. Несомненно, что ответственность за последующую сексуальную революцию лежит на Фрейде больше, чем на ком-либо другом. Мысль о том, что культура не должна быть репрессивной, очень важна.

Некоторые радикальные фрейдисты утверждают, что человека нельзя подавлять. Все деструктивные проявления инстинкта смерти, начиная с насилия и заканчивая разъединением органического единства природы в научных исследованиях, являются результатом фрустрирования инстинкта жизни. Если бы мы жили спонтанно, как дети, свободно играя в постели и в поле, там не нужно было бы быть такими агрессивными. Приверженцы радикальных фрейдистских воззрений обычно рассматривают сексуальное поведение как инстинкт, а агрессию как фрустрацию, возникающую в результате подавления нашего желания спонтанной сексуальности. Радикальные фрейдисты обычно утверждают, что человек должен уметь трансцендировать свою конкретную культуру, и следовать своими собственными путями, невзирая на возможный общественный остракизм. Но сам Фрейд, хотя и занимал достаточно ради-

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

кальную позицию по многим вопросам, был убежден в том, что даже самые сознательные личности должны идти на значительные компромиссы с культурой, в которой они живут, а фантазии о трансцендировании оставить ангелам.

2.1.4.3.2. Управление импульсивностью

Фрейд полагал, что сексуальные и агрессивные импульсы человека должны находиться под контролем. Человек, по сути, животное, прикрытое тонким флером цивилизации. Снятие этого покрывала психотерапевтом, может обернуться ростом насилия и бунтами. Считается, что Фрейд внес свой вклад в разрушение цивилизации. В современном постфрейдовском обществе сексуальность и агрессия не управляются ничем. Венерические заболевания стали эпидемическими. Фрейд одним из первых признал то, что легче убрать терапевтическим путем невротические защиты, чем создать защиты для личности, избавленной от вредоносного влияния импульсов. Он вовсе не выступал за устранение любых защит. Он считал, что и для человека, и для общества будет лучше, если ригидный, но неустойчивый инфантильный флер цивилизации будет заменен более зрелыми и реалистичными средствами управления импульсами.

2.1.4.4. От конфликта к самореализации.

2.1.4.4.1. Смысл жизни

Фрейд утверждал, что человек не может возвыситься над бессознательным конфликтом. Однако в гуще бессознательного конфликта можно разглядеть смысл жизни. Смысл жизни – это lieben und arbeiten (в том, чтобы любить и работать). Работа – это наилучший социальный канал сублимации наших инстинктов. Сам Фрейд сублимировал свою сексуальную любознательность, занимаясь анализом сексуальных желаний своих клиентов. Сублимация – это защита зрелого эго, позволяющая нам канализировать энергию ид в более приемлемые замещающие действия. Оральная личность сублимирует желание сосать курением, анальная личность сублимируется в абстрактном искусстве и т. д.

Признание Фрейдом большого значения работы исходит из того, что он был всегда завален работой. Фрейд был трудоголиком. А любовь – это наиболее цивилизованное выражение сексуальности, наиболее безопасное и дающее наибольшее удовлетворение. Навязчивые рассуждения о смысле жизни характеризуют личность незрелую ни для любви, ни для работы.

2.1.4.4.2. Идеальная личность

Идеальной личностью по Фрейду и окончательной целью психоанализа является человек, который проанализировал свои прегенитальные фиксации и конфликты и обрел генитальный уровень функционирования личности. Генитальная личность – это и есть идеал. Генитальная личность любит противоположный пол без назойливости оральной личности, компетентно выполняет сбою работу, без педантизма, присущего анальной личности, удовлетво-

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

рена собой без тщеславия фаллической личности. Идеальная личность альтруистична и щедра без ханжества анальной личности, полностью социализирована и адаптирована и не испытывает бесконечных страданий, причиняемых цивилизацией.

2.1.5. Терапевтические взаимоотношения

Отношения клиент-аналитик являются двухчастными и в терапии служат двум различным функциям. (1) Рабочий альянс основывается на наименее невротизированных, рациональных и реалистичных установках клиента в отношении аналитика. Этот альянс является предпосылкой успешного анализа, потому что рациональные установки делают возможным доверие и сотрудничество с аналитиком, невзирая на негативные реакции перенесения. (2) Перенесение – одна из важнейших содержательных составляющих анализа. При реакции перенесения клиент переживает в отношении их терапевта чувства, которые вызываются не личностью терапевта, а личностями других значимых людей из прошлого клиента. Через замещение, импульсы, чувства и зашиты, вызванные значимыми людьми, переносятся на аналитика. Реакции перенесения означают наличие конфликта между импульсами и защитами. Вокруг этого конфликта формируется личность прегенитального типа. Повторение этих импульсов и защит в отношении аналитика дает содержательный материал для анализа психопатологии. Человек не просто говорит о конфликтах, которые имели место в прошлом, но получает реальное облегчение своих переживаний в связи с этими конфликтами в своих отношениях с аналитиком. Реакция перенесения – это не целительный процесс сам по себе, потому что перенесение является бессознательным. Клиент знает, что он проявляет интенсивные реакции в отношении терапевта, но смысл этих реакций клиенту неведом. Терапевтическим процессом является анализ, то есть осознание бессознательного содержания реакций перенесения.

Реакция аналитика по отношению к клиенту представляет собой хрупкое равновесие. С одной стороны, теплое и человечное отношение, без которого не может быть создан рабочий альянс, а с другой стороны – депривация и равнодушие, стимулирующие у клиента реакции перенесения. Сложился такой стереотип, что аналитик – это просто белый экран, аналитик холоден и отчужден. Но даже самый ортодоксальные аналитики утверждают, что анализ должен быть гуманным. Для того, чтобы клиент стал доверять анализу и поверил в то, что аналитик неравнодушен к проблемам клиента, теплота в отношениях необходима.

Разумеется, аналитик не согласился бы с Роджерсом в том, что на всем протяжении терапии нужно проявлять эмпатию, поскольку это помешало бы формированию у клиента реакции перенесения. На белый экран можно проецировать любой предмет, а проецирование какого-либо объекта на реального человека – это уже психотическое перенесение.

Отношение к клиенту в психоанализе не безусловно, положительное, как требовал Роджерс, а нейтральное. При нейтральном отношении, клиент создает свободный поток ассоциаций. Такая нейтральная реакция, как молчание,

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

стимулирует перенесение. Можно сказать, что в психоанализе существует, безусловно нейтральное отношение к клиенту.

С другой стороны, аналитик согласен с Роджерсом в том, что эмпатия – важная составляющая часть терапии. Эмпатия является источником важных интерпретаций. Аналитики также согласны с Роджерсом в том, что терапевт должен быть здоровее своего клиента, или, говоря словами Роджерса, более конгруентным.

Аналитик должен осознавать собственные бессознательные процессы, чтобы не допускать контрперенесения по отношению к клиенту. Контрперенесение – это чувства, вызываемые желанием терапевта сделать клиентов объектами удовлетворения своих собственных инфантильных импульсов. Аналитик должен суметь распознать в себе желание лишить клиента эмпатии и поддержки в результате действия импульсов агрессивности. Аналогичным образом аналитик должен признать, что он слишком много себя отдает клиенту, и может тем самый спровоцировать клиента на сексуальные желания. Аналитик должен быть достаточно здоров для того, чтобы различать: что исходит от клиента, а что стимулирует аналитик, потому что клиент, захваченный реакциями перенесения, не может разобраться в этом самостоятельно.

2.1.6. Практический психоанализ

Для того, чтобы аналитик обрел компетентность в различении своих собственных реакций контрпереноса, он должен закончить психоаналитический институт и подвергнуться психоанализу, который будет проводить подготовленный аналитик. На это обычно уходит от двух до шести лет. Раньше психоанализом занимались в основном психиатры, потому что в аналитические институты не принимали человека без специального медицинского образования (в США), даже несмотря на то, что Фрейд не возражал против того, чтобы анализом занимались люди без медицинского образования. В последние два десятилетия к психоаналитическому обучению допускаются представители немедицинских специальностей.

"Но где и как получить квалификацию для занятий психоанализом? Только через анализ самого себя". Так ставил вопрос и так отвечал на него Фрейд. Каждый психоаналитик должен провести полный анализ самого себя. Исследования показывают, что действительно 99% психоаналитиков и 88% психоаналитических терапевтов проводили терапию самих себя, и эта терапия длилась дольше, чем у приверженцев других психотерапевтических систем, в среднем 400-500 часов.

Обычно встречи терапевта с клиентом проходят 4 – 5 раз в неделю. Для того, чтобы терапию можно было назвать психоанализом, встречи должны быть не реже трёх раз в неделю. Сессия длительностью 45 – 50 минут стоит от 80 до 150 долларов, в зависимости от города и от репутации психоаналитика. Теоретически, занятие психоанализом может быть бесконечным, потому что всегда остается какая-то часть бессознательного, требующая перевода в сознание. Как правило, работа клиента с аналитиком длится от 4 до 6 лет.

При классическом психоанализе, клиент обычно соглашается не изме-

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

нять свою жизнь радикально до тех пор, пока не будет завершен анализ, т. е. не вступать в брак и не менять место жительства. Кроме того, клиент не должен принимать важных решений без тщательного анализа самого себя. Иногда требуется, чтобы клиент перестал употреблять никотин, алкоголь и психотропные медицинские препараты.

Психоанализ проводится в отдельном кабинете. Клиент лежит на кушетке, аналитик сидит на стуле в изголовье кушетки. Говорит в основном клиент, аналитик подолгу молчит. Клиент ненавязчиво стимулируется излагать свои ассоциации в связи с прошлым, со своими снами и своим отношением к терапевту. Не нужно говорить вам о том, что терапевт становится центральной фигурой в жизни клиента, а в период невротического перенесения он на самом деле является центральной фигурой. После завершения анализа, аналитик остается одним из важнейших людей в памяти клиента.

2.2. Эго-психология, объектные отношения и психоаналитическая психотерапия.

До сих пор мы рассматривали классический психоанализ. На практике большинство современных последователей Фрейда склоняются к применению эго-психологии, объектных отношений и психоаналитической психотерапии в противовес классическому психоанализу. Когда американских психологов, занимающихся психотерапией, попросили сформулировать свою теоретическую ориентацию, 12% назвали психоаналитическую теорию, а 21% – психодинамическую теорию или неофрейдизм. Многие терапевты считают себя неофрейдистами, несмотря на то, что не получили образования в специализированных психоаналитических институтах, а обучались либо социальной работе, либо медицинской психологии, либо на тренинговых программах для консультантов.

Неофрейдистские либо психодинамические подходы являются развитием оригинальных идей Фрейда. Нацеленность психоанализа на ид и на внутрипсихические конфликты трансформировалось в психодинамизме в нацеленность на эго и на межличностные конфликты. Фрейд делал акцент на биологических силах и на механизмах защиты. Психодинамическое направление делает акцент на социальных силах и на управлении переживаниями. Рассмотрим кратко три основные альтернативы классическому психоанализу: эго-психологию, объектные отношения и психоаналитическую психотерапию, которая более известна как краткосрочная динамическая терапия.

2.2.1. Эго-психология

Классический психоанализ – это, прежде всего, психология ид. Инстинкты и конфликты, вызываемые инстинктами, рассматриваются в классическом психоанализе как основные движущие силы личности, психопатологии и психотерапии. Эго-психология представлена такими именами, как Хартман, Крис, Лёвенштайн, Эриксон и Рапапорт.

В ид-психологии подразумевается, что эго получает всю свою энергию

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

от ид. В эго-психологии утверждается, что существуют эго-процессы, такие как память, восприятие, моторная координация. Эти процессы являются врожденными и обладают энергией, независимой от ид.

В ид-психологии утверждается, что эго выполняет только защитную функцию отыскания безопасного и удовлетворительного равновесия в конфликтах, происходящих между инстинктами и социальными нормами. В эго-психологии утверждается, что есть сферы эго, не затронутые конфликтами. Эти сферы эго обеспечивают адаптацию человека к реальному миру. Ведущим мотивом развития личности является стремление эго к адаптации в окружающем мире и утверждению себя в нем. Эго-аналитики не отрицают существования конфликтов, вызванных импульсами, требующими немедленного удовлетворения, и их влияния на развитие личности. Но они утверждают, что само по себе стремление эго к адаптации и самоутверждению оказывает не менее важное влияние.

Развитие управления импульсами – одна из задач эго на ранних стадиях развития, но это не единственная задача эго. Человек также обретает эффективность и компетентность применительно к реальности. Развитие эффективности и компетентности требует активизации эго-процессов, которые не являются механизмами защиты. Усвоение визуальной моторной координации, различение цветов, речевые навыки – это те задачи, к которым стремится человек, помимо сексуального удовлетворения и агрессии. На основе своих собственных энергий, эго становится важной силой в развитии адаптивной и уверенной в себе личности. Неспособность к развитию эго-процессов, таких как рассуждение и моральная оценка, с такой же силой влекут возникновение психопатологии, как сексуальная и агрессивная фиксации. Человек с неадекватно развитым эго по определению является плохо адаптированным к реальности.

Поскольку эго обладает своей собственной энергией и участвует в развитии личности, понятно, что развитие личности это нечто большее, чем разрешение конфликтов по поводу агрессивности и сексуальности. Выделенные Фрейдом стадии психосексуального развития больше не являются адекватными для построения теории личности и теории психопатологии. Развитие свободных от конфликтов сфер эго в течение трех первых жизненных стадий важно не менее, чем защита от неизбежных конфликтов, вызываемых оральными, анальными и фаллическими импульсами. Более того, такие мотивы эго, как стремление к адаптации, самоутверждению и уверенности в себе продолжают действовать и в возрасте старше 5 лет. Поэтому последующие стадии развития личности и психопатологии играют не меньшую роль, чем ранние стадии.

Например, Эриксон рассматривает латентную стадию как решающую и критическую в развитии трудолюбия, прилежания и овладения многими применяемыми в работе навыками. С другой стороны, Фрейд рассматривал латентную стадию как кратковременное затишье, в течение которого никаких новых личностных черт не формируется. С точки зрения Эриксона, у некоторых людей не развивается трудолюбие не по причине бессознательных кон-

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

фликтов, а потому что в культуре существует дискриминация по отношению к отдельным расам и вероисповеданиям, либо отсутствует образование, позволяющее овладеть средствами, принятыми в данной культуре. Неспособность развить в себе трудолюбие влечет чувство неадекватности и приниженности. А из приниженности развиваются такие симптомы, как депрессия, тревога и мотивация на неудачу (избегание достижений). Таким образом, у человека могут развиться проблемы еще в детстве, даже если на протяжении первых трех стадий сложилась здоровая личность, разумеется, серьезные конфликты, возникшие на ранних стадиях, затрудняют беспрепятственное прохождение к последующим стадиям.

Для психотерапии всё это означает, что предметом эго-анализа становятся более поздние стадии развития. Проблемы ни в коем случае не сводятся к повторению бессознательных конфликтов, пережитых в детстве, на подростковой стадии источником конфликта является обретение идентичности в противовес диффузной идентичности. Обретающие зрелость эго-процессы направляют движение личности к установлению интимных отношений в противовес изоляции. У взрослых людей энергии эго формируют жизненный стиль, направленный на творчество, на создание чего-нибудь значимого, иначе человека охватывает ощущение застоя. Пожилые люди оглядываются на прожитую жизнь, чтобы убедиться, что на краю смерти они сохранили целостность своего эго, и это дает им уверенность в том, что прожитый жизненный цикл был не зря. В противном случае их охватывает отчаяние.

Проблемы идентичности, интимных отношений и интегральной целостности эго являются основными для эго-анализа. Большая часть терапии обращены к этим проблемам современных клиентов. История жизни клиента интересует терапевта лишь постольку, поскольку это необходимо для анализа неразрешенные конфликтов детства, способных повлиять на теперешнюю адаптацию личности к жизни.

Понятно, что содержание эго-анализа отличается от содержания классического анализа. Однако, процесс эго-анализа может быть аналогичен классическому, использовать свободные ассоциации, перенесение и интерпретацию. С другой стороны, многие эго-аналитики проводят психоаналитическую психотерапию в более гибком формате.

2.2.2. Теория объектных отношений

Психоанализ – это непрерывно эволюционирующая система. Эволюция психоанализа происходит в направлении тех аспектов личностного развития, которые акцентируются различными теоретиками в качестве основных принципов, вокруг которых организуются личность и психопатология. Фрейд считал, что центральными принципами, вокруг которых организуются человеческие жизни, являются конфликты в связи с удовлетворением и управлением ид. Анальные личности организуют свои жизни вокруг контроля и удовлетворения анальных импульсов. Эго-аналитики считают эго центральным организующим принципом. Индивидуальный жизненный стиль определяется

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

разрешением проблем, связанные с эго, таких как доверие, автономность, инициативность. Теоретики объектных отношений – Фэрбэрн, Кёрнберг, Кохут считают основными принципами, организующими жизни людей, отношения между «я» и объектами.

Объектные отношения – это не межличностные, а интрапсихические структуры. На объектные отношения очень сильно влияет ранний межличностный опыт, а они, в свою очередь, влияют на последующие межличностные отношения. Объектные отношения – это психические репрезентации себя и других (объектов). Объект – это термин, которым Фрейд обозначал других людей, потому что в ид-психологии другие выступают в первую очередь в качестве объектов для удовлетворения инстинктов, а не как полноправные личности со своими собственными потребностями и желаниями.

Теоретики объектных отношений расходятся в определении значения сил ид для ребенка и для взрослого. Кёрнберг представляет объектные отношения как отчасти энергетизированные базовыми инстинктами, особенно агрессивностью. С другой стороны, Фэрбэрн и Кохут полагают, что у детей существует внутренняя потребность в идеализации и потребность в проецировании себя на других людей. Импульсы ид в отношениях детей с другими людьми не являются основными. Потребности в идеализации других и в отражении себя в других людях предполагают, что другие люди являются объектами, в которых отражается развивающееся «я», и объектами, которые развивающееся "я" может идеализировать в качестве образков для собственного развития.

Стадии развития "я" отличаются от тех, которые выделил Фрейд:

Первая стадия развития "я" – нормальный аутизм в течение нескольких первых месяцев жизни (Малер). На первичной недифференцированной стадии не существует ни "я", ни объекта. Фиксация на этой стадии является результатом суровой патологии, которая называется первичный инфантильный аутизм, и характеризуется неспособностью формировать привязанность к объекту и неспособностью к психической самоорганизации вследствие отсутствия образа «я».

Процесс формирования привязанности описан Боулби. Через формирование привязанности ребенок вступает во вторую стадию – нормальный симбиоз. На стадии нормального симбиоза в сознании ребенка «я» и объект спутаны и не воспринимаются отдельно друг от друга. Эта стадия обычно длится от двух до семи месяцев.

Третья стадия — период дифференциации. В течение периода дифференциации ребенок учится отделять свое «я» от значимого другого. Ребенок уползает от родителей и подползает обратно, уходит и бежит назад, закрывает глаза ладошками и опять открывает – родитель на мгновение исчезает и вновь появляется. Через физическую игру ребенок дифференцирует себя от родителей, к которым испытывает привязанность. Неспособность дифференцировать себя оборачивается симбиотическим психозом, являющимся следствием фиксации на симбиотической стадии.

При нормальных условиях, стадия дифференциации переходит в возрас-

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

те двух лет в стадию интеграции. Через процессы интеграции, репрезентации "я" и объекта, которые теперь воспринимаются обособленно друг от друга, становятся взаимодополняющими. Родитель и "я" воспринимаются как отдельные, но взаимосвязанные. Когда развитие идет нормально, дети на стадии интеграции учатся строить отношения не боясь утратить свою автономность, свою индивидуальность и ощущение своего "я".

На стадии интеграции ребенок также учится интегрировать хорошие и плохие образы "я" в единое "я". Аналогичным образом, хорошие и плохие образы объекта интегрируются в единый образ значимого другого. Интрапсихические переживания, не интегрировавшиеся ранее в саморепрезентации, например, представление о том, что я способен гневаться, продолжают существовать отдельно от образа "я". На последующих жизненных стадиях они будут вызывать состояние дезинтеграции и ощущение распада своего "я".

По Кёрнбергу, задача развития – это не только дифференциация и интеграция, но также формирование идентичности. На самых ранних стадиях развития, ребенок пробует различные способы мышления и поведения, в которых выражаются различные части "я". Такая нестабильность вызвана расколотостью. Раскол – это зашита от родительского влияния. Если раскол проходит по линии хорошие – плохие образы «я», например, гневающееся "я" то уменьшается страх перед наказанием со стороны родителей. Если раскол проходит по линии хорошие – плохие образы объекта, например, гневающаяся мать, то объект начинает восприниматься как менее угрожающий. Следующие этапы в формировании идентичности – интроекция, то есть включение объекта в свое сознание. Интроекция происходит в период симбиоза: мать воспринимается, как меньшая угроза, когда ребенок не отделяет себя от матери. Более зрелой идентичности требуется переживание процесса идентификации, когда объекты остаются значимыми, но перестают быть неотделимыми от себя. Зрелые идентичности сопровождаются одновременным переживанием автономности и общности. Они открыты для влияния со стороны других, но не боятся, что такое влияние вынудит их перестать быть собой.

По Кохуту, идеальный тип идентичности – это автономное "я", характеризующееся уважением к себе и уверенностью в себе. Стабильная идентичность позволяет личности перестать быть зависимой от других, перестать быть просто копией своих родителей. В идеальном случае потребности ребенка в идеализации и в отражении в других удовлетворяются через общения с родителями. То, какие родители, важнее того, как происходит взаимодействие с родителями. Если у родителей адекватное самоуважение, то идеализация их детьми не будет создавать психологических проблем. Если родители нацелены па успех и на достижения, то потребности детей в том же самом будут приняты и отразятся в родителях как в зеркале.

Если дети не способны удовлетворить в общении с родителями свои потребности в идеализации и в отражении, то у ребенка формируется проблемная идентичность. Кохут выделил 4 типа личностей, формирующихся в результате неудовлетворенных потребностей в идеализации и в отражении. Эти личности являются нарциссическими. Например, личность, сформированная

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

в условиях неудовлетворенной потребности в отражении, требует к себе внимания, и восхищения, стремится быть в центре внимания. Люди, у которых не удовлетворена потребность в идеализации, постоянно ищут людей, обладающих престижем и властью, чтобы восхищаться такими людьми. Это повышает в них сознание собственной значимости.

Кохут утверждает, что нарциссические личности не могут быть клиентами традиционного психоанализа, когда аналитик – это просто белый экран. Их сознание не поддается развитию через вербальные интерпретации. Психоанализ успешен тогда, когда клиент способен проецировать эмоции, вызванные другими людьми, на психотерапевта, через эмоциональное перенесение. Люди с расстройствами "я" неспособны последовательно проецировать эмоции и образы, потому что они слишком заняты своей личностью. Этим клиентам требуется отражение (принятие и уважение), им должно быть позволено идеализировать терапевта, А для того, чтобы терапевт стал объектом идеализации, он должен перестать быть белым экраном, клиент должен лучше узнать, что за человек этот терапевт.

В терапии объектных отношений сочетаются идеи Роджерса и экзистенциалистов. Отражение — это идея Роджерса об эмпатии и о безусловном положительном отношении. Идеализация – это идея экзистенциалистов о том, что важно быть самим собой. Терапевт в терапии объектных отношений дает клиенту то, чего клиент был лишен в детстве. Удовлетворяя нарциссические потребности клиента, терапевт обеспечивает возможность клиенту развиваться либо через зеркальное перенесение, либо через идеализирующее перенесение. Когда такое перенесение достигнуто, терапевт может применять прием развития сознания через интерпретацию, чтобы помочь клиентам осознать то, что они выстроили свою жизнь вокруг нарциссических мотивов. После этого у клиента может начать формироваться автономное "я".

Кёрнберг согласен с тем, что традиционный психоанализ может быть эффективен применительно к невротическим клиентам, которые могут установить отношения невротического переноса. Но клиенты, проблемы которых связаны с нарушениями в структуре "я", например, пограничные состояния, на которых специализировался Кёрнберг, не поддаются терапии через интерпретацию перенесений и защит. У пограничных личностей формируется психотический перенос – терапевт воспринимается как отколовшаяся часть плохого родителя. Поэтому установлению рабочего альянса препятствует страх отвержения, проявляемый в глубоких рыданиях.

Кёрнберг подчеркивает важность установления ограничений для пограничных клиентов. Ограничение на телефонные звонки, на проявления агрессивности, по отношению к терапевту, регулирование частоты встреч клиента с терапевтом имеют решающее значение в терапии пограничных состояний. Ограничение внешних проявлений провоцирует у клиента чувство тревоги, что помогает понять скрытый смысл этих проявлении. Без наложения четких ограничений, интерпретация не может быть эффективной. Когда четкие ограничения дополняются эмоциональной поддержкой клиента терапевтом, клиенты постепенно осознают отколотые части своего "я". Если не ставить чет-

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

ких ограничений, то отколотые части "я" и объектов приведут к дезинтеграции личности.

2.2.3. Психоаналитическая психотерапия

На протяжении всей истории психоанализа варьировались применяемые при анализе процедуры. Когда создавалась абстракция неортодоксальному аналитику со стороны более консервативных коллег, отвергаемый создавал новую систему психотерапии. Иногда, напротив, вариации в классическом психоанализе представлялись необходимыми либо по причине отсутствия у клиента эго, либо причине отсутствия у клиента финансовых средств для прохождения долговременного курса психоанализа. Более гибкая форма психоаналитической терапии как реальная альтернатива психоанализу была создана Францем Александером (1891 – 1963) и его коллегами из Чикагского института психоанализа.

Александер и Френч утверждали, что классический психоанализ был разработан Фрейдом как научный метод сбора информации о неврозах, а также как способ терапии неврозов. Однако, после того, как были установлены фундаментальные закономерности развития личности и психопатологии, необходимость отыскивать Эдипов комплекс у каждого клиента отпала. Терапевт, обладающий знанием психоаналитических основ психопатологии, должен применять такую терапию, которая соответствует потребностям клиента. Не нужно зажимать клиента тисками стандартного анализа.

Разумеется, существуют и такие клиенты, которым действительно необходим классический анализ. Это хронические невротики и люди, страдающие расстройствами личности. Но таких клиентов меньшинство. Более распространены мягкие хронические случаи и острые невротические реакции, вызванные срывом в действии эго-защит под влиянием стрессогенной ситуации. Клиентов с более мягкими, либо с более острыми расстройствами можно подвергать более экономичной терапии. Этот метод был опробован на 600 клиентах. Количество сессий было в пределах от 1 до 65. Улучшение их состояния было точно таким же, какое ранее представлялось возможным лишь после длительного курса классического психоанализа.

Психоаналитическая терапия следует двум принципам: гибкость и учет индивидуальных потребностей клиента. Можно ли укладывать клиента на кушетку, можно сидеть лицом к лицу с терапевтом. Свободные ассоциации можно заменить беседой, можно позволить развиться невротическому переносу. Можно применять медикаментозные средства. Динамические интерпретации сложно дополнить консультациями и советами.

Поскольку ежедневные сессии формируют зависимость клиента от терапевта, время сессии должно быть строго ограничено. Кроме того, ежедневные сессии нормируют чувство рутинности, в результате клиент не работает достаточно интенсивно, потому что знает, что завтра опять будет сессия. Как правило, в начале терапии сессия проводятся чаще, чтобы сформировать эмоциональные взаимоотношения клиента с терапевтом, затем периодич-

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

ность сессии регулируется исходя из того, что является оптимальным для клиента. По мере продвижения терапии, рекомендуется ее прерывать, чтобы клиент мог сам убедиться в том, что он приобрел, и насколько эффективно он может обходиться без терапевтической поддержки.

Перенесение – это неотъемлемая часть любой психоаналитической терапии однако им можно управлять. Длительность стандартного психоанализа объясняется применением полномасштабного невротического переноса, поэтому краткая форма психоаналитической терапии обычно избегает формирования перенесения. Негативное перенесение усложняет терапию, а позитивное перенесение её ускоряет. Например, позитивное перенесение своего отца на терапевта способствует принятию предложения терапевта о расторжении клиентом деструктивного брака.

Перенесением можно управлять через интерпретации. Если невротическое перенесение признается необязательным или негативно воздействующий на клиента, то можно ограничить интерпретации текущей ситуацией, чтобы избежать интерпретации невротических конфликтов, возвращающих клиента в ту точку, с которой началась терапия. Возвращение к ранним стадиям можно также интерпретировать как средство избегания решения текущих конфликтов. Внимание к проблемным событиям прошлого допускается только с целью выяснения тех мотивов иррационального поведения, которые проявляются в настоящем.

Перенесением можно также управлять за счет того, что терапевт в меньшей степени старается быть белым экраном, а в большей степени – человеком, к которому обратились за поддержкой в решении личных проблем. В этом случае реакции переноса почти никогда не формируются. Реакции контрперенесения у терапевта так же могут способствовать установлению терапевтических отношений. Терапевт должен не анализировать свои реакции контрперенесения, а выбрать из них полезные и открыто их проявлять. Доверительные терапевтические отношения позволяют клиенту свободно проявлять свои эмоции и чувства, которые сдерживались имевшими место конфликтами. Терапевтический успех достигается благодаря проявлению ранее сдерживавшихся клиентом эмоция и чувств, таких как гнев, сексуальные желания и др. Корригирующие эмоциональные переживания - это более важный процесс изменений, чем развитие сознания в классическом психоанализе. Корригирующие эмоциональные переживания интегрируются в сознательное эго через осмысление истории проблемных эмоций.

2.2.4. Краткая динамическая психотерапия

В последние два десятилетия наблюдался расцвет кратких психодинамических терапий, которые вышли из психоаналитической психотерапии. Ведущие имена в этой области: Хабиб Дэвэнлу, Лестер Лаборски, Дейвид Мэлэн, Джеймс Мэнн, Питер Сифнеос, Ганс Страпп. Несмотря на все различия, между этими психодинамическими терапевтическими системами существуют общие черты:

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

- ❖ Ограничение длительности терапии (12 – 40 сессий)
- ❖ Нацеленность на основную межличностную проблему в течение первых нескольких сессий
- ❖ Более активная, менее нейтральная позиция терапевта
- ❖ Налаживание быстрого и крепкого рабочего альянса
- ❖ Быстрая разработка интерпретаций и перенесения

Поскольку все кратковременные психодинамические терапевтические системы вышли из психоанализа, терапевт следует основным психоаналитическим принципам: наличие сопротивления, значимость интерпретаций, важность устойчивого рабочего альянса. Все терапевты этого направления не согласны с тем, что продолжительный курс терапии эффективнее кратковременного курса.

Для краткой терапии важно сразу четко определить проблему и план терапии. Ставятся достижимые скромные цели – решение конкретного конфликта, развитие межличностной способности, умения принимать свои чувства. В классическом анализе терапевт может предоставить терапии идти своим ходом. В краткой динамической, терапии терапевт либо обеспечивает поддержку эго клиента, раскрывая импульсы ид, либо меняет внешние условия жизни клиента. Невозможно спланировать терапию до мелочей, и терапевт полагается на сознательное применение различных приемов, меняя их в зависимости от потребностей момента.

В традиционном анализе перенесение возникает медленно с течением времени, в краткой, динамической терапии терапевт вмешивается в процесс формирования перенесения с самого начала, определяет ведущую межличностную тему и часто интерпретирует перенесение, пытаясь найти нити между поведением клиента по отношению к терапевту, реальными людьми из настоящего и значимыми людьми из прошлого клиента.

Например, клиент обратилась к терапевту по поводу частых желудочных спазмов, медицинских предпосылок которым выявлено не было. Клиент испытывала эти спазмы в прошлом в присутствии матери, в настоящем в присутствии своего друга, а теперь и в присутствии терапевта. Одной из интерпретаций была такая – спазмы это обычный для нее способ преодоления барьера для проявления агрессий. Когда гнев не может быть выражен прямо, он проглатывается и обращается против себя.

Возникновение краткой динамической терапии отражает сдвиг в психоанализе от рассмотрения драйвов к рассмотрению отношении. В терапии создается поле отношений, в которое включен терапевт. Чувства и напряжение, переживаемые терапевтом, рассматриваются с учетом динамики клиента как важный источник информации. Терапевт не избегает контрпереноса, как принято в классическом психоанализе, при межличностном психоанализе контрперенос – это важный источник информации о личности и жизненных проблемах клиента.

Аналитик должен эффективно вписаться в матрицу отношений клиента с другими людьми, иначе анализ не будет достаточно глубоким. Для Фрейда локус изменений – в голове клиента, для краткой динамической терапии – в

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

отношениях клиента с другими людьми. Задача аналитика заключается в создании особого эмоционального присутствия таким образом, чтобы клиент различными способами переживал общение с терапевтом. В контексте эмпатических отношений клиент усваивает новые навыки.

2.2.5. Эффективность психоаналитических систем терапии

Когда психоанализ занимался искажениями, возникающими из переноса и контрпереноса, эффективность психоанализа было трудно отследить. На протяжении более 50 лет эффективность психоанализа определялась на основании описания отдельных случаев (кейс-стади). Затем появились широкие исследования с применением субъективных критериев, а затем – объективных критериев.

Самое известное исследование психоаналитической системы провел Найт (1941г.). Были исследованы диспозиции клиентов, которые проходили психоанализ не менее 6 месяцев. Аналитикам предлагалось дать оценку клиента по шкале: очевидно выздоровел – намного улучшилось состояние – улучшилось состояние – без изменений – состояние ухудшилось. Это было кросскультурное исследование, в этом его плюс, оно проводилось в Берлине, Лондоне и Чикаго. Были получены следующие результаты:

Табл. 4. Кросскультурное исследование эффективности психоаналитических систем терапии

Диагностическая категория	Количество клиентов	Выздоровели/ Значительное улучшение	Без изменений/ Ухудшилось состояние
Неврозы	534	63%	37%
Сексуальные расстройства	47	49%	51%
Расстройства личности	111	57%	43%
Органические неврозы (колиты, язвы)	55	78%	22%

Саратовский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского

Психозы	151	25%	75%
Особые симптомы (мигрень, эпилепсия, алкоголизм, заикание)	54	30%	70%

Вопросы для самоконтроля к теме 2
«Психоаналитическая терапия»

1. В каких аспектах рассматривал личность З. Фрейд?
2. Какие основные динамические силы формируют мотивацию личности?
3. Чем являются эти динамические силы и в чём они проявляются?
4. В чём заключается бессознательный конфликт?
5. Что является ядром личности, по З. Фрейду?
6. В чём состоит различие между нормальной и невротической личностью?
7. Что возникает, когда бессознательный конфликт становится слишком интенсивным и болезненным?
8. Кто переживает бессознательный конфликт?
9. От чего зависят защиты?
10. Какие жизненные стадии выделял З. Фрейд в зависимости от развития сексуальности?
11. Какова периодизация каждой стадии развития личности?
12. Какие черты личности формируются на оральной стадии развития?
13. Какие черты личности формируются на анальной стадии развития?
14. Какие черты личности формируются на фаллической стадии развития?
15. Какие защиты формируются на оральной стадии развития?
16. Какие защиты формируются на анальной стадии развития?
17. Какие защиты формируются на фаллической стадии развития?
18. Почему личность, фиксированная на одной из стадий развития, не является патологической?
19. Как можно стать зрелой личностью?
20. Чем характеризуются латентная и генитальная стадии?
21. Что представляет собой личность в теории З. Фрейда?
22. На что указывают симптомы, с точки зрения психоаналитиков?
23. В чём отличие первичного и вторичного процессов мышления?
24. Каков характер рассуждений на бессознательном уровне?
25. Если суть психопатологии заключена на бессознательном уровне, и если человек не осознает психологического значения травмирующих событий, обуздываемых импульсов, тревожности, готовой перерасти в панику, защитного характера симптомов, то каким образом можно помочь человеку?
26. В чём состоит работа клиента по развитию сознания в психоаналитической терапии?
27. Из чего состоит приём свободных ассоциаций?

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

28. С чего начинается работа психотерапевта в психоаналитической терапии?
29. Каким клиентам не подходит психоанализ?
30. Каковы стандартные психоаналитические процедуры?
31. Что представляют собой, по сути, конфронтация и разъяснение?
32. В чём состоит отличие разъяснения от конфронтации?
33. Какая аналитическая процедура самая важная? Почему?
34. В чём отличие интерпретации от обратной связи с клиентом?
35. Что служит подтверждением правильности интерпретации?
36. Какая информация о клиенте подвергается интерпретации?
37. В чём заключается аналитическая процедура проработки?
38. В чём состоит назначение проработки?
39. Какую роль играет катарсис в психоаналитической терапии?
40. На каких конфликтах сконцентрирован психоанализ?
41. Что понимается под тревожностью в психотерапии?
42. Почему психоаналитическая терапия прогрессирует медленно?
43. Какое поведение клиента может быть истолковано как защитное?
44. Почему у аналитика всегда есть материал для анализа?
45. Почему самоуважение не образует сколько-нибудь значимой содержательной области в психоанализе?
46. Почему утверждают, что Фрейд избавил мир от генерации невротиков, заменив ее генерацией психопатов?
47. Почему, с точки зрения классического фрейдизма, попытки семейной психотерапии обречены на неудачу?
48. От чего зависит контроль в межличностных отношениях?
49. Когда возникает конфликт в межличностных отношениях?
50. В каком случае люди будут стремиться контролировать взаимоотношения?
51. Как З. Фрейд характеризовал конфликт между суперэго и ид?
52. В чём ошибочность представления о том, что Фрейд внес свой вклад в разрушение цивилизации?
53. В чём смысл жизни человека, по З. Фрейду?
54. Что характерно для идеальной личности, по З. Фрейду?
55. Каким функциям подчинены терапевтические отношения в психоаналитической терапии? Почему они называются двухчастными?
56. На чём основан рабочий альянс в психоаналитической терапии?
57. Из чего формируется реакция аналитика по отношению к клиенту?
58. Что называется отношениями контрпереноса?
59. Почему контрпереноса следует избегать?
60. В чём состоит особенность неофрейдистских либо психодинамических подходов к психотерапии?
61. В чём отличие ид-психологии от эго-психологии?
62. Какие задачи стоят перед эго на ранних стадиях развития?
63. В чём различие в рассмотрении латентной стадии развития З. Фрейдом и Э.Эриксоном?

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

64. Что выступает предметом эго-анализа?
65. Какие проблемы являются центральными для эго-анализа?
66. В каких направлениях совершается эволюция психоанализа?
67. Какими структурами выступают объектные отношения?
68. Кого З. Фрейд обозначил термином «объект»?
69. В чём расходятся теоретики объектных отношений? Приведите примеры.
70. Какие стадии развития выделяются теоретиками объектных отношений?
71. В чём задача развития по О. Кёрнбергу?
72. Какой тип идентичности является идеальным, по Х. Кохуту?
73. Чем характеризуется нарциссическая личность?
74. В чём специфика терапевтической работы с нарциссическими клиентами?
75. В чём специфика терапевтической работы с пограничными клиентами?
76. Каким принципам следует психоаналитическая психотерапия?
77. При помощи чего можно управлять невротическим переносом?
78. Каковы общие черты краткой динамической психотерапии?

Семинар 1. Психоаналитическая терапия.

Вопросы для обсуждения:

1. Теория личности в классическом психоанализе.
2. Теория психопатологии в классическом психоанализе.
3. Теория терапевтического процесса в классическом психоанализе.
4. Терапевтическое содержание классического психоанализа.
5. Терапевтические отношения в классическом психоанализе.
6. Основные альтернативы классическому психоанализу.

Темы для рефератов:

1. Психоанализ З. Фрейда: основные понятия.
2. Классический психоанализ: теория личности и теория психопатологии.
3. Базовая модель психоанализа.
4. Психоаналитическое понимание сущности и целей психотерапевтических изменений.
5. Основные понятия эго-психологии.
6. Генезис эго и самости как ценностные ориентации в эго-психологии.
7. Теория объектных отношений и ее варианты.
8. Концепция сепарации/индивидуации М. Малер.
9. Вклад О. Кернберга в теорию нарциссической и пограничной патологии «я».
10. Структурное интервью по О. Кернбергу.
11. Х. Кохут и его вклад в психологию нарциссизма.

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

Литература к семинару 1:

1. Базисное руководство по психотерапии / Хайл-Эварс А., Хайгл Ф., Отт Ю., Рюгер У. СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа: Речь, 2001. С. 46 – 60; 226 – 246; 281 – 284.
2. Гулина М.А. Терапевтическая и консультативная психология. СПб.: Речь, 2001. С. 48 – 60; 78 – 94; 138 – 155.
3. Кернберг О. Тяжелые личностные расстройства. М.: Независимая фирма «Класс», 2001. С. 13 – 17.
4. Методы современной психотерапии. М.: Независимая фирма «Класс», 2001. С. 260 – 279;
5. Романин А.Н. Основы психотерапии. М.: Издательский центр «Академия», 2004. С. 12 – 32.
6. Соколова Е.Т. Общая психотерапия. М.: Тривола, 2001. С. 10 – 28; 65 – 89.
7. Фрейд З. Собрание сочинений. Т. 1. СПб.: Алетейя, 1999. С. 145 – 156.
8. Фрейд З. Собрание сочинений. Т. 7. СПб.: Алетейя, 1998. С. 108 – 123.
9. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис. М.: Издательская группа «Прогресс», 1996. С. 53 – 84; 218 – 242.
10. Эриксон Э. Детство и общество. СПб.: Речь, 2000. С. 391 – 412.

Саратовский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского

МОДУЛЬ 2. Адлерианская и экзистенциальная терапия

Тема 3. Адлерианская терапия

3.1. Теория личности, теория психопатологии, теория терапевтических процессов в адлерианской терапии

3.1.1. Теория личности

Основной мотив человеческой личности – стремление к превосходству. Достичь превосходства означает возвыситься над тем, каков человек сейчас. Стремление к превосходству означает стремление жить более полной и совершенной жизнью. Обладать превосходством – не обязательно значит быть лидером и доминировать над другими людьми. Стремление к превосходству – сверхординарный динамический принцип жизни. Оно направляет все другие динамические мотивы.

Стремление к превосходству может выражаться множеством способов. Идеал совершенной жизни может быть разным: от «Мир и счастье на всей земле» до «Честность – лучшая политика» и до «Deutschland ueber alles». Совершенство – это идеал, создаваемый сознанием людей, которые стараются воплотить свои идеалы в жизнь. Люди придумывают себе цели жизни и считают, что смысл жизни заключается в реализации их личных целей. Придуманный смысл жизни является отражением того, что психологические проявления являются следствием не исторических обстоятельств, а имеющимися в данный момент ожиданиями того, каким образом сделать жизнь лучше. Если человек считает, что совершенная жизнь ждет его в раю, в награду за его добродетели, то человек будет стремиться к этой цели независимо от того, существует рай в действительности или нет.

Такие вымышленные цели являются субъективной причиной психологических явлений. Людьми движут не только объективные обстоятельства. Человечество эволюционирует, реализуя придуманные людьми идеалы. Каждый человек формирует идеальное «я» – каким он хотел и к стать.

Из чего возникает стремление к высшим идеалам? Стремление к величию это естественная реакция на чувство неполноценности, переживаемое каждым человеком. Субъективное ощущение неполноценности может вызываться объективными причинами – органические недоразвитием, проблемами с сердцем, почками легкими, желудком и др., недоразвитие какого либо органа — стимул к достижению величия. Классический пример — Демосфен, страдавший заиканием и ставший известнейшим оратором.

Комплекс неполноценности может также развиться из субъективного ощущения собственной психологической или социальной слабости. Например, дети понимают, что они не так умны и не так приспособлены к жизни, как взрослые, чувствовать себя неполноценным ненормально. Все достижения человечества состоялись благодаря комплексу неполноценности у отдельно взятых людей.

У женщин также как и мужчин чувство неполноценности приводит к стремлению достичь величия. Адлер ввел понятие "маскулинный протест", которым обозначил протест женщин против своей феминнной роли. В отличие от Фрейда, который утверждал, что женщина хочет стать мужчиной, в том числе и анатомически, Адлер говорил, что женщина хочет иметь такую же свободу, которой обладают мужчины. Реальной целью женщин является статус в обществе, а не анатомия. Мужчины тоже могут страдать от маскулинного протеста, когда считают себя недостаточно маскулинными и стремятся к гипермаскулинизации. Такая компенсация проявляется в одержимости большими автомобилями, большим оружием, бодибилдингом.

Комплекс неполноценности определяет то, какой стиль жизни избирает человек, чтобы достичь превосходства. Если человек считал себя в детстве интеллектуально неадекватным, он может захотеть стать суперинтеллектуалом. Тогда интегрирующим принципом личности становится интеллектуальный стиль жизни. Интеллектуал живет по заведенному распорядку, вырабатывает у себя привычку читать и мыслить. Интеллектуальный стиль жизни

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

более уединенный, стиль жизни политика более активный.

Стиль жизни — это не то же самое, что поведение. Поведение определяется стилем жизни. Стиль жизни – это когнитивная конструкция, это идеальная репрезентация того, каким хочет стать данный человек.

Стиль жизни человека частично определяется опытом раннего детства. Важное влияние на стиль жизни оказывает положение ребенка в семье, т.е. порядок его рождения. Второй или средний ребенок обычно выбирает амбициозный стиль жизни, направленный на то, чтобы превзойти старшего ребенка. Самый старший ребенок переплывает из-за того, что его место займет новый объект внимания. В нем возникает неприязнь, ненависть к младшему ребенку. Самый старший ребенок вспоминает то время, когда он был единственным объектом родительского внимания и любви. Такие люди склонны придерживаться – более консервативного стиля жизни. Самым младшим детям никогда не угрожает потерять родительское внимание, они живут как принцы и принцессы.

Недоразвитие органов и очередность рождения – объективные факторы, влияющие на формирование стиля жизни, но ведущим фактором является креативное "я" – субъективный фактор. Креативное "я" – это уникальная человеческая способность преобразовывать объективные факты в личностно значимые события. Креативное "я" не позволяет человеку стать лишь продуктом биологических и социальных обстоятельств, Креативное '"я" наделяет биологические социальные обстоятельства личностным смыслом. Креативное «я» – это активный процесс интерпретации биологических и социальных фактов и интеграции этих фактов в целостную уникальную и динамическую личность. Интегрируя все силы, которые воздействуют на личность, креативное "я" создает личностную цель жизни.

Поскольку каждый стиль жизни уникален, необходимо принимать во внимание то, в каком обществе формируется личность. Люди – социальные существа, с рождения вовлеченные в систему межличностных отношений. В здоровом стиле жизни отражаются социальные интересы, определяющие развитие каждого человека. Здоровая личность понимает, что ее жизнь может быть полной только в контексте более совершенного общества. Здоровая личность осознает, что обладает недостатками, характерными для всех людей. Например, никто не знает, как достичь мира во всем мире или как освободить человечество от болезней. Осознание общечеловеческих недостатков стимулирует здоровую личность к тому, чтобы помочь человечеству преодолеть их. Как писал Адлер, «Социальный интерес — это истинная и неоспоримая компенсация природной человеческой слабости».

Социальный интерес – это потенциал развития каждого человека, но он не будет развиваться сам по себе. Социальный интерес необходимо воспитывать в атмосфере здоровой семьи, в которой присутствуют сотрудничество, взаимное уважение, доверие, поддержка, понимание. Ценности, установки и поступки членов семьи, особенно родителей, формируют семейную атмосферу. Если в семье здоровая атмосфера, то ребенок будет предпочитать эгоистическим интересам социальные интересы человечества. Здоровые личности

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

стремятся прожить более полную жизнь, и тем самым способствовать изменению всего мира к лучшему.

3.1.2. Теория психопатологии

Патологические личности не стремятся к достижению превосходства путем социально конструктивного стиля жизни. Патологические личности формируются в такой семейной атмосфере, в которой присутствуют соперничество, недоверие, равнодушие, жестокое обращение с детьми, либо в которой дети растут избалованными. Все это не способствует развитию в детях социального интереса. Дети, выросшие в таких семьях, стремятся сделать свою жизнь насыщенной за счет других людей. Социальный интерес заменяется одной из 4 эгоистических целей: стремление быть в центре внимания, стремление доминировать над другими, мстительность, и констатация неполноценности. Эти эгоистичные цели становятся чертами личности, приводящими к формированию патологических жизненных стилей.

Избалованный стиль жизни формируется тогда, когда родители делают за своего ребенка то, с чем может вполне справиться сам. Ребенок привыкает к мысли, что сам он ничего не может, что он не адекватен. У ребенка формируется комплекс неполноценности, и неадекватная «я»–концепция. Комплексы неполноценности заставляют избалованных людей уклоняться от выполнения основных жизненных задач: приобретать трудовые навыки, устанавливать эффективные отношения с противоположным полом, становиться конструктивным членом общества. Дефицит адекватного социального интереса компенсируется стремлением постоянно находиться в центре внимания. Взрослые люди с избалованным стилем жизни продолжают считать, что весь мир должен проявлять заботу о них, хотя сами они ничего не дают этому миру.

Стремление быть в центре внимания препятствует налаживанию социального взаимодействия. Более пассивный избалованный стиль жизни проявляется в лени, в стремлении быть объектом заботы других людей. Ленивые подростки и взрослые действительно становятся объектом всеобщего внимания, но это негативное внимание. Семья и друзья пытаются направить их в направлении более конструктивного стиля жизни. Если ленивый человек не получает достаточно внимания к себе, то он озлобляется.

У детей, которых воспитывали авторитарные родители, также формируется комплекс неполноценности, основанные на ощущении собственной беспомощности и невозможности самому управлять своей жизнью. Бессилие в детском возрасте формирует деструктивные жизненные цели, например, желание власти, чтобы никому больше не позволить управлять собой и не переживать острую неполноценность. Человек, активно стремящийся к власти, может восстать против общества. Бунтари могут прикрываться различными социальными лозунгами, но их конечная цель - получить столько власти, чтобы никогда больше не позволять другим управлять собой. Более пассивная форма стремления к власти проявляется как упрямство и нежелание идти на компромисс даже в малом.

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

Одним из самых распространенных невротических стилей жизни, формирующихся под влиянием авторитарных родителей, является принудительный стиль жизни. Если родители постоянно оскорбляют ребенка, унижают и высмеивают его, видят в нем одни недостатки, формируется навязчивый комплекс неполноценности, когда человек ощущает себя бессильным решать свои жизненные проблемы. Такие люди постоянно пребывают в нерешительности, потому что боятся потерпеть неудачу. Они придумывают различные ритуалы, которые уберегли бы их от неудачи. Ритуал, или навязчивое повторение одних и тех же действий, устраняет ощущение течения времени – а такой человек боится жить и развиваться. Ритуал также защищает личность от полной потери самоуважения.

Навязчивые состояния – это компенсация, дающая почти безграничное ощущение собственной власти над всем миром. Навязчивый ритуал — это арена борьбы добра и зла во вселенной, и повелителем на этой арене выступает сам невротик. Поведение людей, страдающих неврозами навязчивых состояний, характеризуется уверенностью в том, что выполнение ритуалов способно спасти весь мир от враждебных сил, от смерти и неизлечимых болезней. Поэтому они постоянно проверяют, выключен ли газ, кладут нож на стол под строго определенным углом. Невозможность для невротика повторить ритуал чревато страшными последствиями для всего мира. Неспособность добиться успеха в чем-то большом в жизни, компенсируется выполнением ритуалов, в которых все во власти невротика.

Дети, с которыми жестоко обращались, более склонны мстить, чем помогать обществу. Став подростками, а затем взрослыми людьми они усваивают злобный стиль жизни, стремясь к превосходству через агрессию в отношении общества, которое равнодушно и жестоко по отношению к ним. Более пассивная форма мести или пассивно-агрессивный стиль жизни - это пренебрежение другими людьми.

Люди, воспитанные в атмосфере пренебрежения и безразличия к себе, более склонны констатировать свою неполноценность. Они не ждут, что добьются успеха в обществе, которому нет дела до них. Свое превосходство над обществом они проявляют через самоизоляцию. Их самоизоляция означает, что им тоже нет дела до других людей. Чтобы поддерживать в себе шаткое ощущение собственного превосходства, они убеждают себя в том, что самоизоляция не лишает их ничего ценного. Более пассивная форма самоизоляции – констатация того, что, в силу изъянов собственной личности, они не представляют никакого интереса для других.

Деструктивные цели патологических личностей, как правило, формируются в семье. Эти цели можно понять, но сами по себе они являются ошибочными. Деструктивные цели патологических личностей формируются на основе так называемых базовых ошибок: формирование базовых ошибок проходит в виде обобщения конкретных житейских случаев и их перенесения на все общество. Конкретные родители или братья и сестры могут быть жестокими и равнодушными, вызывать желание мести или самоизоляции. Но судить обо всем обществе по нескольким людям может только человек с иска-

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

женным мировосприятием, неспособным налаживать конструктивные межличностные отношения.

Другой причиной для формирования базовых ошибок является искаженная обратная связь, получаемая в общении с людьми, если ребенок сталкивается с родительским равнодушием, он может сделать вывод, что не заслуживает внимания к себе.

С годами оказывается, что патологически жизненный стиль, избранный человеком для реализации своей деструктивной жизненной цели, не сделал жизнь более полной. Например, злобный мститель вместо чувства превосходства обнаруживает, что стал преступником. Пассивный пьяница, стремящийся к превосходству над другими через алкоголь, обнаруживает, что бывает полностью счастлив только когда он совершенно пьян. Невротический зануда обнаруживает, что достиг совершенства в занудстве.

3.1.3. Теория терапевтического процесса.

Стили жизни формируются в молодом возрасте. Многие клиенты не желают даже думать о том, что проблемы в их жизни создает избранный ими стиль жизни. Они предпочитают считать себя жертвами невезения или обстоятельств. Следовательно, терапия должна быть направлена на анализ когнитивного аспекта стиля жизни клиента и помочь клиенту осознать, как он нацелил свою жизнь на достижение деструктивных целей.

3.1.3.1. Развитие сознания

3.1.3.1.1. Работа клиента

Поскольку стиль жизни проявляется во всем, что делает человек, клиент неизбежно раскрывает свой истинный характер. То как клиент ведет себя, как разговаривает, как сидит, пишет, отвечает на вопросы, как оплачивает счета — на всем лежит персонализированный отпечаток уникального стиля жизни. Для того, чтобы клиент осознал свой стиль жизни тем самым облегчил свое психологическое состояние, в адлерианской терапии используются сновидения, ранние воспоминания, очередность рождения. Клиент не только сообщает терапевту информацию, он активно вовлекается терапевтом в анализ своего стиля жизни и тех целей в жизни, на достижение которых направлен стиль жизни.

Осознанию собственного стиля жизни и связанных с ним психологических расстройств способствует чтение литературы. Это называется библиотерапия. Адлер и его последователи были среди первых психотерапевтов, писавших книги, предназначенные помочь людям, не имеющим психологического образования. Поэтому можно порекомендовать клиенту чтение этих книг.

Адлер определял следующие 6 целей библиотерапии:

1 Образование, направленное на передачу психологических знаний
2 Чтение клиентом литературы, стимулирующей терапию
3 Анализ того, как формируются и достигаются цели

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

4 Развитие понимание клиентом себя и других людей

5 Вовлечение клиента в жизнь общества через создание образцов для подражания и наставничество

6 Закрепление изменений стиля жизни, достигнутых в процессе терапии

3.1.3.1.2. Работа терапевта

При развитии сознания клиента, адлерианские терапевты во многом полагаются на ту важную информацию, которую сообщает о себе клиент. Адлерианская интерпретация – это не установление причинных связей между событиями в прошлом и проблемами в настоящем. Прошлое связано с настоящим лишь в одном отношении – оно показывает, что стиль жизни клиента не изменился. Интерпретации нацелены на то, чтобы связать прошлое и настоящее с будущим. Интерпретация помогает клиенту осознать смысловое наполнение своей жизни, связь между прошлым и настоящим с целями в будущем. Клиенты должны осознать связь между своим патологическим поведением и теми целями жизни, которые были ими намечены в раннем возрасте.

Терапевт должен провести по возможности полный анализ жизненного стиля клиента. Анализ жизненного стиля включает анализ структуры семьи клиента: очередность рождения, пол других детей в семье, наличие обоих родителей, какие чувства клиент чаще всего испытывал, будучи ребенком – всеми этими факторами определяется выбор клиентом стиля жизни. Интерпретация ранних воспоминаний клиента (анамнез) позволяет выяснить то, располагала ли семейная атмосфера к компенсации чувств неполноценности за счет усвоения социально конструктивного стиля.

Анализ стиля жизни также включает в себя анализ базовых ошибок, допущенных клиентом при выработке своего мировоззрения. Наиболее распространенные базовые ошибки следующие:

1. Широкие обобщения («всем все равно», «никому нет дела»),
2. Искажение требований, предъявляемых жизнью («в жизни нельзя преуспеть»).
3. Минимизация собственной ценности («я неадекватный», «я домохозяйка»),
4. Нереальные цели («мне приходится всем угождать»),
5. Ложные ценности («добивайся своего, чего бы это ни стоило»).

В отличие от многих терапевтических систем, адлерианцы не останавливаются на анализе проблем клиента. В их задачу также входит установление обратной связи с клиентом – сообщение клиенту о его позитивных качествах. Определение позитивных качеств клиента – одна из составляющих анализа стиля жизни. Анализ стиля жизни клиента – первая фаза адлерианской терапии. Далее в ситуации «преподаватель-студент» терапевт зачитывает клиенту составленное заключение о стиле жизни клиента. Клиент может выразить свое согласие или несогласие с заключением, которое составил терапевт. Терапевт может далее внести изменение в составленное заключение, либо может отнестись к замечаниям клиента как к проявлению упорства в нежелании

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

реально посмотреть на свой стиль жизни, если это так на самом деле.

Интерпретация заключения о стиле жизни клиента включает и обратную связь с клиентом, и обучение клиента. Обратная связь: терапевт интерпретирует сообщенные клиентом сведения о структуре семьи, о чувствах неполноценности у клиента, о позитивных качествах и о базовых ошибках клиента. В то же время, клиент обучается теории конструирования стиля жизни: таким понятиям, как креативное "я", социальный интерес, стремление к превосходству. При интерпретации жизненных целей и демонстрации базовых ошибок , связанных с тем, что клиент руководствовался эгоистическими ценностями вместо социального интереса, адлерианцы обучают клиентов новой философии жизни. С точки зрения адлерианцев, терапия не является полной, если она не содержит философии жизни.

Показателем того, меняется или нет стиль жизни клиента, является анализ сновидений. Сновидения – это средство решения будущих проблем. То, какие сны снятся человеку, показывает то, каким образом этот человек стремится решать повседневные проблемы. Сновидения — это репетиция вероятных альтернатив будущих поступков. Если клиент решает подождать и пока не действовать, он будет забывать сновидения. Если человек хочет убедить себя не предпринимать каких-либо действий, ему будут сниться кошмары. Об отсутствии прогресса в терапии говорят краткие сновидения, в которых почти ничего не происходит. Клиенты, стремящиеся к решению своих проблем, будут творчески анализировать собственные сновидения. Помогая клиенту интерпретировать свои сновидения, терапевт помогает осознать новые творческие альтернативы осуществления жизненных задач.

3.1.3.2. Управление вероятностями проявления реакций

3.1.3.2.1. Работа клиента

Поскольку в адлерианской терапии применяется когнитивный подход к изменениям, уменьшение вероятности невротического реагирования достигается путем переоценки клиентом своих будущих целей. Переоценивая свои цели, относящиеся к власти, мести, внимании окружающих, клиенты уменьшают подкрепление таких стимулов, как нахождение в центре внимания или управление другими людьми. В процессе переоценки эгоистических целей, клиенты могут поупражняться в поведении, нацеленном на социальный интерес, чтобы на себе испытать каково это — руководствоваться социальным интересом. После того, как клиент получит положительный эмоциональный опыт в ходе оказания помощи другому человеку, клиент сможет более реалистично сравнивать и оценивать последствия своей прежней эгоистичной жизни.

3.1.3.2.2. Работа терапевта

Одним из приемов, применяемых терапевтом для того, чтобы клиент подверг переоценке свои эгоистичные цели, является придумывание таких образов, в которых была бы схвачена самая суть целей клиента. Клиента, ко-

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

торый постоянно стремится быть в центре внимания, можно попросить представить себя клоуном, который находится в центре внимания, потому что над ним смоются. Можно дать клиенту игрушечного клоуна и попросить представить себя на его месте. Такие образы заставляют клиента посмеяться над своим стилем жизни, без презрения к себе. После того, как клиент посмеялся над игрушкой, ценность нахождения в центре внимания уменьшается.

Кроме того, адлерианцы дают клиенту задания, выполнение которых позволяет испытать социальный интерес. Например, терапевт может дать клиенту задание каждый день делать что-нибудь, что доставляло бы удовольствие другому человеку.

По мере того, как происходит изменение ценностей клиента, терапевт применяет такие приемы, которые препятствуют возвращению клиента к прежнему стилю жизни. Например, клиенту предлагается схватить себя каждый раз, когда у клиента возникает желание вернуться к деструктивным формам поведения – слишком много есть или пить, например, предлагается засунуть обе руки в банку, тогда такое деструктивное поведение станет невозможным.

3.1.3.3. Развитие самоконтроля.

3.1.3.3.1. Работа клиента

В раннем возрасте человек сделал выбор в пользу какого-то конкретного стиля жизни. Впоследствии человек в состоянии сделать выбор в пользу радикального изменения своего стиля жизни. После того, как человек полнее осознал цели своей жизни и сравнил свои эгоистичные цели с социальными, клиент получает большую свободу выбора: сохранять прежний стиль жизни, либо создать новый стиль жизни. Многими людьми высоко ценятся такие жизненные цели, как стремление к власти или стремление быть в центре внимания, и нет никакой гарантии, что клиенты откажутся от этих целей ради социального интереса. Клиент может сделать выбор в пользу прежнего стиля жизни, просто потому что он привык так жить, ему так спокойнее.

3.1.3.3.2. Работа терапевта

Терапевт не ставит клиента перед лицом внезапного и драматического изменения стиля жизни. Терапевт применяет такие приемы, которые позволяют клиенту испытать новые альтернативы в своей жизни.

Один такой прием называется "как если бы". 35-летняя вдова 6 лет прожила без супруга, и решила, что было бы неплохо завязать с кем-нибудь отношения. Один человек был ей по сердцу, но он не проявлял никакой инициативы и никуда её не приглашал. Терапевт, видя, что она не приближается к своей цели, предложил ей самой проявить инициативу. Она ответила, что это хорошая мысль, но она не такая женщина, которая делает первый шаг в отношениях с мужчиной. Тогда терапевт посоветовал ей оставаться такой, какая она есть, но при этом представить себя, как если бы она была раскрепощен-

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

ной женщиной.

С клиентами, которым мешает меняться собственная эмоциональность, применяется прием «нажми кнопку», демонстрирующий клиенту то, что он в действительности способен контролировать собственные эмоции. Клиент должен закрыть глаза и представить самые счастливые события своей прежней жизни. Клиент должен осознать то, какими чувствами сопровождаются представляемые события. Затем терапевт просит клиента вспомнить самые унизительные события своей жизни, когда клиент испытывал страдание и боль, и обратить внимание на то, какими чувствами сопровождаются представляемые события. После этого опять нужно представить себе приятные события. Клиент как бы нажимает на кнопку, произвольно вызывая у себя те или иные эмоции. Клиент учится когнитивному управлению своими эмоциями нажатием кнопки. Тем самым клиент освобождает свой стиль жизни от одолевавших в нем эмоций.

3.2. Терапевтическое содержание адлерианской терапии

3.2.1. Внутриличностные конфликты

Психологические проблемы представляются в первую очередь как имеющие интраличностную природу, что проявляется в усвоении в раннем возрасте деструктивного стиля жизни. Адлерианская терапия традиционно проводится в индивидуальном формате. Ученик Адлера Дрейкурс (1959) считается первым, кто в частной практике стал применять групповую терапию. Поскольку деструктивный стиль жизни проявляется прежде всего в межличностных отношениях, групповой контекст позволяет терапевту собрать важную информацию о том, как клиент общается с другими людьми.

3.2.1.1. Тревога и защиты

Несмотря на то, что стиль жизни может быть деструктивным, он есть самозащита и дает человеку уверенность и спокойствие. Когда терапевт ставит под сомнение привычный стиль жизни, у клиента возникает тревога, клиент начинает оказывать терапевту сопротивление. Назначение тревоги – испугать терапевта и заставить его отказаться от продолжения терапии. Тревога препятствует совершению клиентов действий, обеспечивающих прогресс в терапии. Внимание клиента переключается от решения жизненных задач на переживаемую тревогу, клиент сосредотачивается на самом себе. Терапевт не должен прямо проявлять беспокойство в связи с возникновением у клиента тревоги. Однако, терапевт должен учитывать, что клиент в состоянии тревоги избегает непосредственного анализа своего деструктивного жизненного стиля. Тревога – это предлог, который используется клиентом для оправдания нежелания изменять прежний стиль жизни, обеспечивающий уверенность и защищенность.

Наиболее распространен механизм защиты, который называется компенсация. Компенсация – это не защита от тревоги самой по себе, это скорее защита от чувства неполноценности. Сака по себе компенсация не создаст ка-

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

ких-либо проблем. Компенсация – это цель, к которой человек стремится, чтобы почувствовать себя великим, невзирая на то, ведет ли компенсация к проблемам или нет. Человек, у которого имеется недоразвитие какого-либо органа, для компенсации, связанного с этим чувства неполноценности, может стать «самым больным в мире Карлсоном» (ипохондрия). Либо может стремиться стать врачом, но не простым, а выдающимся врачом. Адлерианская терапия предназначена перенацелить стремление к компенсации с эгоистических целей на социально полезные цели.

3.2.1.2. Самоуважение

Уже так много говорилось о чувстве неполноценности, что легко понять центральное место в адлерианской терапии занимает самоуважение. Секрет решения проблем, связанных с самоуважением, заключается не в том, чтобы уверить дезадаптивных людей в том, что на самом деле у них все в порядке. Невозможно также повысить в человеке самоуважение, заставляя его подробно анализировать то, что происходило с ним в раннем возрасте. Парадокс самоуважения заключается в том, что оно перестает существовать как проблема тогда, когда у человека появляется стимул забыть о себе прежнем и начать жизнь как будто бы он стал другим человеком. Прочное ощущение самоуважения может быть достигнуто, если создать такой стиль жизни, который имеет ценность для остального мира. Живете такой жизнью, которая была бы значима для других людей, и высочайшее самоуважение придет само собой.

3.2.1.3. Ответственность

Избавление от патологии предполагает, что человек сможет взять на себя двойной груз – ответственность за себя и ответственность за общество. Успешно осознав то, что собственное креативное "я" в конечном счете отвечает за преобразование объективных фактов в наполненные личностным смыслом события, человек оказывается перед лицом ответственности за выбор таких целей, которые сделают будущее наиболее совершенным.

Приняв на себя ответственность за то, как проживать свою жизнь, человек должен принять на себя ответственность за то, каким образом его стиль жизни будет влиять на окружающих, на общество.

3.2.2. Межличностные конфликты.

3.2.2.1. Интимность и сексуальность

Люди, преследующие эгоистичные интересы, не должны удивляться тому, что их эгоизм является препятствием к налаживанию близких отношений с людьми. Установление близких отношений предполагает способность поставить интересы значимого для нас человека выше наших собственных интересов. Близкие отношения также предполагают способность к сотрудничеству в достижении общих целей. Эгоизм, который прямо свидетельствует о психопатологии, препятствует такому близкому сотрудничеству. Однако, многие оказываются удивлены тем, что не могут жить двоякой жизнью одновре-

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

менно – они хотят добиваться своих эгоистичных целей, но чтобы при этом семья и брак не распадались. Люди занимаются самообманом, надеясь, что могут быть безжалостными и доминирующими на работе и проявлять заботу и сотрудничество в семье. Претензия на такую двойную жизнь может себя оправдывать какое-то время, но постепенно эгоизм возьмет верх и в отношениях с близкими людьми.

Адлер не считал, что сексуальный мотив является определяющим в поведении человека, но сексуальные отношения Адлер считал одной из важнейших задач жизни человека. Разделение по половому признаку является биологическим фактом, и нужно научиться относиться к этому факту так, чтобы сексуальные отношения были взаимно удовлетворительными. Человек должен общаться не с противоположным полом, а просто с другим полом. Половые роли отчасти определены культурой. Не нужно видеть врагов в представителях другого пола. Сам термин "противоположный пол" стимулирует соперничество и конфликт, а не сотрудничество между людьми.

3.2.2.2. Коммуникация

Врожденная способность к овладению языком свидетельствует о том, что люди от рождения являются социальными существами. Однако, сам по себе язык не обеспечивает гарантию эффективной коммуникации. Проблемы в коммуникации и общении – это краеугольные проблемы сотрудничества с людьми. Эффективная коммуникация по своей сути есть стремление к сотрудничеству. Если из эгоистичных соображений человек скрывает информацию и обманывает другого, чтобы получить личную выгоду, такая коммуникация перерастает в конфликт. При диадных конфликтах на почве соперничества часто присутствуют жалобы на непонимание со стороны партнера. Люди разного пола могут эффективно общаться с друзьями своего пола, но жалуются на непонимание в диаде с представителем другого пола. Это проявление соперничества полов. Терапия решает задачу не по коррекции общения, а по переориентации ценностей пары на общие цели, по замене эгоистических интересов каждого партнера общими интересами пары.

3.2.2.3. Враждебность

Первоначально Адлер считал агрессивный инстинкт важнейшим человеческим мотивом. Впоследствии он пересмотрел свою позицию и включил агрессивность в одно из проявлений стремления к превосходству. Сегодня очевидно, что агрессивность – самый ложный из всех ложных путей к превосходству. Для тех людей, которые не стремятся к самосовершенствованию через участие в общественных делах, ощущение своего превосходства достигается через насилие над другими. Взгреть кого-нибудь, взять на мушку, пригрозить кому-нибудь – все это способно превратить человека с развитым комплексом неполноценности в гиганта, способного уничтожить другого. Агрессивность – это отрицание того, что жизнь другого человека имеет ценность. Агрессивность – это наихудшее проявление убежденности в том, что эгоистичный интерес выше социального интереса. Рост насилия в современном

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

обществе – это свидетельство преобладания убежденности в том, что "я" выше общества.

3.2.2.4. Контроль

У каждого человека существует потребность в управлении другими людьми. Однако, патологические личности стремятся к господству над другими. Как правило, такая патология развивается у людей, родители которых были авторитарны. Они стремятся доминировать над другими, чтобы никогда больше не переживать острой неполноценности, которую они переживали в семье. Избалованная личность – это более утонченный деспот, применяющий такие невротические симптомы, как тревожность, депрессия и ипохондрия, чтобы заставить других исполнять каждую свою прихоть. Избалованные люди приучены к тому, что их проблемы будут решать другие люди. Они не приучены опираться на свои силы.

Управление другими дает ощущение уверенности в превосходстве и гипертрофированную убежденность в собственной значительности. Поэтому терапевт должен быть готов к тому, что клиент будет применять скрытые и явные маневры для управления терапевтом и терапией. Терапевт должен уметь применять контрманевры. Клиент может жаловаться на плохое самочувствие, на то, что он не способен ничего изменить, будет подчеркивать собственную значимость, говоря: «У вас никогда не было такого тяжелого случая, как мой». Терапевт не должен показывать, что все это производит на него какое-то впечатление. Терапевт не стремится выиграть в игре за доминирование с клиентом, терапевт стремится довести до сознания клиента, что он, терапевт, не желает сотрудничать с маневрированием клиента.

3.2.3. Социальные конфликты

3.2.3.1.Адаптация/трансцендирование

Проблема адаптации/трансцендирования не должна решаться как проблема противопоставления человека обществу. Стремление к трансцендированию – это синоним стремления к превосходству. В обоих случаях существует тенденция к повышению уровня индивидуальной адаптации путем достижения более совершенной и полной жизни. Ни один здоровый человек не будет стремиться к противопоставлению себя обществу. Здоровый человек – это интегральная часть общества. Только снобы и так называемая элита чувствуют себя хорошо от сознания того, что их окружают заурядные люди. Здоровые люди желают помочь всему обществу стать более совершенной социальной системой.

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

3.2.3.2. Управление импульсивностью

Социализирующая роль родителей и терапевтов заключается не в том, чтобы тормозить вредоносные импульсы, а в том, чтобы развивать в человеке социальный интерес. Детей нельзя считать биологическими существами, задачей которых является научиться обуздывать деструктивные мотивы. Дети – это, прежде всего, социальные существа, готовые к сотрудничеству с родителями и учителями, если родители и учителя будут стремиться к сотрудничеству. Соответственно, импульсы должны быть направлены на просоциальные цели. Драйвы сами по себе никуда не направлены. То, что они становятся направлены к разрушению и к доминированию, определяется существованием первичной дилеммы – чему отдать предпочтение: доверию или соперничеству в отношениях. Такие импульсы, как секс и агрессия, можно подчинить высшему социальному интересу: чтобы обоим супругам было хорошо, или чтобы защитить общество от агрессоров. Импульсы становятся проблемой для общества только тогда, когда общая направленность стиля жизни антисоциальная, а не просоциальная. Импульсы угрожают выйти из-под контроля не потому, что человек вообще слабо социализирован, а потому что человек не признает общества и не живет ради общества.

3.2.4. От конфликтов к самореализации

3.2.4.1. Смысл жизни

Смысл жизни возникает из того, как мы живем. Смысл жизни не дан человеку от рождения. От рождения нам дано креативное "я", формирующее смысл нашей жизни. Из сырого материала нашего генетического наследия и впечатлений раннего детства мы формируем значимые для нас цели и средства достижения этих целей. Если наши цели достаточно благородны, то и наш стиль жизни становится произведением искусства, посвященным человечеству. Если цели нашей жизни банальны, то и в нашем стиле жизни отражаются не общечеловеческий смысл, а общечеловеческие ошибки. Базовая ошибка, приводящая многих людей к отчужденности – это уверенность в том, что наше существование осмысленно, только если оно посвящено нашему драгоценному «я». Креативное "я" стремится к полноте жизни не за счет обращения внутрь самого себя и отворачивания от мира, а за счет установления связи с устремлениями человечества.

3.2.4.2. Идеальная личность

Идеальная личность движима не своими сиюминутными потребностями, а общечеловеческими потребностями. Уважение к себе достигается из сознания того, что миру нужны неравнодушные люди. Энергия не растрачивается на невротические защиты, на поиски оправданий того, почему человек ничего не делает для общества.

Здоровая личность во всем мире у себя дома. Социальный интерес здоровой личности – это не абстрактный идеализм, это прагматическая цель, яв-

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

ляющаяся залогом психологического здоровья. Не ощущается конфликта между личными интересами и интересами других людей, человек стремится к сотрудничеству. Стремление к безопасности и к успеху отвергается во имя общего блага. Здоровый человек не противопоставляет себя другим и тем более не считает себя ниже других. Здоровый человек – сторонник равенства, чувствующий глубинную связь со всеми людьми в мире, несовершенный, как все люди и стремящийся к благу всех людей.

3.2.5. Терапевтические взаимоотношения

Терапевтические взаимоотношения – это центральная часть процесса помощи клиенту в переориентации на здоровый социальный интерес, что делает клиента свободнее. Одним из факторов переориентации клиента на истинный социальный интерес является демонстрация терапевтом того, что он не равнодушен к нашему благополучию клиента. Терапевтические взаимоотношения – это прототип социального интереса. Такие ценности, как любовь, вера и надежда неотделимы от социального интереса и от эффективных терапевтических взаимоотношений.

В позитивном отношении терапевта к клиенту проявляются любовь и забота о ближнем. Готовность терапевта к равноправному общению наполняет клиента уверенностью в собственной способности находить решения серьезных проблем. Терапевт – это не врач, который должен исцелить клиента, неважно насколько беспомощным можем представляться избалованный клиент, стремясь возложить на терапевта решение своих проблем. Терапевт – это, скорее, учитель, который рекомендует, что почитать (библиотерапия), дает домашние задания поупражняться в том или ином поведении, подбадривает и поощряет клиента, не позволяя ему упасть духом. Терапевт создает у клиента уверенность в том, что несовершенный человек способен сделать свою жизнь совершенной. Клиенты прекрасно сознают собственное несовершенство и готовы разделить уверенность терапевта. Вера и любовь, которыми наполнены терапевтические взаимоотношения, дают клиенту надежду на то, что удастся преодолеть негативный опыт предшествующей части своей жизни. Любовь, вера и надежда, вселяемые терапевтом через эмпатию, заставляют клиента осознать важность социального интереса, важность одного человека для другого. Клиент получает возможность порвать с эгоистическим существованием и начать жить для других.

3.2.6. Практика адлерианской терапии

Адлерианцы отличаются гибкостью и новаторством в формальных аспектах психотерапии. Формат может быть традиционным индивидуальным, может быть диадным при терапии супругов, возможен множественный формат: два или более терапевтов работают с одним клиентом, либо группа терапевтов работает с группой клиентов. Множественный формат впервые предложил Дрейкурс (1950г.) в целях предупреждения перенесения и контрперенесения. Присутствие двух терапевте позволяет клиенту наблюдать то, как два разных человека сотрудничают друг с другом.

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

Адлерианская терапия популярна в образовательных целях – обучение родителей тому, как воспитать в детях желание сотрудничать с другими людьми, заботиться о других людях, живя в условиях дружелюбной группы, в которой, тем не менее, при всех демократических правилах существуют жесткие ограничения. Аналогичные сессии проводятся с супружескими парами, которые могут либо просто сидеть и слушать, что рассказывают другие, либо выходить в центр и обсуждать с другими проблемы своего брака, получая от аудитории поддержку и предложения, как решить проблемы. Адлераинцы создают в психиатрических клиниках и за их пределами социальные клубы, в которых у клиентов формируется социальный интерес. В социальных клубах акцентируются позитивные стороны каждого человека. Если в терапии каждый клиент сосредоточен на своих слабых сторонах, то в социальных клубах акцентируются социальные аспекты личности.

Адлерианские подходы к терапии также отличаются гибкостью с точки зрения оплаты и продолжительности. Терапевт должен доказать, что он привержен социальному интересу и готов работать бесплатно.

Вообще, адлерианцы работают с любыми клиентами, но, прежде всего с подростками-правонарушителями, с преступниками, с семьями и организациям. В работе со школьниками, адлерианцы помогают определить ценности и наметить конструктивные цели для дальнейшего приложения своей энергии. Широко применяется адлерианская терапия при конфликтах на производстве, в целях проведения организационных изменений.

Движение адлерианцев сосредоточено преимущественно в США. Там существуют несколько институтов, выдающих сертификаты по психотерапии, консультированию и педагогике. Чтобы быть адлерианцем, мало только иметь сертификат, нужно сформировать у себя социальные цели. Поэтому среди адлерианцев много педагогов, священников, людей без специальной профессиональной подготовки. Много также профессиональных психологов.

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

Вопросы для самоконтроля к теме 3 «Адлерианская терапия»

1. Каков основной мотив человеческой личности по А. Адлеру?
2. Что означает достичь превосходства?
3. Какими способами может выражаться стремление к превосходству?
4. Что отражается в придуманном смысле жизни?
5. Из чего возникает стремление к высшим идеалам?
6. По каким причинам возникает комплекс неполноценности?
7. Что означает понятие "маскулинный протест"?
8. В чем отличие Фрейда от Адлера в отношении к женщинам?
9. Что определяет комплекс неполноценности?
10. Что такое стиль жизни?
11. Каким образом влияет на стиль жизни опыт раннего детства?

12. Что представляет собой креативное "я"?
13. Почему необходимо принимать во внимание то, в каком обществе формируется личность?
14. Какие интересы отражаются в здоровом стиле жизни?
15. Какое определение дал Адлер социальному интересу?
16. В какой семейной атмосфере формируется здоровая личность?
17. В какой семейной атмосфере формируются патологические личности?
18. Какими эгоистическими целями заменяется социальный интерес?
19. Во что превращаются эти эгоистические цели?
20. Какой стиль жизни формируется, когда родители делают за своего ребенка то, с чем ребенок может вполне справиться сам?
21. Чему препятствует стремление быть в центре внимания?
22. Какой стиль жизни формируется, когда родители постоянно оскорбляют ребенка, унижают и высмеивают его, видят в нем одни недостатки?
23. Почему люди с подобным комплексом неполноценности постоянно пребывают в нерешительности?
24. От чего защищает личность ритуал, или навязчивое повторение одних и тех же действий?
25. Какую компенсацию обеспечивают навязчивые состояния?
26. Какие дети усваивают злобный стиль жизни?
27. Какие люди склонны констатировать свою неполноценность?
28. Где могут формироваться деструктивные цели патологических личностей?
29. На основании чего могут формироваться деструктивные цели патологических личностей?
30. Какой человек способен судить обо всем обществе по нескольким людям?
31. К чему приводит искаженная обратная связь, получаемая в общении с людьми, если ребенок сталкивается с родительским равнодушием?
32. Может ли деструктивная жизненная цель сделать жизнь более полной? Почему?
33. В чём проявляется стиль жизни человека?
34. Что применяется в адлерианской терапии для того, чтобы клиент осознал свой стиль жизни и тем самым облегчил свое психологическое состояние?
35. Что способствует осознанию собственного стиля жизни и связанных с ним психологических расстройств?
36. Что способствует осознанию собственного стиля жизни и связанных с ним психологических расстройств?
37. Назовите цели библиотерапии?
38. На что полагаются адлерианские терапевты при развитии сознания клиента?
39. В чём заключается адлерианская интерпретация?
40. Что включает в себя анализ жизненного стиля клиента?

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

41. Назовите наиболее распространенные базовые ошибки, допускаемые клиентами при выработке своего мировоззрения.
42. Почему, в отличие от многих терапевтических систем, адлерианцы не останавливаются на анализе проблем клиента? Что ещё входит в их задачу?
43. Что включает интерпретация заключения о стиле жизни клиента?
44. Что входит в обучение клиента теории конструирования стиля жизни?
45. Какая терапия не является полной с точки зрения адлерианцев?
46. Что оказывается показателем того, меняется или нет стиль жизни клиента?
47. Что показывает анализ сновидений?
48. Какие сновидения снятся человеку, который решает подождать и пока не действовать?
49. Какие сновидения снятся человеку, который хочет убедить себя не предпринимать каких-либо действий?
50. О чём говорят краткие сновидения, в которых почти ничего не происходит?
51. Как ведут себя клиенты, стремящиеся к решению своих проблем?
52. Чему способствует терапевт, помогающий клиенту интерпретировать свои сновидения?
53. Какой подход к изменениям применяется в адлерианской терапии?
54. Благодаря чему достигается уменьшение вероятности невротического реагирования?
55. Какие задания дает клиенту адлерианский терапевт?
56. Что приобретает клиент, после того, как он полнее осознал цели своей жизни и сравнил свои эгоистичные цели с социальными?
57. Какую цель преследует терапевтический приём «нажми на кнопку»?
58. Когда у клиента возникает тревога? В чём её назначение?
59. Чем оправдывает клиент нежелание изменять прежний стиль жизни?
60. Как называется наиболее распространенный механизм защиты?
61. Что занимает центральное место в адлерианской терапии?
62. Раскройте секрет решения проблем, связанных с самоуважением.
63. Каков двойной груз, который сможет взять на себя человек, избавленный от патологии?
64. О чём впрямую свидетельствует эгоизм?
65. Считал ли Адлер, что сексуальный мотив является определяющим в поведении человека?
66. О чём свидетельствует врожденная способность к овладению языком?
67. Во что превращается коммуникация, когда из эгоистичных соображений человек скрывает информацию и обманывает другого, чтобы получить личную выгоду?
68. Почему адлерианская терапия не решает задачу по коррекции общения?
69. Частью чего оказывается, по мнению Адлера, агрессивный инстинкт?

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

70. Почему агрессивность – это наихудшее проявление убежденности в том, что эгоистичный интерес выше социального интереса?
71. О чём свидетельствует рост насилия в современном обществе?
72. У каких личностей развивается стремление к господству над другими?
73. Синонимом чего выступает стремление к трансцендированию?
74. В чём заключается социализирующая роль родителей и терапевтов?
75. Чему можно подчинить такие импульсы, как секс и агрессия?
76. Когда импульсы становятся проблемой для общества?
77. Почему импульсы угрожают выйти из-под контроля?
78. За счёт чего стремится к полноте жизни креативное "я"?
79. Что представляет собой социальный интерес здоровой личности?
80. Во имя чего отвергается стремление к безопасности и к успеху?
81. Что является одним из факторов переориентации клиента на истинный социальный интерес?
82. Прототипом чего выступают терапевтические взаимоотношения в адлерианской терапии?
83. Какие ценности неотделимы от социального интереса и от эффективных терапевтических взаимоотношений?
84. Уверенность в чём создаёт терапевт у клиента?
85. Каков формат адлерианской терапии?
86. С какими клиентами работают адлерианцы?
87. Что необходимо, чтобы стать адлерианцем?

Тема 4. Экзистенциальная терапия

4.1. Экзистенциальный анализ.

Наиболее видные представители экзистенциальной терапии Людвиг Бинсвангерти, Медард Босс (швейцарцы), центром экзистенциального анализа является Цюрихский университет. Ни Бинсвангер, ни Босс не являются доминирующими фигурами в экзистенциализме, в отличие от того, как Фрейд является доминирующей фигурой в психоанализе, а Роджерс затмил своей фигурой клиентцентрированную терапию. Одной из причин этого является то, что ни Бинсвангер, ни Босс не разработали ни системы, ни теории психотерапии. Босс открыто выступал с антитеоретических позиций. Он писал в 1970 г.: "Я могу лишь надеяться, что экзистенциальная психология никогда не станет теорией, в том значении, как понимается теория в современном естествознании. Все что может дать экзистенциальная психология психологической науке – это научить психологов не выходить за пределы переживаемых и доступных переживанию фактов и явлений, понять их смысл и воздать им должное".

Экзистенциальная терапия определяется самими экзистенциальными психологами как динамическая терапия, обращенная к кардинальным вопросам бытия, как любая антидетерминистская терапия. Поэтому не удивительно, что экзистенциальная школа диффузна, она объединяет теоретиков и

Саратовский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского

практиков, разделяющих одни и те же философские принципы, но реализующих эти принципы в разных технических приемах. Иначе говоря, экзистенциальная терапия – это больше философия по поводу терапии, чем система терапии. Философская база экзистенциализма представлена работами Серена Кьеркегора, Мартина Хайдеггера, Жана-Поля Сартра, Мартина Бубера. Клинические принципы разрабатывали Бинсвангер и Босс. Каждый экзистенциальный терапевт дополняет философские и клинические принципы собственным опытом. Наибольший вклад в систематизацию экзистенциальной терапии внесли Ролло Мэй, Джеймс Бьюдженталь, Ирвинг Ялом и Эрнст Кин (американцы).

4.1.1. Теория личности

Для экзистенциалистов личность – это не устойчивый комплекс индивидуальных черт. Для них существование – это процесс возникновения, становления, отдельные черты этого процесса выделить невозможно. Бытие – это отглагольное существительное, подразумевавшее активный и динамический процесс. Экзистенция существует не внутри индивида, а между людьми и их миром.

Экзистенция – это «бытие-в-мире». Дефисами передается мысль о том, что личность и среда образуют активное единство. Экзистенциалисты отвергают картезианский дуализм, разделяющий ум и тело, переживание и окружение. Бытие и мир неразделимы, потому что и то, и другое создается самим человеком. С точки зрения феноменологии, мир в котором мы живем это наш собственный конструкт, в большей или меньшей степени отражающий конструкты других людей, в зависимости от того, насколько мы придерживаемся общепринятых условностей. Например, в монотеистических религиях мир включает в себя Высшее Существо, с которым можно общаться, а в мире, где живут атеисты, такого духовного существа нет. То же и в терапии: психоаналитик наблюдает в своих клиентах такие динамические процессы, которые для бихевиориста являются фикцией. Бихевиорист будет утверждать, что мы все живем в одном и том же мире, который описан при помощи научных методов. А экзистенциалист будет утверждать, что научный метод сам создан людьми, это человеческий конструкт, поэтому он является неадекватным для понимания того существа, которое создало этот метод. Экзистенциалисты вовсе не стремятся примирить разные мировоззрения. Для экзистенциалиста понять другого человека – значит понять тот мир, который сконструировал этот человек.

Человек существует на трех уровнях мироздания. По-немецки они называются Umwelt, Mitwelt, Eigenwelt.

Umwelt обозначает существование в связи с биологическими и физическими аспектами нашего мира, это «бытие-в-природе».

Mitwelt обозначает мир людей или социальный мир, это «бытие-с-другими».

Eigenwelt буквально означает собственный мир и соответствует тому,

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

как мы воспринимаем, оцениваем и переживаем самих себя, это «бытие-для-себя».

Личности различаются тем, как они существуют на всех трех уровнях бытия. Представьте себя на пляже, на берегу океана. Один человек боится входить в океан, потому что там живут акулы. Другой человек с удовольствием купается в прохладной воде. Одни люди в такой обстановке ищут любви, другие стремятся побыть одни. Один человек присмотрел на побережье участок под застройку, другого раздражает то, что все побережье застроили. Один видит в океане источник всей жизни на планете, другой сводит в океане счеты со своей жизнью.

Когда «мы-с-другими», мы понимаем, что другие люди тоже обладают сознанием и оценивают и судят нас. Это может стать причиной боязни других людей и стремления убежать от людей. Мы можем говорить на поверхностные темы, например, о погоде, чтобы не раскрыть о себе что-то такое, что другим не понравится. Мы представляем себе, что могут другие подумать или почувствовать, глядя на нас, и стараемся вести себя так, чтобы произвести благоприятное впечатление на других. Чаще всего в общении мы стремимся к тому, чтобы произвести благоприятное впечатление на других. Этот уровень существования называется «бытие-для-других». То есть современный человек направлен на других людей.

К счастью, есть особые люди, с которыми мы можем быть самими собой и не думать о том, какое впечатление мы на них производим. Когда мы "существуем-для-нас", мы сами обдумываем и оцениваем наше существование.

Иногда саморефлексия бывает болезненной, и тогда мы избегаем интроспекции. Либо человек будет пить, чтобы уменьшить боль. Либо потянется к наркотикам. Либо замкнется на этом уровне существования и будет испытывать проблемы на двух других уровнях. С точки зрения экзистенциального терапевта, боль или замыкание в себе – это цена, которую мы должны платить за осознанную жизнь, без которой немыслимо здоровое существование.

В процессе попыток создать здоровое существование, перед нами встает проблема выбора наилучшего способа «бытия-в-природе», «бытия-с-другими» и «бытия-для-себя». По мере развития сознания, мы понимаем, насколько сложен мир, насколько вероятны в нем различные интепретации. Природные, социальные и личностные аспекты мира можно интерпретировать десятками различных способов. С точки зрения экзистенциализма, наилучшая альтернатива не в том, чтобы чаще избегать наказаний и как можно чаще получать вознаграждения, как считают бихевиористы, и не в том, чтобы адаптировать наши инстинктивные желания к требованиям среды, как считают фрейдисты.

Наилучшая альтернатива – быть аутентичным, подлинным. С точки зрения экзистенциалистов, аутентичность – награда сама по себе. Аутентичное существование делает личность открытой природе, людям и самой себе. Аутентичная личность не прячет себя от мира и мир от себя. Открытость означает, что аутентичные люди имеют развитое сознание, потому что их выбор –

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

в пользу того, чтобы не прятаться от самих себя.

Аутентичное существование создает свободу спонтанных самопроявлений в общении с другими, когда человек не боится раскрыть перед другими что-то такое, что вступит в противоречие с тем, кем он хочет быть, на что он претендует. Здоровое существование рождает сознание того, что любые отношения, в которые мы вступаем – аутентичны, подлинны, что, если другим есть до нас дело, то им есть дело именно до нас, а не до того фасада, который мы создаем от имени других. Аутентичные отношения позволяют нам полностью доверять другим, потому что мы ждем, что другие будут честны с нами и будут говорить нам правду, а не то, что мы хотели бы от них услышать.

Аутентичное существование является здоровым отчасти потому, что три уровня нашего существования оказываются интегрированными, между ними нет противоречий и конфликтов. Мы ощущаем собственное единство: то, какие мы в природе – это то же самое, какие мы в отношениях с другими и то же самое, какими мы сами себя знаем. Мы не идеализируем сами себя, и нашим отношениям с другими не мешает то, что другие говорят нам не то, что мы хотели бы услышать. Мы не захвачены сами собой настолько, чтобы не обращать внимания на окружающий мир. Здоровое существование создает гармоничные отношения на каждом уровне бытия, не выделяя один уровень в ущерб другим, мы не жертвуем самооценкой ради одобрения окружающих.

Раз аутентичность сулит нам столь много, почему мы не делаем выбор в пользу аутентичности? Почему многие люди переживают внутренний ужас – боясь того, что, если другие узнают, какие мы на самом деле, они не пожелают иметь с нами никаких отношений? Почему современным стереотипом стала личность, направленная на других? Откуда берется страх перед более полным осознанием себя и нашего мира?

Теолог Пауль Тиллих наметил некоторые условия, при которых человек избегает развития сознания. Эти условия создают "экзистенциальную тревожность".

Первый источник – острое осознание того, что мы когда-нибудь должны будем умереть: бытие предполагает "небытие". Факт того, что наше существование прекратится и превратится в ничто, заставляет нас содрогнуться. И если мы будем честны, то осознаем, что самые значимые для нас люди могут когда-нибудь умереть, прекратится не только их собственное существование, прекратится их существование как часть нашего бытия.

Поскольку мы становимся сознательными существами, мы осознаем, что существованию неотъемлемо присуща "необходимость-действовать". Мы должны принимать решения, которые глубоко изменят всю нашу жизнь: в какой школе мы учимся, какую профессию выбираем, с кем вступаем в брак, будем или нет иметь детей. Мы должны действовать, а современному человеку все менее понятно то, на основе чего нужно принимать решения. Мы не можем заранее с достаточной долей уверенности знать, к чему приведут наши решения, поэтому мы постоянно пребываем под угрозой оказаться виноватыми. Не зная вероятных последствий наших решений, мы постоянно причиняем страдания другим людям, не желая этого.

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

Мы одни ответственны за те решения, которые мы принимаем. Ответственность сопряжена с тревогой от сознания того, что мы совершим серьезные ошибки, но мы не знаем – что выбрать, чтобы не совершить ошибки.

Вторым условием тревожного существования является угроза "бессмысленности". Мы стремимся к тому, чтобы все, что мы делаем, было наполнено смыслом. Конкретный смысл каждый раз разный. Но когда мы честны сами с собой и начинаем анализировать значение нашего существования, перед нами возникает проблема: есть ли вообще в жизни какой-нибудь смысл? То, чему мы верили раньше – религия, политика, терапия - утратило свой смысл сегодня. Сам источник смысла может исчезнуть. Каждый терапевт видел, как распадаются браки, заключенные по любви, и не остается в них ничего, кроме скуки. Работа, которая когда-то приносила удовлетворение, стала средством упорядочить свое время.

Отчасти наша тревога возникает из сознания того, что мы сами создаем смысл своей жизни, и сам убиваем этот смысл. Следовательно, смысловое наполнение нашей жизни зависит от нас самих.

Ужасно представить себе, что в нашем существовании нет никакого смысла. Человека деморализует сознание того, что наше существование целиком абсурдно. Если в жизни нет смысла, то не на что опереться; принимая решения, человек не может действовать.

Третьим условием, рождающим тревогу, является "изолированность", фундаментальное "одиночество" человека во вселенной. У человека могут быть самые близкие отношения с другими людьми, но он никогда не станет ими, а они никогда не станут им. Все люди переживают одни и те же психологические состояния, но полностью понять друг друга люди до сих пор не сумели. Кроме того, мы знаем, что следование выбранному нами направлению и смыслу жизни, может привести к отчуждению от других людей. Возможность отвержения нас другими создает страх того, что мы окажемся одиноки в буквальном смысле.

Этими различными источниками "экзистенциальной тревожности" образуется определяющая характеристика человеческого существования: «ограниченность», «конечность». Смерть доказывает конечность отпущенного нам времени, несчастные случаи доказывают, что наши возможности не бесконечны, бессмысленность существования доказывает ограниченность наших ценностей, и неадекватность нашего знания, изоляция и одиночество – это конечность нашей эмпатии, отвержение нас другими – это конечность нашей власти над другими людьми.

Все перечисленные условия образуют область "небытия". Все они имеют принудительный характер – человек должен действовать, человек должен умереть, они все являются отрицанием бытия, которое по определению является открытым и образует область возможного. Возможность определяет ограниченность нашего выбора.

Небытие	**Бытие**
Смерть	**Жизнь**

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

Бессмысленность противостоит Смысл
Ограниченность Возможность
Изоляция Интимность

Каждое понятие отчетливо выступает на фоне противоположного понятия. Бытие характеризуется сознательностью, выбором и свободой. Небытие темно, закрыто и вынужденно. В повседневной жизни мы переживаем бытие как "субъектность" – мы активные субъекты, направляющие собственную жизнь. Небытие – "объектность" – мы объекты, управляемые не собственной волей, а детерминирующими силами.

Аутентичное бытие включает в себя небытие. Бытие исчезает по мере то того, как бытие пытается самоутвердиться, избегая небытия. Наше "я" как сознательный, выбранный и открытый субъект может "быть" только через преодоление экзистенциальной тревожности. Избавление от экзистенциальной тревожности – это избавление от небытия в различных его формах. Например, когда человек избегает выбора и связанных с выбором треволнений, он перестает быть выбирающим субъектом. Аутентичная личность сознает, что существование – это непрерывное перетекание бытия в небытие и обратной. Человек приходит из тьмы небытия, живет в свете сознания и возвращается во мрак смерти. Наш каждодневный цикл аналогичен: наши сегодняшние переживания возникают из вчерашних, а вчерашний день уже больше не существует, а завтрашний день – бессознательное небытие. Поэтому аутентичное бытие существует только в настоящем.

4.1.2. Теория психопатологии

Основа любой психопатологии – ложь. Ложь – это единственный способ убежать от небытия и не допустить экзистенциальной тревоги в наше существование. При соприкосновении с небытием, например – смерть другого человека – у нас два выхода: либо нас охватывает тревога, либо мы лжем. Небытие постоянно присутствует рядом с нами и угрожает прорваться в наше сознание. Ложь всегда ведет к закрытию части нашего мира. Мы стараемся не думать о человеке, с которым произошло несчастье. Осознание несчастных случаев с другими людьми не только рождает в нас экзистенциальную тревогу, но и угрожает раскрыть нашу ложь.

Ложь приводит к «невротической тревожности». Когда мы испытываем тревогу от того, что не видим, куда делся ребенок, мы испытываем невротическую тревожность. Экзистенциальная тревожность – это честная реакция на небытие. Невротическая тревожность – это неаутентичная реакция на бытие. Мы стремимся всегда держать ребенка в поле зрения, от этого мы лучше себя чувствуем. Ребенок стремится покинуть родителей, чтобы жить более полной и свободной жизнью. Это важно для его собственного существования. Родители провожают и встречают детей из школы, приходят в школу на переменах, иначе они испытывают тревогу. Мы можем беспрестанно звонить

Саратовский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского

дорогому человеку, притворяясь, что хотим что-то сказать, а на самом деле мы хотим убедиться, что с ним/ней все в порядке, чтобы уменьшить свою тревогу. Когда тревога становится особенно острой, мы говорим себе, что у нас нет другого выбора – мы должны позвонить.

Когда невротическая тревога вынуждает нас действовать, чтобы уменьшить тревогу, у нас развиваются симптомы психопатологии, например навязчивые состояния. Говоря себе, что мы должны проверить – всё ли в порядке с нашими родными – мы становимся объектом, который ограничивает бытие близких. Симптомы патологии – объективизация себя. Патология – это восприятие себя лишенным воли объектом. Это как в кошмаре, когда кто-то за нами гонится, мы хотим бежать и не можем сдвинуться с места. Человек попадает в ловушку собственной лжи. При психопатологии один уровень бытия становится приоритетным за счет других. В нашем случае приоритетным становится уровень "бытия-с-другими" – с нашей семьей – за счет "бытия-в-природе" и "бытия-для-себя". Мы должны "быть-с-другими", иначе нас переполнит невротическая тревожность.

Ложь встречается на любом уровне существования. Есть много примеров "лжи-в-природе". Многие люди предпочитают считать, что их жизнью управляют биологические драйвы, а не брать на себя ответственность за поиск здоровых форм удовлетворения своих естественных желаний. Такие люди говорят себе, что они должны есть и есть, и есть, или должны пить или курить, или насиловать. В некоторых терапевтических системах, например, в психоанализе, поддерживается такая биологическая объективизация человечества. Однако, верить или не верить в эти мифы – каждый решает для себя сам.

Ипохондрики лгут о природе своих болезней. Они придерживаются теории, согласно которой болезней можно избежать, только если чаше и быстрее обращаться к врачу. Для ипохондрика собственное тело – постоянный источник тревоги. Когда они убедили себя в том, что должны с каждой царапиной бежать к врачу, промедление в обращении к врачу наполняет их невротической тревогой. Они позволяют болезням и врачам управлять собой, отказываясь от собственной воли. Жизнь их пугает. Они ищут защиты от жизни у врача. "Ложь-в-природе" уменьшает их способность "быть-с-другими" или "быть-для-себя", потому что не могут ни говорить, не думать ни о чем, кроме своих болезней.

Для параноидальных личностей жизнь полна злых сил, которые стремятся их уничтожить. Пища, вода, воздух – всё отравлено, нужно постоянно быть начеку.

Наиболее распространенный уровень лжи – "ложь-для-других". В раннем возрасте человек узнает о том, что можно добиваться успеха, представляя себя не таким, какой ты есть на самом деле. Дети достаточно умны, чтобы видеть, что возможность солгать может стать источником власти. Возможность влиять на других, представляя себя в таком виде, каким тебя хотят видеть применяется многими людьми. Конечно, каждый раз существует опасность того, что тебя разоблачат, и тогда будет стыдно. После долгих лет лжи у человека возникает ощущение того, что если бы люди узнали то, какие мы на

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

самом деле, то мы оказались бы в изоляции. Поэтому все больше времени тратится на то, чтобы "лгать-другим", а не "быть-с-другими".

Рабы хвастаются своей способностью "лгать-другим". Они называют это умением себя преподнести и считают это единственной дорогой к успеху. Когда от них ждут улыбки – они улыбаются, когда нужно другим, чтобы они сформировали свое "я", они его формируют. Когда другие покупаются на ложь, то все счастливы. Лгуны счастливы, что добились своего малой, как им представляется, ценой. Они лгут себе, что настанет день, и они будут свободны ото лжи. Эта новая жизнь начнется, когда они устроятся на работу, либо вступят во владение собственностью, либо получат повышение.

Мы можем спросить себя: какая же это патология? Это есть на каждом шагу. Это можно сказать, естественно. Способность откладывать получение удовлетворения, удовлетворения от возможности быть самим собой - неотъемлемая составляющая нашего общества. Без умения разыгрывать роли нельзя занять хорошего места на рынке. Эти недосягаемые европейские экзистенциалисты считают здоровыми только аутентичных людей. Но мы не должны отождествлять статистически нормальное отчуждение от самих себя и психологическое здоровье. Когда все время нужно идти на компромисс, здоровая личность будет от этого страдать, а не прятаться за статистическими данными, которые говорят о том, что в той или иной степени на компромисс идет каждый человек.

"Ложь-для-себя" имеет более сложный характер. Во-первых, необходимо сознательно сделать выбор в пользу самообмана. Далее, в какой-то момент обычно в раннем возрасте мы начинаем верить в собственную ложь. Можно создать себе идеализированный образ "я": я никогда не впадаю в гнев, я всегда держу себя в руках. Я могу впадать в депрессию, но я всегда держу себя в руках. Тогда для защиты этого идеализированного образа, придется заглушить в себе многие чувства, чтобы держать себя все время в руках и никогда не впадать в гнев.

Психоаналитик сказал бы, что человек бессознательно подавляет свой гнев. Экзистенциалист возразит, что, для того, чтобы отгородиться от "плохой" части своего "я", нужно знать, что гнев – это плохо. Иначе мы получаем такой образ "я", как будто внутри личности есть еще одна личность, и эта личность, или "я", решает, что гнев – это плохо, и его нужно подавить. Сартр утверждает, что достаточно допустить лишь, что мы все сознательные люди, занимающиеся самообманом, и сами выбирающие, на какие аспекты "я" мы не будем обращать внимания. Когда мы совершаем такое предательство по отношению к себе, мы испытываем вину от сознания того, какие мы на самом деле. В результате ложь превращается в снежный ком невротических симптомов, например, депрессия, позволяющая не впасть в гнев.

"Ложь-для-себя" дает широкий диапазон патологий. Тревогу, вызванную ограниченностью бытия, можно попытаться превозмочь, поверив в то, что я стал Богом. Один человек считал, что он – Христос, и внушал своему 6-летнему ребенку, что умрет в возрасте 33 лет. И в страстную пятницу сын его застрелил.

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

Многие люди стремятся стать совершенными – быть неподвластными критике и не превратиться в отверженных – они думают, что добьются этого, если будут стараться, как следует. Они превращаются в трудоголиков. Другие для зашиты своей "я"-концепции избегают сексуальности, стремясь стать святыми. Третьи считают себя образцовыми супругами и не приходят на семейную терапию, отправляя к терапевту своего супруга. Пусть терапевт исправит их вторую половину, тогда их брак будет само совершенство.

В процессе лжи человек конструирует феноменальный мир, похожий на карточный домик, и считают его реальностью. Для понимания патологии нужно с эмпатией относится к созданному человеком миру, включая базовые категории времени, пространства и причинности.

Кин проанализировал несколько патологически-реактивных форм времени. "Разрушающееся будущее" – человек чувствует, что жизнь и весь мир катятся под откос. Любой объект приходит к неизбежному разрушению. Ощущение разрушающегося будущего свидетельствует о превращении человека в объект.

"Стремление к будущему статусу" – характерно для людей, которые обещают себе, что однажды они будут жить по-настоящему. Они экономят деньги, время, бытие для будущего, они не способны к аутентичному существованию. Их жизнь наполняют смыслом не они сами, а внешние объекты: имущество, регалии, должности, а не принимаемые ими самими решения.

"Фантастическое будущее" – желание того, чтобы однажды все стало иначе: появится богатый супруг и осыплет богатствами, или терапевт разбудит нас своей волшебной палочкой. В этой фантазии отрицается непрерывный поток времени, в котором наше настоящее возникает из наших выборов, сделанных в прошлом, а наше будущее определяется тем, как мы живем сейчас.

Кин не упоминает патологические формы прошлого, тем не менее, многие патологические личности охвачены "всеобъемлющим прошлым". Это – часовой пояс, в котором живут многие люди, имеющие психологические патологии. Жизнь в прошлом – это часто сожаление по поводу сделанных когда-то ошибок. Они стремятся отменить ранее принятое решение, вместо того, чтобы не останавливаться в дальнейшем развитии своей личности, несмотря на мучительные ошибки.

Различия в восприятии пространства существуют не только у людей с поражением мозга, но у всех людей. Некоторые клиенты всегда соблюдают дистанцию, что свидетельствует о том, насколько отчужденными от других они чувствуют себя. Некоторые супруги настолько эгоцентричны, что заполняют собой все домашнее пространство, оставляя мало места для развития идентичности супруга. Третьи живут в затуманенном пространстве, искаженном наркотиками или омраченном депрессией. Понятие личного пространства перешло в обыденный язык.

У разных людей различны представления о причинности. То, что мы считаем определяющим для нашего будущего, влияет на наше поведение в настоящем. Если мы будем слишком объективны, нам не на что будет опереться

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

при принятии решений. Мы будем чувствовать себя унесенными ветром. Ложь закроет от нас направление нашего развития, или "интенциональность". Интенциональность есть создание смысла, фундамент идентичности. Сартр писал, что "человек не является ничем другим, кроме того, что он сам из себя делает. Это первый принцип экзистенциализма".

Наша интенциональность предполагает занятие нами какой-то позиции. Наша позиция определяется тем, чего мы придерживаемся: одному человеку важна красота природы, а другому - потенциал для бизнеса. Выбираемая нами позиция или ориентация в жизни является источником смысла нашей жизни. Ложью можно убедить себя, что нашу жизнь определяет патология, которая развилась как инфекционное заболевание, что мы ничего не можем с этим поделать.

4.1.3. Теория терапевтического процесса

Поскольку источник патологии – ложь, устранить симптомы можно одним способом – честностью. Цель экзистенциальной терапии – аутентичность, поэтому важнейшим терапевтическим процессом является развитие сознания, осе осознание человеком тех аспектов мира и себя, от которых он отгородился ложью. Поскольку ложь ведет к объективизации себя и к утрате способности делать выбор, терапевт должен применять такие процессы, которые вернут клиенту ощущение себя субъектом, способным направлять ход своей жизни через сознательные выборы.

Экзистенциальная терапия свысока относится к техническим приемам, любые технические приемы представляются объективизацией клиента. Терапевт – это субъект, который самостоятельно решает то, как лучше всего воздействовать на объект, т.е. на клиента. Клиенты желают, чтобы терапевт обращался с ними примерно так же, как механик обращается с ремонтируемой машиной. Но в этом случае проблемы клиента только усугубятся, потому что он превратится в механический объект. Экзистенциальный терапевт стимулирует клиента к созданию аутентичных отношений с терапевтом и тем самым начать осознавать себя субъектом, имеющим свое мнение, не совпадающее с мнением терапевта даже в вопросе о том, когда нужно завершить терапию. К техническим приемам экзистенциалисты относятся свысока, но такие классические экзистенциалисты, как Бинсвангер, Босс и Мэй применяли психоаналитические приемы, особенно на начальных стадиях терапии.

4.1.3.1. Развитие сознания

4.1.3.1.1. Работа клиента

Если в психоанализе клиент говорит первое, что приходит на ум, то в экзистенциальной терапии клиент должен быть таким, каким он хочет быть. На начальном этапе терапии интервенция минимальна, и клиент ведет себя так, как он обычно себя ведет. Экзистенциалисты разделяют положение психоанализа о том, что клиент будет повторять свое прошлое поведение и создавать отношения перенесения. Психоаналитики считают, что причиной пере-

Саратовский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского

несения является инстинктивная фиксация, экзистенциалисты считают, что перенесение – это результат объективизации клиентом самого себя. Объективизация препятствует гибкости и открытости клиента новым аутентичным способам "бытия–в–мире–терапии". Клиенты привносят в терапию свои собственные психологические категории. Если клиент переживает "бытие-с-другими" как дистанцирование, то и в отношениях с терапевтом клиент будет дистанцироваться. Если клиент живет во всеобъемлющем прошлом, то и с терапевтом будет разговаривать в основном о прошлом.

Постепенно терапевт стимулирует клиента к участию в процессе, который похож на свободное ассоциирование, но лучше его назвать свободным переживанием. Клиент свободно и честно выражает то, что он чувствует в настоящем. Такое "свободное" выражение не является полностью свободным, потому что ограничено вербальным выражением своих переживаний, а не выражением в поведении. Свободно выражая свои переживания, клиент полнее осознает, что он повторяет прежние способы бытия: это может быть "батие-в-прошлом" либо фантастическое будущее. Клиент может осознать, что существуют части его "я" и части мира, закрытые от его переживания или выражения, например, гневающееся "я" или реальность существования терапевта.

Обычно, клиенты стараются манипулировать терапевтом, чтобы тот согласился с их доводами о необходимости игнорировать эти закрытые части своего "я" и мира, но поскольку эти причины являются ложью, клиент вступает в конфликт с аутентичным терапевтом. Например, клиент может сказать: "Не правда ли, гневаются незрелые личности?", ожидая, что терапевт с ними согласится. Но ответом будет честная реакция терапевта: "Нет, я иногда испытываю гнев, и не чувствую себя ребенком".

Терапевт стимулирует клиента к переходу от эгоцентрического переживания терапевтического процесса к более аутентичному диалогу. Когда клиент будет готов вести аутентичный диалог, терапия может считаться завершенной.

4.1.3.1.2. Работа терапевта

К сожалению, классические экзистенциалисты не описали подробно те методы, которые они применяли для развития сознания клиента. Экзистенциалисты считают, что экзистенциализм – это не терапевтическая система, а философия. По их мнению, систематизация терапии противоречит аутентичному контакту терапевта с клиентом.

Однако, из работ Бинсвангера, Босса, Кина и Мэя можно составить представление о стратегиях, применявшихся традиционными, экзистенциалистами. Они едины в том, что терапия начинается с понимания терапевтом феноменального мира клиента. Феноменологический метод ориентирован на непосредственность переживания, на восприятие переживаемого, на смысл переживаемого, на непредвзятое наблюдение. Терапевт пытается ощутить уникальный мир, сконструированный клиентом, избегая теоретических и личных пристрастий по отношению к тому, что переживает клиент. Для понимания феноменологического мира клиента, терапевт применяет разъяснительную

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

обратную связь, используя не теоретические термины, а тот язык, на котором говорит клиент. Разъяснительная обратная связь помогает клиенту полнее осознать свое бытие, включая те аспекты бытия, от которых он отгораживается.

После того, как у терапевта сложилось феноменальное понимание клиента, терапевт решает, какие технические приемы будут применяться. Ролло Мэй утверждал, что терапевтический прием следует за пониманием. Такой взгляд отличается от традиционного подхода, когда терапевт стремится к пониманию клиента, применяя свои любимые приемы. Босс и Бьюдженталь применяли преимущественно интерпретацию, для того, чтобы проанализировать и сделать осознанными реакции перенесения и повторяющиеся модели бытия клиента. Босс и Бьюдженталь использовали психоаналитическое объяснение реакций клиента, но применяли также и экзистенциалистские интерпретации, отмечая то, как клиент постоянно убегает от переживания смерти, выбора и других аспектов небытия.

Другие традиционные экзистенциалисты предпочитали конфронтацию: сообщали клиенту о тех реакциях, которые вызвала у них поведение клиента. Экзистенциальная конфронтация отличается от психоаналитической конфронтации тем, что экзистенциалисты не просто отражают реакции клиента, а сообщают клиенту о своих реакциях. В отличие от психоаналитика, экзистенциалист не стремится быть белым экраном, потому что разрушить мир, в который заключил себя клиент может только честная и аутентичная обратная связь: сообщение клиенту о собственных переживаниях в связи с клиентом.

Для того, чтобы терапия была экзистенциальной, терапевт должен создать для клиента конфронтацию собственным аутентичным бытием. Если терапевт не способен быть аутентичным, клиент рискует увязнуть в отношениях перенесения, и экзистенциальная терапия превратится в психоанализ. Разве может клиент быть аутентичным с терапевтом, если терапевт – это объективированный белый экран?

Аутентичность терапевта позволяет установиться новым отношениям, открывающим новые горизонты, выходящие за пределы перенесения и повторения прежних способов бытия. Клиент будет пытаться встроить терапевта в категории своего патологического мира – дистанцироваться от терапевта, обвинять терапевта в авторитарности. Но аутентичный терапевт не вписывается в патологические категории. Аутентичный терапевт создает клиенту конфронтацию и на словах, и в поведении, и клиент оказывается наедине со своей ролью или со своим симптомом. Постепенно клиент осознает, что терапевт идет на риск, оставаясь аутентичным. Терапевт остается аутентичным перед лицом экзистенциальной тревожности, порождаемой возможностью быть отвергнутым клиентом или наделать ошибок. Клиент осознает новую альтернативу бытия, а дальнейший выбор – менять свое существование или нет – делает сам клиент.

4.1.3.2. Выбор

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

4.1.3.2.1. Работа клиента

Для клиента создается конфронтация выбором. Необходимость выбора существует с самого начала терапии: от выбора клиента зависит, будет ли он работать с этим терапевтом. Конфронтация выбором создается также необходимостью решать: о чем он будет говорить с терапевтом и как себя вести с терапевтом. Терапевт стимулирует обдумывание клиентом новых альтернатив бытия, но создавать новые альтернативы должен сам клиент. Это позволяет клиенту почувствовать себя субъектом, способным направить свою жизнь в новое для себя русло. После осознания новых альтернатив, сам клиент должен испытывать тревогу от ответственности за то, какая альтернатива будет им выбрана. Бремя выбора целиком ложится на клиента.

Бремя выбора наиболее очевидно тогда, когда клиент оказывается перед лицом того, что называется "каирос" – критические точки выбора в терапии, когда клиент должен решать – менять ли ему фундаментальные аспекты существования и оставаться в безопасности со своими симптомами, или впустить в свою жизнь тревожность, вызываемую аутентичным существованием. Клиент должен хорошенько присмотреться к себе и определиться – хватит ли у него отваги прыгнуть в неизвестное будущее, когда нет никакой гарантии, что там будет спокойно и безопасно. После того, как клиент осознает, что в мире есть по крайней мере один аутентичный человек, он больше не захочет быть рабом, не видящим лучшей альтернативы. Теперь выбор между трусом и свободным человеком.

4.1.3.2.2. Работа терапевта

Терапевт использует любую возможность, чтобы разъяснить клиенту: между чем и чем тот должен выбирать. Это может быть выбор того, о чем клиент будет говорить с терапевтом, как строить отношения с терапевтом, приходить ли на дальнейшие сессии. При такой разъяснительной организации терапии клиент начинает осознавать себя субъектом; хотя при этом будет часто протестовать, заявляя, что он – несчастная жертва психопатологии. Терапевт также стимулирует клиента к употреблению специфически человеческих сознательных процессов – воображения, интеллекта, рассуждения, которые помогают создать рациональную альтернативу иррациональному способу бытия.

Терапевт пребывает с клиентом на всем протяжении его маленьких выборов и его "каирос", проявляя эмпатию по отношению к переживаемой клиентом тревоге. Но при этом терапевт знает, что путь к аутентичному бытию субъекта вместо бытия объективного симптома клиент должен пройти в одиночестве и сам взять на себя ответственность за делаемые выборы. Как бы терапевт этого не хотел, он не должен подскакивать и помогать клиенту, потому что тем самым он укрепляет клиента во лжи того, что клиент неадекватен для самостоятельного управления собственной жизнью.

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

Кин приводит следующий великолепный пример экзистенциальной конфронтации, когда терапевт ставит клиента перед лицом ответственности за выбор в пользу изменений.

Клиент: *Я не знаю, почему я сюда прихожу. Все что я здесь делаю – это рассказываю вам одно и то же который раз. И ничего со мной не происходит.* (Клиент жалуется, что терапевт ее не лечит, установка на я-как-объект-терапевта).

Терапевт: *Я устал слышать, как вы рассказываете мне все время одно и тоже.* (Терапевт отказывается брать на себя ответственность за результативность терапии, отказывается оправдывать ожидания клиента, что терапевт ее вылечит. Отказ от установки клиент-как-объект-терапевта).

Клиент: *Может я не буду больше приходить?* (Клиент угрожает терапевту, борется за роль объекта терапевта).

Терапевт: *Это ваше дело.* (Терапевт не дает себя запугать, стимулирует клиента-как-субъект).

Клиент: *Как вы думаете, что мне делать?* (Попытка соблазнить терапевта ролью субъекта, который объективирует клиента).

Терапевт: *А что вы хотите делать?* (Снова сопротивляется).

Клиент: *Я хочу, чтобы мне стало лучше*. (Мольба к терапевту вылечить её).

Терапевт: *Я вас не упрекаю.* (Сопротивление роли исцеляющего субъекта, стимулирование клиента-как-субъекта).

Клиент: *Если вы думаете, что я должна остаться, хорошо, я останусь.* (Отказ от роли субъекта - который - решает).

Терапевт: *Вы хотите, чтобы я сказал вам остаться?* (Конфронтация избеганию клиентом принятия решения, привлечение внимания клиента к тому, как клиент строит терапию).

Клиент: *Вы лучше знаете, вы доктор.* (Клиент подтверждает, что она строит терапию).

Терапевт: *А разве я веду себя как доктор?*

Кин не упоминает об этом, но на самом деле, если терапевт ведет себя как доктор или как другой человек, обладающий полномочиями, то он перестает быть терапевтом. Тогда сконструированные клиентом терапевтические отношения, в которых терапевт-"объект" оказываются верными. На самом деле "терапевт-объектные" отношения – ложь, позволяющая клиенту уклониться от "необходимости-действовать", от ответственности, которая лежит на субъекте. Аутентичность терапевта позволяет не допустить превращения терапевтических отношений в игру или в борьбу. Аутентичность терапевта создает честную конфронтацию между одним человеком (терапевтом), который ощущает в другом человеке (клиенте) потенциал для изменений, и желанием клиента спрятаться за свою ложь о том, что он/а (клиент) не в состоянии делать выбор самостоятельно.

Саратовский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского

4.1.4. Терапевтическое содержание

Экзистенциализм – это довольно широкая теория существования, в которой выделяются четыре уровня функционирования личности.

(1) Бытие-для-себя – внутриличностное функционирование.

(2) Бытие-с-другими – межличностное функционирование.

(3) Бытие-в-мире – включает в себя, но не исчерпывается отношениями личности с обществом.

(4) Поиск аутентичности – переход от конфликтов к самореализации.

4.1.4.1. Внутриличностные конфликты.

4.1.4.1.1. Тревога и защиты

Тревога – онтологическая характеристика каждой личности, неотделимая от самого существования и порождаемая угрозами со стороны небытия. (Онтологический = бытийный, онтология – учение о бытии). Принятие свободы и осознание личностью ограниченности, конечности существования неизбежно рождает тревогу, или, как называл тревогу Кьеркегор, головокружение от свободы. Тревога – это не то, что мы имеем, это то, чем мы являемся.

В экзистенциализме сохраняется тот же подход, который был разработан Фрейдом, но динамическая структура личности наполняется другим содержанием. Формула Фрейда: "инстинктивные драйвы вызывают тревогу, тревога создает механизмы защиты". Формула экзистенциалистов: "осознание ограниченности существования вызывает тревогу, тревога создает механизмы защиты". Соответственно, в центре внимания оказывается внутриличностная экзистенциальная тревога, которая неотделима от бытия, и ложью, при помощи которой личное защищает себя от переживания тревоги. Точно так же как и в психоанализе, тревога – это центральное понятие экзистенциальной терапии, но тревога понимается как естественное следствие осознания небытия. В психоаналитической терапии тревога у клиента развивается постепенно. Экзистенциалисты с самого начала терапии стремятся к конфронтации тревоги, особенно в периоды каирос. Единственное решение для преодоления экзистенциальной тревоги то, что сформулировал Пауль Тиллих в работе "Мужество быть", мы должны найти в себе мужество принять экзистенциальную тревогу как плату за то, чтобы быть уникальной человеческой личностью.

Поскольку экзистенциальная тревога – следствие осознания, единственной защитой от сознательной лжи является отвлечение внимания от угрозы небытия. Нужно перестать воображать себя кем-то всесильным, всезнающим, бессмертным и принять в себе обычного человека. При желании, ложь можно именовать по-разному. Проекция – ложь в том, что ответственность за наше существование лежит на ком-то помимо нас. Отрицание – ложь в отказе честно признаться себе, что и мы и мир такие, какие мы есть на самом деле.

Со временем, эти и другие защиты способны становиться бессознатель-

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

ными, привычной частью нашего объективированного "я". Но защиты остаются ригидными только если мы продолжаем избегать беспокойства, связанного с большей открытостью и аутентичностью. "Ложь-для-других", к примеру, может быть успешной только когда ложъ удается скрыть от окружающих. Если мы решаем стать собой, как терапевт, то мы осознаем, что ложь потеряла свою силу. Аналогичным образом, когда мы лжем сами себе, мы должны все время притворяться, что это не ложь. Конфронтация "лжи-для-себя" освобождает нас от необходимости быть не теми, кто мы суть.

4.1.4.1.2. Самоуважение

Вопреки утверждениям бихевиористов, можно сказать, что самоуважение вовсе не функция от того, как нас оценивают другие. Это социальное уважение. Если мы будем повторять ошибку бихевиористов и строить самоуважение на социальном уважении, мы ограничим себя "бытием-для-других", что приведет нас к «лжи-для-других» с целью добиться социального одобрения. Тот факт, что в экспериментальных исследованиях зафиксированы высокие корреляции между тем, как мы оцениваем себя, и тем, как нас оценивают другие, подтверждает то, что современный человек направлен на других людей.

Личность, ориентированная внутрь себя, строит самоуважение на уровне "бытия-для-себя". Самоуважение – это функция самооценки. Для аутентичной личности одобрение себя важнее, чем одобрение другими. Невозможно быть совершенно свободным от того, что думают о нас другие. Это наивный романтизм. И, тем не менее, человек может стать свободным, если будет больше заботиться о том, что он сам думает о себе, чем о том, что думают о нем другие. Когда мы честны перед собой, мы знаем, что по-настоящему хорошо нам бывает тогда, когда мы – настоящие.

Экзистенциальный терапевт не ставит перед собой задачу подъема самоуважения клиента. Например, если клиент переживает депрессию от того, что его жизнь пуста, терапевт может говорить примерно следующее: "Естественно, что у вас депрессия. Меня бы сильнее встревожило, если бы вы жили так, как вы живете, и при этом хорошо себя чувствовали". Экзистенциалист знает, что всё, что может сделать терапевт – это поднять социальное уважение клиента. Для этого используются безусловное позитивное отношение и позитивные подкрепления. Конечно, существует риск того, что терапевт подкрепит в человеке низкое самоуважение. Но самоуважение – это трудно достигаемая естественная реакция, которая может возникнуть у клиента только в ходе стремления к аутентичности.

4.1.4.1.3. Ответственность

Уже много было сказано о том, что ответственность занимает центральное место в экзистенциальной терапии. Мы уже увидели, что, делая выбор в пользу аутентичности, человек переживает конфронтацию экзистенциальной тревогой, принимая на себя ответственность, за то, каким он станет. Необходимо еще сказать, что сознательный выбор не в пользу аутентичности, а в

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

пользу лжи и конформизма накладывает ответственность за упущенную возможность быть самим собой, влечет чувство экзистенциальной вины. Экзистенциальная вина – следствие того, что человек согрешил против самого себя. Когда наша жизнь становится неаутентичной – будь то очевидная патология (невроз или психоз) либо нормальная патология (конформизм), мы однажды обнаруживаем в себе невротическую вину. Невротическая вина – это презрение к себе за отказ брать на себя ответственность за то, чтобы быть настоящим человеком, а не тенью человека. Презрение к себе может быть настолько острым, что толкает человека на самоубийство.

Когда человек делает выбор в пользу того, чтобы быть собой, он испытывает экзистенциальную тревогу. Когда выбор в пользу того, чтобы не быть собой – экзистенциальная вина. Вообще, нет никакой гарантии того, что мы на коротком протяжении нашей жизни создадим что-либо значимое. Поэтому Сартр говорил, что люди "обречены на то, чтобы быть свободными". Клиент стремится переложить часть своей лжи на терапевта, а экзистенциалист настаивает на том, что человек достаточно силен, чтобы принимать на себя ответственность, быть более свободным и аутентичным.

4.1.4.2. Межличностные конфликты

4.1.4.2.1. Интимность и сексуальность

Близкие отношения с другими людьми – неотъемлемая часть человеческого бытия. Экзистенциальный идеал близких отношений поэтично выразил Мартин Бубер формулой "Я и Ты". Близкие отношения предполагают заботу друг о друге и разделение на двоих того, что является центральным в жизни двух аутентичных людей. Это не более чем идеал, в реальности многие люди предпочитают аутентичным отношениям объективированные отношения, описываемые формулой "Я-Оно". А еще чаще встречаются отношения двух объективированных людей, описываемых формулой "Оно-Оно", когда два человеческих объекта выполняют свои роли. Такие отношения безопасны, предсказуемы и эффективны, но в них никто не дает другому и не получает от другого ничего уникально человеческого. Те же роли с успехом могут выполнить другие люди или два робота, и отношения от этого не станут другими.

Сексуальность интересует экзистенциалистов меньше, чем близкие отношения. Предполагается, что, поскольку люди свободны вступать в близкие отношения, они свободны вступать и в сексуальные отношения, если они сделают такой сознательный выбор. Сексуальные конфликты рассматриваются экзистенциалистами постольку, поскольку сексуальность человека подвергается отвержению или идеализации в процессе самообъективизации. Вопреки тому, что утверждают психоаналитики, сексуальность не является основой существования. Неверно утверждать, что человек должен быть сексуальным, как неверно то, что человек не должен быть сексуальным. Сексуальная свобода означает свободу говорить своей сексуальности "да", когда мы считаем, что лучше всего сказать "да", и свободу говорить своей сексуальности "нет", когда мы считаем, что лучше всего сказать "нет". Поскольку наша репрессив-

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

ная культура традиционно говорит сексуальности "нет", мы понимаем под свободой то, когда говорят "да". Это искаженное представление о сексуальной свободе. Экзистенциальная сексуальная терапия помогает людям говорить "нет", даже если вы не выполняете еженедельную норму среднестатистической пары. Экзистенциальная сексуальная терапия – это терапия чувств (сексуальная терапия), когда клиент стимулируется ощутить все свое тело от макушки до подошв, а не только одну часть тела.

4.1.4.2.2. Коммуникация

С точки зрения экзистенциалистов, наша изоляция вызвана конфликтной коммуникацией. Поскольку мы никогда на 100% не можем поставить себя на место другого человека. Мы никогда на 100% не знаем – что хочет сказать другой человек. Мы всегда в чем-то искажаем сказанное другими. Поэтому мы испытываем экзистенциальную вину от неспособности полностью «быть-с-другими». Экзистенциальная вина не обязательно ведет к самоизоляции; но обязательно мотивирует нас к тому, чтобы как можно меньше искажать то, что возможно, переживает другой человек. Вина также может помочь нам стать аутентично скромными, по мере того, как мы будем осознавать, что как бы мы не старались, мы никогда не станем настолько умными и настолько сензитивными, чтобы знать, что испытывает другой человек. Мы не можем в ответ сказать: "Я знаю, я знаю – со мной бывало такое же", потому что точно такого же с нами никогда не бывало.

Проблемы в коммуникации возникают также из-за неспособности языка полностью выразить переживания. Переживания намного богаче, чем та абстракция, которую создают слова. Поэтому не удивительно, что работы экзистенциалистов как будто написаны не учеными, а поэтами или романистами. Они ведь пытаются донести свои самые значительные переживания. И, тем не менее, невыразительность языка и изоляция личности не являются уважительными причинами для того, чтобы терапевты и другие человековеды не стремились к пониманию человеческих переживаний. Даже при вербальном общении можно составить достаточно полную картину мира личности, если отвлечься от теории и слушать так, как слушает тренированный феноменолог.

4.1.4.2.3. Враждебность

Испытывать враждебность – значит ощущать угрозу небытия, потому что враждебность – это самый быстрый и верный способ покончить с нашим или с чьим-нибудь еще бытием. Враждебность устраняет экзистенциальную тревогу и ведет нас ко лжи, к тому, что мы говорим себе и другим, что мы никогда не впадаем в гнев, мы всегда держим себя в руках. Последующее подавление может привести к нежеланию установления отношений с другими, потому что такие отношения всегда потенциально фрустрирующие и могут вызвать в нас агрессию. Когда человек отгораживается от агрессивности, у него может развиться депрессия и ощущение опустошенности, потому что мы закрываем один из важнейших каналов физического самоутверждения.

Когда мы говорим, что всегда держим себя в руках – мы лжем, так же ко-

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

гда мы говорим, что не можем себя сдержать – мы тоже лжем. Люди делают выбор в пользу враждебности, чтобы избавиться от переживания ограниченности существования, чтобы стать Богом и решать, кому жить, а кому умереть. Когда человек лжет себе, его охватывает жажда власти, жажда положить конец существованию. Люди, которых они избирают мишенями своей агрессии – это те, кто напоминают им об их небытии, отвергая их. Если существование такого человека прервется, он не сможет больше нас отвергать. Излюбленные мишени – это такие люди, как Иисус Христос, Джон Кеннеди, Мартин Лютер Кинг. Они создают угрозу для тех, кто, сравнивая их жизнь и свою жизнь, убеждаются в собственной неаутентичности, в пустоте своей жизни.

С точки зрения экзистенциалистов, насилие – это не всегда патология. Камю и Сартр, которые были во французском подполье, поняли, что насильственное уничтожение фашизма – это аутентично. Альбер Камю в книге "Бунтарь" писал, что первый вопрос существования – вопрос "быть или не быть?", вопрос о самоубийстве. Второй вопрос – вопрос об убийстве: "Быть другому или не быть?" Возможность убить себя или другого определяет то, насколько человек свободен. Если наш первый принцип – свобода, тогда оправдан нигилизм, и мы свободны уничтожать других с верой в то, что возникнет что-то лучшее. Но если наша свобода убивать ограничена, тогда наш первый принцип будет не свобода, а самоутверждение. Камю делает вывод о том, что мы можем быть свободны убивать, если революция – это единственный способ устранить угнетение, препятствующее свободному существованию других людей.

4.1.4.2.4. Контроль

По Сартру, попытки управлять другой личностью – это самое большое насилие, которое может быть совершено. Поскольку свобода неотделима от существования, управляя другими людьми, мы их разрушаем. Сартр прекрасно сознавал, что большинство людей стремятся управлять другими, поэтому он сказал: "Ад – это другие люди". Управлять другим человеком – значит объективировать этого человека, значит отрицать, что другой человек свободен, свободен уйти от нас, свободен причинить нам боль, свободен напомнить нам о несостоятельности наших претензий казаться теми, кем мы не являемся. Когда мы стремимся управлять другими, мы чувствуем себя уверенно, только забравшись на социальный верх, но аутентичную уверенность придает только принятие себя таким, какой ты есть.

Экзистенциальный терапевт учит клиента тщетности попыток управления другими, стимулируя отказ от желания быть управляемым. Клиент может угрожать терапевту тем, что бросит терапию, не будет оплачивать счет, сойдет с ума, покончит с собой. В любом случае, терапевт должен реагировать честно, не поддерживая в клиенте желание достичь психологического благополучия через управление другими.

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

4.1.4.3. Социальные конфликты.

4.1.4.3.1. Адаптация/трансцендирование

Жизнь, основанная на приспособлении (адаптации) может быть здоровой лишь в одном случае – если общество, к которому адаптируется клиент, является честным. Мало кто будет утверждать, что честность – характерная черта нашего общества. Для успеха бизнеса нужно нарушать законы, студенты списывают на контрольных и на экзаменах, политики лгут своим избирателям, от них ничего другого и не ждешь. Как можно оставаться здоровым в обществе, которое не может и не желает провести границу между правдой и ложью?

Единственный способ возвыситься над ложью и неаутентичностью – осознать то, каким образом силы социализации и индустриализации делают из нас управляемых автоматов. Осознав, что мы жертвуем собой ради успеха или благополучия, мы должны принять на себя ответственность за то, чтобы быть собой, а не объектом манипулирования со стороны других. Сознание и выбор – уникальные характеристики человека, без которых нельзя стать человеком. Можно быть-с-другими и быть-с-миром, и при этом не становится объектом чужих манипуляций.

Не следует обманывать себя, что мы можем выйти за пределы того, во что нас ввергли. В жизни есть бесспорные данности – исторический отрезок времени, в который мы живем, наш родной язык, наша генетическая наследственность – человек не в силах их изменить, а они ограничивают человеческую свободу. Камю говорил, что трансцендирование начинается с выбора того, что нам необходимо. Когда мы, например, боремся со своим телом, пытаясь взлететь к солнцу, мы уничтожаем ту ограниченную свободу, которая отпущена нам для того, чтобы возвыситься над обществом. Свобода – это не синоним того, что больше нечего терять. Свобода – это предпочтение бытия небытию, социальным запретам на то, чтобы стать собой.

4.1.4.3.2. Управление импульсами

В отличие от психоаналитиков, экзистенциалисты не считают, что, живя по собственной воле, можно ослабить управление импульсами. Некоторые люди действительно делают выбор в пользу гедонистического стиля жизни, если для них он является аутентичным. Другие аутентичные люди, такие как Ганди, делают выбор в пользу управления даже такими базовыми импульсами, как голод в течение 40 дней во имя борьбы за свободу. Сказать, что мы должны много есть, много пить, много заниматься сексом, часто впадать в гнев значило бы совершить предательство по отношению к себе, по отношению к нашему потенциалу стать личностью, направленной на себя. Люди, испытывающие проблемы в контроле импульсов, лгут себе: "Я выпью одну кружечку пива" или "Я съем одну картофелину", или "Раз уж я начал, я доем всё" или "Ты меня разозлил". Они лгут себе, вместо того чтобы честно признаться, что они лучше будут пить и есть, чем скучать, тревожиться и мучиться депрессией. Не импульсы управляют людьми, хотя многие люди поддаются импульсам. Зрелыми людьми движут процессы сознания и выбора,

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

поэтому быть свободным не значит быть животным, аутентичность которого в удовлетворении каждого спонтанно возникшего желания.

4.1.4.4. От конфликтов к самореализации.

4.1.4.4.1. Смысл жизни

Смысл жизни не находят, его создают. Жизнь – это не проблема, которую необходимо решать. Жизнь – это непрерывный процесс, который нужно проживать. Смысл нашего существования возникает из того, что мы выбираем. Все люди выбирают разное, то, что аутентично именно для данного человека. Поэтому в истории человечества так много конфликтных смыслов. Христос выбирает любовь, Маркс выбирает справедливость, Сартр выбирает свободу, Галилей выбирает истину, Пикассо выбирает творчество, Мартин Лютер выбирает веру, Гитлер выбирает власть, Мартин Лютер Кинг выбирает равенство.

Чтобы определиться со смыслом нашего существования, каждый должен спросить себя – что я выбираю? Я вообще что-нибудь выбираю? Стоит ли платить какую-то цену за мою альтернативу? Чем моя альтернатива лучше других? От ответов на эти вопросы зависит поведение человека в ситуации каирос, когда мы принимаем решение, что не стоит дальше тратить свое бытие на то, как он жил раньше. И, если в такие критические жизненные моменты, мы не меняем своего существования, то придет день, когда нас постигнет депрессия, ужас, тошнота от того, что мы больше не можем придерживаться однажды нами выбранного. Наступит кризис от ощущения бессмысленности, но к нему нужно относиться не как к симптомам неадекватного существования, а как к возможности начать более наполненную смыслом жизнь.

4.1.4.4.2. Идеальное "я"

Идеал в жизни, а значит и в психотерапии, аутентичность – способность делать выборы, наполняющие жизнь смыслом и значением. По определению Хайдеггера, позднее позаимствованному Сартром, аутентичная жизнь основывается на точной оценке человеческих условий и на реализации своих потенциалов. Личность аутентична в такой степени, в какой бытие человека в мире согласуется с данностями природы человека и с данностями мира. (Бьюдженталь).

Аутентичность требует осознания собственного "я", своих отношений и мира, признания и принятие необходимости выбирать, принятие на себя полноты ответственности за свои выборы. Для того, чтобы выбирать, нужно мужество быть ответственным за выбор на основе ограниченной информации о последствиях нашего выбора. Аутентичная личность должна иметь мужество существовать перед лицом того факта, что смысл, вкладываемый нами в жизнь, может в любой момент оказаться несостоятельным из-за различных проявлений небытия, таких как смерть или изоляция. Единственная ценность, которой обязан следовать каждый человек – стремиться стать аутентичным, а

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

для этого нужно быть честным перед лицом небытия.

Когда клиент наберется мужества быть во всем честным, тогда его будущее станет непредсказуемым. Мы можем предсказать будущее обычного человека, в котором отражаются социальные нормы, который является образом и подобием своего общества, или будущее патологического человека, застрявшего в своем прошлом. Невозможно дать более подробного определения аутентичной личности, потому что иначе мы ограничим аутентичную личность рамками нашего идеала. Аутентичные люди – не застывшие, они развиваются, их развитие не остановят даже идеальные представления терапевта.

4.1.5. Терапевтические отношения

Центральной задачей экзистенциального терапевта является понимание бытия-клиента-в-мире. Все технические и теоретические соображения подчинены этому пониманию. Терапевтические отношения – это прямые отношения двух людей по формуле Бубера "Ты и Я", которые обмениваются друг с другом своими переживаниями с целью изменить способ существования клиента. Терапевтические отношения – это "бытие-вместе". Это утверждение аутентичности существования другого человека.

Терапевтические отношения – это одновременно и часть процесса изменений, и основной источник смысла экзистенциальной терапии. Стимулируя в клиенте аутентичность, терапевт помогает клиенту осознать то, как он избегает аутентичности, например, если человек предпочитает быть не личностью, а пациентом. Терапевтические отношения – это одна из наилучших возможностей для клиента сделать выбор в пользу аутентичного существования, поскольку терапевт ведет себя с клиентом аутентично. Если клиент наберется мужества быть-аутентичным-с-терапевтом, тогда клиент откажется от лжи-для-себя и от лжи-для-других в пользу бытия-с-другим.

В качестве источника смысла, терапевтические отношения раскрывают здесь и сейчас патологические стили бытия и лжи клиента. Для психоаналитических экзистенциалистов, таких как Босс и Бинсвангер, ложь и объективизация приводят к отношениям перенесения, и эти отношения перенесения первыми должны быть подвергнуты анализу и осознанию для того, чтобы клиент стал свободнее. Для других экзистенциалистов то, что клиент "лжет-для-других" и "лжет-для-себя", представляется условием возможности создать конфронтацию патологическому бытию клиента. Клиенту не удастся спрятать патологическую суть своего существования, потому что этот патологический смысл раскрывается в непосредственных отношениях клиента с экзистенциальным терапевтом. Когда терапевт будет последовательно отказываться брать на себя заботу о клиенте, клиент неизбежно осознает, что стремится убежать от экзистенциальной тревоги, порождаемой необходимостью брать ответственность на себя.

В терминологии Роджерса, экзистенциальный терапевт должен быть более конгруэнтным или аутентичным, чем клиент. Если конгруэнтность клиента равна конгруэнтности терапевта, отношения между ними будут полезны-

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

ми, но необходимости в терапии при этом не будет. Экзистенциалисты согласны с утверждением Роджерса о необходимости точной эмпатии: терапевт стремится почувствовать мир так же, как его чувствует клиент. Безусловное согласование переживаний и бытия терапевта с бытием клиента обозначается термином **Dasein**.

Однако, экзистенциальные терапевты не согласны с тем, что терапевт должен, безусловно, позитивно относиться к клиенту. Для того, чтобы оставаться аутентичным, терапевт может позитивной относиться только к честности и аутентичности клиента, но не ко лжи и патологии. На первом этапе терапии терапевт разрешает клиенту лгать и объективировать и при этом не высказывает в открытой форме своего отношения. Это позволяет терапевту ощутить феноменальный мир клиента. Но аутентичный терапевт не может позитивно относиться ко лжи клиента.

4.1.6. Практика экзистенциальной терапии.

Экзистенциальный анализ ставит себя настолько выше практических приемов, что эти приемы почти никем не описаны. В экзистенциальной литературе очень редко раскрываются режим терапии, оплата терапевта и формат терапии. Создается впечатление, что экзистенциальный анализ является аналогией психоаналитической терапии, за исключением периодов каирос. Обычно сессия длится 50 минут и проводится раз в неделю. Когда наступает кризис, терапевт может вести себя более гибко и проводить с клиентом дополнительные сессии. Например, Босс провел 4 дня у изголовья клиента, страдавшего неврозом навязчивых состояний, когда у клиента наступила психотическая реакция отвержения собственного существования.

Традиционные экзистенциалисты не предъявляли к экзистенциальному терапевту никаких формальных квалификационных требований. Экзистенциальная работа зависит в основном от способности терапевта проникать в субъективный мир клиента. Поэтому у терапевта должен быть свой сформированный субъективный мир. Для развития собственной субъективности нужен большой жизненный опыт, нужно читать много художественной и специальной литературы о человеческих переживаниях, желательно стажироваться для выработки навыков и развития собственной сензитивности. Среди экзистенциальных терапевтов присутствуют люди, получившие образование по медицине, по психологии, по педагогике, по богословию, по философии.

Экзистенциалисты менее других терапевтов склонны к тому, чтобы клиент принимал медикаментозные средства, Они предпочитают, чтобы клиент аутентично переживал тревогу и страх, какими бы острыми они не были, медикаменты не только убивают тревогу, они убивают в клиенте субъекта, создавая иллюзию того, что можно избавиться от экзистенциальной тревоги.

4.2. Экзистенциально-гуманистическая психотерапия, логотерапия, терапия реальностью.

4.2.1. Краткая экзистенциальная терапия

Саратовский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского

Кто должен определить, какой должна быть экзистенциальная терапия: длительной или краткой? Конечно, клиент. В отношениях, построенных на свободном выборе, содержание, цели и длительность психотерапии определяются прежде всего клиентом. В духе отношений "бытия-вместе" клиент несет ответственность за свои выборы. Терапевт дает взвешенную честную и объективную оценку, но не пытается предугадывать или управлять развитием терапии, направленной на обретение клиентом свободы. Это было бы неаутентично.

Продолжительность экзистенциального анализа почти такая же, как и продолжительность психоаналитической терапии. Вопрос о краткой экзистенциальной терапии в литературе вообще не затрагивается.

В то же время, большинство альтернатив экзистенциальному анализу - это краткие терапии. Центральное значение выбора, отношения "Я-Ты", ориентация на "здесь-и-сейчас", необходимость действовать, носящая характер императива, перед лицом экзистенциальной тревоги – всё это ускоряет терапевтический процесс.

Основные альтернативы: экзистенциально-гуманистическая, логотерапия, терапия реальностью.

Мы рассматривали классическую экзистенциальную терапию, известную также как экзистенциальный анализ, **Daseinanalyse** (дазайнанализ) или экзистенциально-аналитическая терапия. Первые экзистенциальные аналитики обучались психоанализу, а затем переориентировались на экзистенциализм. Последующие поколения экзистенциальных терапевтов меньше были выходцами из психоанализа, и либо придерживались гуманистической или роджерианской традиции, либо специально обучались как экзистенциалисты.

Кроме того, из-за расплывчатости технических приемов в экзистенциальной терапии, всегда существовала возможность выбирать из множества терапевтических подходов те, которые совместимы с экзистенциализмом. Традиционно применяется формат, разработанный в психоанализе, но могут применяться методы клиентоцентрированной терапии, гештальт-терапии, биоэнергетические методы, методы транзактного анализа, адлерианские и даже когнитивно-поведенческие методы, согласующиеся с философией экзистенциализма. Рассмотрим кратко экзистенциально-гуманистическую терапию, логотерапию и терапию реальностью, составляющие три основных альтернативы классическому экзистенциальному анализу.

4.2.2. Экзистенциально-гуманистическая терапия

Практика и опубликованная литература свидетельствуют о том, что существуют как минимум два типа экзистенциальной терапии: экзистенциальный анализ и экзистенциально-гуманистическая терапия. Экзистенциальный анализ или дазайнанализ можно рассматривать как промежуточный этап между собственно психоанализом и современным гуманистическим экзистенциализмом. Экзистенциально-гуманистическая терапия существует на границе между экзистенциализмом и гуманистической теорией и тесно примыкает

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

к "третьей силе" в психологии (психоанализ – первая сила, бихевиоризм – вторая). В Европе основное внимание обращается на ограничения, принятие, тревогу, смысл жизни отчуждение и изоляцию. В Америке – на потенциал, осознание, пиковые переживания, самореализацию, "Я-Ты", конфронтацию.

Американский экзистенциалист Джеймс Ф. Т. Бьюдженталь сам себя определял как экзистенциально-гуманистического терапевта. Из названия практиковавшейся им экзистенциальной психотерапии исчезло прилагательное "аналитическая", хотя в ней применялись многие разработки психоанализа. Он предпочитал определение "гуманистическая", подчеркивая, что для его терапевтической системы менее важен анализ, или поиск составляющих компонентов, а более важно стимулирование реализации человеческого потенциала. Он считал целью терапии активизацию истинного существования участников терапевтического процесса.

Соотношение между экзистенциально-гуманистическими психотерапевтами и экзистенциально-аналитическими психотерапевтами примерно 2:1. Экзистенциально-аналитические терапевты применяют преимущественно классические психоаналитические техники: анализ перенесения и интерпретацию. Экзистенциально-гуманистические терапевты более полагаются на физический контакт (прикосновения, поддержки, объятия) и на роджерианское позитивное отношение. Разделение экзистенциалистов на две категории – грубое и приблизительное, но в нем точно отражаются вариации экзистенциальной практики.

4.2.3. Логотерапия

Из всех 4 форм небытия, логотерапия более всего нацелена на бессмысленность. Виктор Франкл провел 4 года в гитлеровских концлагерях, потерял мать, отца, брата и жену. Он пришел к выводу, что основой существования является "воля-к-смыслу". Он на себе испытал истинность слов Ницше: «Человек, у которого есть "зачем" жить, не взирает на то, "как"». Перед лицом ужасов второй мировой войны, а затем – перспективы атомной войны, многие люди ощутили "экзистенциальный вакуум". Люди стали ставить под сомнение смысл работы, любви, смерти, жизни. Психотерапии могут справляться с отвлеченными психологическими расстройствами, вызванными психическими конфликтами между драйвами и защитами. Но современная терапия обязана быть философствующей. Это должна быть терапия осмысления экзистенциального разочарования в своей способности обнаружить то, "зачем" жить.

Франкл смог пережить лагеря и смерть близких благодаря тому, что создал для себя смысл – помогать другим. В классической книге "Человек в поисках смысла" Франкл пишет о том, что поиски смысла – это противоядие

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

против самоубийства и краеугольный камень психологического благополучия.

Можно начинать терапию с пугающего, но эффективного вопроса: "Почему вы не покончили с собой?" Клиент сначала столбенеет, а затем начинает понимать причины, по которым он не кончает с собой, и в этих причинах - зерна смысла жизни, которые прорастут глубоким осознанием. Перед лицом каждой из форм небытия клиент полнее осознает смысл жизни. Генетическая наследственность и семейный уклад накладывают ограничения на то, кем может стать человек, но они же помогают обрисовать контуры собственной идентичности. Смерть есть отрицание бытия, она заставляет человека действовать, если бы жизнь была бесконечной, решения можно было бы откладывать на неопределенное время.

Смысл жизни – это не абстракция, люди, которые часто спрашивают: "В чем смысл жизни?" неизбежно приходят к осознанию того, что сама жизнь задает им вопрос о смысле их существования. Ответом жизни может быть только наша ответственность. Когда мы берем на себя ответственность, мы принимаем категорический императив логотерапии: "Живите так, как будто вы живете на земле второй раз, и в первой своей жизни уже совершили те ошибки, которые вы собираетесь совершить сейчас". Когда такое острое осознание наполнит каждое мгновение жизни, тогда человек найдет тот смысл жизни, который будет уникальным для каждого уникального мгновения жизни.

Содержание логотерапии сходно с содержанием классического экзистенциального анализа, несмотря на то, что Франкл придает смыслу центральное значение в терапии. Экзистенциальный анализ по форме напоминает психоанализ, логотерапия по форме ближе кратким терапиям, например, адлерианской. В теплой и понимающей атмосфере часто обсуждаются философские вопросы, а в остальном терапия направлена на конфронтацию, обучение и убеждение клиента в необходимости действовать и принимать на себя ответственность в том экзистенциальном вакууме, которым является наша жизнь. Из стенограмм терапевтических сессий можно понять, что терапевтическими приемами являются интерпретация и конфронтация, а также убеждение и рассуждение. Логотерапия представляет собой одну из форм развития сознания, основанную на обратной связи и на обучении и убеждении в духе философии экзистенциализма.

Для решения традиционных психологических проблем, Франкл разработал две специальные техники. Клиенты с неврозами тревожности и фобиями охвачены "преждевременной тревогой". Они предвидят последствия страшащих их ситуаций и борются за то, чтобы избежать этих ситуаций. Но в этой борьбе их преждевременная тревога растет. Франкл называет избегание пугающих ситуаций "ложной пассивностью". Для избавления от невротического состояния, терапевт стимулирует клиента к тому, чтобы он посмотрел на себя со стороны и отнесся к себе с юмором, и попробовал совершить то, что его страшит. У клиента создается "парадоксальное намерение": он обнаруживает, что поступает не так, как представлял себе и боялся этого.

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

У тревожных клиентов встречается также "ложная активность" – попытке отделаться от навязчивых мыслей и поступков. Вместо этого, терапевт рекомендует клиенту заняться "дерефлексией": игнорировать то, что является навязчивым и полнее осознавать позитивные аспекты жизни. Осознав то, что жизнь полна смысла, клиент заменяет "ложную активность" "истинной активностью" – актуализацией личностного потенциала.

4.2.4. Терапия реальностью

Логотерапия нацелена на отсутствие смысла, терапия реальностью – на недостаток ответственности. Создатель терапии реальностью Уильям Глассер многие терапевтические принципы позаимствовал у одного из первых американских экзистенциальных терапевтов Гельмута Кайсара. Разработанный Глассером подход к терапии – это уникальный синтез экзистенциальной философии и бихевиористской техники развития самоконтроля.

Во всех культурах развитие идентичности является важнейшим условием формирования человеческой личности. Идентичность основывается на уникально человеческом осознании того, что каждый человек на земле неповторим. Осознание нами человеческой уникальности рождает глубокое ощущение ответственности за то, каким будет наше существование. Мы стремимся наполнить свою идентичность смыслом через те поступки, которые мы совершаем. Фундаментальный смысл идентичности можно выразить как идентичность успеха и идентичность неудачи. Создание идентичности успеха предполагает нашу убежденность в том, что мы успешно продвигаемся к своим личным целям, потому что принимаем на себя ответственность за наши действия и реагируем на ту реальность, которая есть, а не на ту, которую бы нам хотелось.

Чтобы достигать своих целей, мы должны достичь адекватного контроля над тем, что нас окружает. Предложенная Глассером теория контроля предполагает, что человеческий мозг функционирует как термостат (прибор, в котором поддерживается постоянная температура – холодильник, термос), т. е. регулирует себя, изменяя восприятие окружающего мира. Поведение нацелено на удовлетворение 4 психологических потребностей:

- аффилиации,
- власти,
- удовольствия и
- свободы, а также
- психической необходимости выживать.

Успешное удовлетворение этих потребностей создает в результате ощущение контроля.

Потребность в аффилиации мотивирует человека к сотрудничеству, к вступлению в брак, в клуб, в организации. Власть понимается не как эксплуатация других, а как достижения. Когда человек добивается, чего хочет, у него возникает чувство контроля. Потребность в удовольствии уравновешивает потребность в достижении. Жизнь дается для удовольствий, не для страданий. Наконец, потребность в свободе, независимости и автономности подра-

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

зумевает, что человеком можно стать только тогда, когда мы научимся выбирать и действовать самостоятельно. Успешная идентичность формируется из сознания власти и удовольствия от выбора того, что нам требуется.

Идентичность неудачи формируется тогда, когда ребенка мало любили и давали почувствовать свою несостоятельность. Каким бы не было трудным раннее детство, это не оправдание для отказа от ответственности в настоящем. Единственный способ для преодоления идентичности неудачи, сложившейся в раннем детстве, это принять на себя ответственность за то, что мы делаем сейчас. Прошлое нельзя изменить. Прошлое закрыто для нас, оно - часть небытия. Настоящее и будущее открыты для нас, мы можем ими управлять, если будем ответственны за наши поступки в настоящем.

Люди, испытывающие психологические проблемы, характеризуются идентичностью неудачи, они не желают принимать на себя ответственность и честно смотреть в глаза реальности. Психологические проблемы - это собирательное название для множества стратегий, при помощи которых люди игнорируют или отрицают реальность и ответственность. Люди, страдающие манией величия (Наполеоны), отгораживаются от неудач, создавая ложную идентичность. Клиенты, остро ощущающие собственную никчемность, захвачены переживанием своих особенных, исключительных невротических симптомов. Психопатичные личности полагают, что можно не обращать внимания на реальность, можно нарушать правила, законы, социальные нормы. Когда человек начинает игнорировать или отрицать реальность, он застревает в своих неудачах. Если в детстве он был обделен любовью, то будет отрицать важность любви и изолировать себя от окружающих, самоизоляция от любви будет препятствовать развитию ощущения собственной значимости.

Сначала терапевт помогает клиенту осознать то, что делает клиент в настоящее время, чтобы у клиента возникла тревога. У человека, страдающего депрессией, спрашивают не о том, что вызывает у вас депрессию, а о том, что вы делаете для того, чтобы вызвать у себя депрессию?

Если клиент сосредоточен на своих проблемах в прошлом, то нужно выяснять, не почему эти проблемы возникли у клиента, а почему у клиента не возникли более серьезные проблемы. При такой постановке вопроса клиент осознает, что, даже создавая для себя проблемы, он остается достаточно сильным и несет свою ответственность, не допуская полного уничтожения своей и чужих жизней. Клиента учат сосредоточиваться не на своих проблемах, а на своих сильных сторонах. Когда клиент полнее осознает свои сильные стороны, он поймет, как добиться успеха не отрицая и не игнорируя реальность.

Терапия реальностью является центрированной на настоящем. Прошлое важно постольку, поскольку оно соотносится с поступками в настоящем. Настоящее – то, где клиент может сделать выбор в пользу изменений. Перекладывание вины за настоящее на то, что было в прошлом, часто применяется в традиционных терапевтических системах. Терапевт не должен быть холодным и безучастным. Клиент уже сполна получил холодности и безучастности. Терапевт должен проявлять теплоту и заботу о клиенте, восполняя недо-

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

полученную клиентом в своей жизни любовь.

Но любовь терапевта не должна быть безграничной. Необходимо делать оценочные суждения в отношении клиента, но именно с оценочными суждениями и связана главная проблема. Когда терапевт оценивает поступки клиента, он снимает с клиента ответственность за его поступки. Для того, чтобы клиент достиг успеха, он должен начать оценивать свое поведение как приемлемое тогда, когда оно ответственно. А когда клиент причиняет страдания себе и окружающим, такое безответственное поведение нужно менять. Эффективными могут быть только те изменения, которые достигаются через осознание ответственности за свое деструктивное поведение.

Клиент сам решает – ответственно его нынешнее поведение, или нет. Основной процесс изменений – выбор. Терапевтическое изменение – результат ответственного выбора, основанного на сознании того страдания, источником которого является данный человек. Одной из задач терапии является конфронтация способов избегания реальности. Разумеется, терапевт не должен поощрять безответственное поведения клиента, перекладывая вину за проблемы клиента на совершенные в прошлом поступки его родителей или на социальные факторы. Успешные люди знают, что способны преодолевать социальную реальность и не оказаться поглощенными всеобщей безнравственностью. Отправная точка изменения любого безнравственного аспекта общества – принятие на себя ответственности за свои поступки.

Когда клиент сделает свой выбор в пользу изменения своего безответственного поведения, терапевт поможет клиенту разработать конкретный план конкретного изменения своего поведения. Подразумевается, что терапевт обладает более успешной идентичностью и лучше знает, как добиваться успеха в обществе. Терапевт выполняет роль поводыря. Намечаются реальные цели, позволяющие добиваться каждую неделю небольших успехов. Если клиент берет на себя больше, чем реально может выполнить в нынешних условиях, задачей терапевта становится обратная связь, разработка более реального плана на неделю. Клиенту нужно перестать испытывать неудачи и начать испытывать успех. Формулой терапии реальностью является постепенное приближение, последовательное, неделя за неделей, формирование идентичности успеха. Но успех достигается не благодаря тому, что терапевт контролирует вероятности в окружении клиента, а благодаря тому, что клиент сам контролирует собственное поведение.

Планы на неделю составляются письменно в форме контракта. Когда план составлен в письменной форме, от него труднее отступить, о нем нельзя забыть, трудно переврать то, что в чем написано. Терапевт расспрашивает о подробностях плана, чтобы убедиться в том, что план реалистичен и имеет шансы быть успешно выполненным. Разумеется, планам, даже письменным, нельзя придавать абсолютного значения. Если план не выполнен, он корректируется с учетом обратной связи с реальностью. Однако если план не работает, то никакие оправдания не принимаются. Ответственность за изменение плана лежит целиком на клиенте. Понятно, что чаще всего дела не идут потому что люди не делают того, о чем говорят. И упреками здесь не поможешь.

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

Нужно спрашивать напрямую: Вы собираетесь выполнять свои обязательства? Если да? то когда? Или можно просто сказать клиенту: План не оправдывает себя? Давайте его изменим.

Принимая реальность, мы принимаем ограничения, накладываемые этой реальностью. Неудача постигает тогда, когда мы не вписываемся в пределы этих ограничений. Неудача постигает тогда, когда мы не берем на себя ответственность следовать установленным ограничениям.

4.2.5. Эффективность экзистенциальной терапии

В литературе не было найдено исследований эффективности традиционной или любой другой экзистенциальной терапии с применением контрольной группы. В исследованиях с применением мета-анализа тоже ничего не говорится об эффективности экзистенциальной терапии. Очевидно, экзистенциальная терапия не вписывается в общепринятые нормы эффективности: ни в объективные, ни в субъективные.

Противодействие стандартным эмпирическим исследованиям вполне согласуется с нелюбовью экзистенциалистами обычных "научных" исследований. Объективное исследование представляется дегуманизирующим, потому что человеческие переживания сводятся к сложению баллов. Перевод переживаний в цифры объективизирует клиента, а экзистенциальная терапия призвана помогать каждому человеку испытать собственную уникальность, субъектность.

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

Вопросы для самоконтроля к теме 4 «Экзистенциальная терапия»

1. Назовите наиболее видных представителей экзистенциальной терапии.
2. Где располагается мировой центр экзистенциального анализа?
3. Почему в экзистенциализме отсутствует доминирующая фигура?
4. Что может дать экзистенциальная психология психологической науке?
5. Как определяется экзистенциальная терапия самими экзистенциальными психологами?
6. Чем является личность для экзистенциалистов?
7. Что передают дефисы в экзистенциальной терминологии?
8. Почему бытие и мир неразделимы?
9. Чем является мир с точки зрения феноменологии?
10. Что значит для экзистенциалиста понять другого человека?
11. На каких уровнях мироздания существует человек?
12. Чем различаются личности?
13. Какая проблема встает перед нами в процессе попыток создать здоровое существование?

14. В чем наилучшая альтернатива с точки зрения экзистенциализма?
15. Чем характеризуется аутентичное существование?
16. Почему аутентичное существование является здоровым?
17. Почему мы не делаем выбор в пользу аутентичности?
18. Какие условия создают "экзистенциальную тревожность"?
19. С чем сопряжена ответственность за те решения, которые мы принимаем?
20. От кого зависит смысловое наполнение нашей жизни?
21. Какова определяющая характеристика человеческого существования?
22. Какой характер имеют условия образуют область "небытия"?
23. Как мы переживаем бытие/небытие в повседневной жизни?
24. Что включает в себя аутентичное бытие?
25. Какова основа любой психопатологии?
26. К чему всегда ведет нас ложь?
27. Из чего возникает «невротической тревожности»?
28. В чем отличие экзистенциальной тревожности от невротической тревожности?
29. Когда развиваются симптомы психопатологии, например навязчивые состояния?
30. Что представляет собой патология?
31. Как соотносятся друг с другом уровни бытия при психопатологии?
32. На каком уровне существования встречается ложь?
33. Приведите примеры "лжи-в-природе".
34. Какой уровень лжи наиболее распространён?
35. Кто хвастается своей способностью "лгать-другим"?
36. Какой уровень лжи имеет самый сложный характер?
37. Что конструирует человек в процессе лжи?
38. Что важно для понимания патологии?
39. Назовите патологически-реактивные формы времени.
40. В какой фантазии отрицается непрерывный поток времени?
41. Назовите патологически-реактивные формы восприятии пространства.
42. Сформулируйте определение понятия "интенциональность".
43. Поскольку источник патологии – ложь, то каким способом можно устранить симптомы?
44. Что происходит с проблемами клиента, если терапевт обращается с клиентом примерно так же, как механик обращается с ремонтируемой машиной?
45. К чему стимулирует клиента экзистенциальный терапевт?
46. Если в психоанализе клиент говорит первое, что приходит на ум, то в что требуется от клиента в экзистенциальной терапии?
47. Разделяют ли экзистенциалисты положение психоанализа о том, что клиент будет повторять свое прошлое поведение и создавать отношения перенесения?
48. Что является причиной перенесения по мнению экзистенциалистов?

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

49. Если клиент переживает "бытие-с-другими" как дистанцирование, то и как будет вести себя клиент в отношениях с терапевтом?
50. Если клиент живет во всеобъемлющем прошлом, то о чём будет разговаривать клиент с терапевтом?
51. Какой процесс называется свободным переживанием?
52. Что полнее осознает клиент, свободно выражая свои переживания?
53. Почему клиенты обычно стараются манипулировать терапевтом?
54. К какому переходу стимулирует клиента терапевт?
55. Когда терапия может считаться завершенной?
56. С чего начинается работа экзистенциального терапевта?
57. Чем пользуется терапевт для понимания феноменологического мира клиента?
58. Какое решение принимает терапевт после того, как у терапевта сложилось феноменальное понимание клиента?
59. В чём состоит традиционный подход?
60. Что должен сделать терапевт для того, чтобы терапия была экзистенциальной?
61. Что происходит с экзистенциальной терапией, если терапевт не способен быть аутентичным?
62. Каким отношениям позволяет установиться аутентичность терапевта?
63. Аутентичный терапевт вписывается в патологические категории клиента?
64. Какая необходимость существует с самого начала терапии?
65. Что позволяет клиенту почувствовать себя субъектом, способным направить свою жизнь в новое для себя русло?
66. Что должен испытывать клиент после осознания новых альтернатив?
67. Что произойдёт после того, как клиент осознает, что в мире есть по крайней мере один аутентичный человек?
68. Кем начинает осознавать себя клиент при такой разъяснительной организации терапии?
69. К употреблению каких специфически человеческих сознательных процессов стимулирует клиента терапевт?
70. Почему путь к аутентичному бытию субъекта вместо бытия объективного симптома клиент должен пройти в одиночестве и сам взять на себя ответственность за делаемые выборы?
71. Что происходит, если терапевт ведет себя как доктор или как другой человек, обладающий полномочиями?
72. Чего позволяет не допустить аутентичность терапевта?
73. Назовите онтологическую характеристику каждой личности, неотделимую от самого существования и порождаемую угрозами со стороны небытия.
74. Какой подход сохраняется в экзистенциализме?
75. Как изменяется в экзистенциализме формула Фрейда?
76. Что оказывается в центре внимания формулы экзистенциалистов?
77. К чему стремятся экзистенциалисты с самого начала терапии?

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

78. Что оказывается единственной защитой от сознательной лжи?
79. Когда защиты остаются ригидными?
80. Что мы вынуждены делать, когда мы лжем сами себе?
81. От чего освобождает нас конфронтация "лжи-для-себя"?
82. Что можно сказать вопреки утверждениям бихевиористов?
83. На каком уровне строит самоуважение личность, ориентированная внутрь себя?
84. Что важнее для аутентичной личности?
85. Можно ли быть совершенно свободным от того, что думают о нас другие?
86. Как человек может стать свободным?
87. Когда нам бывает по-настоящему хорошо?
88. Ставит ли экзистенциальный терапевт перед собой задачу подъема самоуважения клиента?
89. В ходе чего может возникнуть самоуважение?
90. Какая проблема занимает центральное место в экзистенциальной терапии?
91. Какую конфронтацию переживает человек, делая выбор в пользу аутентичности?
92. Что влечет сознательный выбор не в пользу аутентичности, а в пользу лжи и конформизма?
93. Когда человек обнаруживает в себе невротическую вину?
94. Что испытывает человек, когда делает выбор в пользу того, чтобы быть собой?
95. Что испытывает человек, когда делает выбор в пользу того, чтобы не быть собой?
96. Что предполагают близкие отношения?
97. Какая формула выражает объективированные отношения?
98. Почему в реальности многие люди предпочитают аутентичным отношениям объективированные отношения?
99. Чем вызвана наша изоляция с точки зрения экзистенциалистов?
100. К чему нас мотивирует экзистенциальная вина?
101. Почему невыразительность языка и изоляция личности не являются уважительными причинами для того, чтобы терапевты и другие человековеды не стремились к пониманию человеческих переживаний?
102. Что значит испытывать враждебность?
103. Что может развиться у человека, когда человек отгораживается от агрессивности?
104. В чём состоит самое большое насилие, которое может быть совершено?
105. Почему Сартр сказал: "Ад – это другие люди"?
106. Какого желания не должен поддерживать в клиенте терапевт?
107. В каких случаях может быть здоровой жизнь, основанная на приспособлении (адаптации)?

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

108. Каков единственный способ возвыситься над ложью и неаутентичностью?
109. Можно ли быть-с-другими и быть-с-миром, и при этом не становится объектом чужих манипуляций?
110. Что такое свобода для экзистенциалистов?
111. Можно ли ослабить управление импульсами, живя по собственной воле?
112. Может ли гедонистический стиль жизни быть аутентичным?
113. Какие процессы управляют зрелой личностью?
114. Из чего возникает смысл нашего существования?
115. Какой вопрос нужно себе задать, чтобы определиться со смыслом существования?
116. Сформулируйте определение аутентичной жизни.
117. Какого осознания требует аутентичность?
118. Какой единственной ценности обязан следовать каждый человек?
119. Каким станет будущее клиента, когда тот наберется мужества быть во всем честным?
120. Чьё будущее мы можем предвидеть?
121. Какова центральная задача экзистенциального терапевта?
122. Что выступает основным источником смысла экзистенциальной терапии?
123. Какова одна из наилучших возможностей для клиента сделать выбор в пользу аутентичного существования?
124. Что неизбежно осознает клиент, когда терапевт будет последовательно отказываться брать на себя заботу о клиенте?
125. Каким должен быть экзистенциальный терапевт в терминологии Роджерса?
126. Согласны ли экзистенциалисты с утверждением Роджерса о необходимости точной эмпатии?
127. Каким термином обозначается безусловное согласование переживаний и бытия терапевта с бытием клиента?
128. К чему не должен позитивно относиться экзистенциальный терапевт?
129. Почему на первом этапе терапии, терапевт разрешает клиенту лгать и объективировать и при этом не высказывает в открытой форме своего отношения?
130. Каким должен быть субъективный мир экзистенциального психотерапевта?
131. К чему менее других терапевтов склонны экзистенциалисты?
132. Кто должен определить, какой должна быть экзистенциальная терапия: длительной или краткой?
133. Какова продолжительность экзистенциального анализа?
134. Каковы основные альтернативы экзистенциальному анализу?
135. Выходцами из каких терапевтических систем могут быть экзистенциальные терапевты?

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

136. Какие два типа экзистенциальной терапии существуют?
137. В качестве чего можно рассматривать экзистенциальный анализ или дазайнанализ?
138. На границе с чем существует экзистенциально-гуманистическая терапия?
139. Назовите три силы в психологии.
140. На что обращают основное внимание европейские экзистенциалисты?
141. На что обращают основное внимание американские экзистенциалисты?
142. Каково соотношение между экзистенциально-гуманистическими психотерапевтами и экзистенциально-аналитическими психотерапевтами?
143. На какую из форм небытия более всего нацелена логотерапия?
144. Какой смысл создал для себя Франкл?
145. С какого вопроса клиенту начинается логотерапия? Почему?
146. Почему смысл жизни – это не абстракция?
147. Чему близка по форме логотерапия?
148. Какую форму развития сознания представляет собой логотерапия?
149. Какие специальные техники разработал Франкл для решения традиционных психологических проблем?
150. На что нацелена терапия реальностью?
151. Какой подход к терапии разработал Глассер?
152. На чём основывается идентичность?
153. Контроль над чем необходим для того, чтобы достигать своих целей?
154. На удовлетворение каких психологических потребностей нацелено поведение?
155. При каких условиях формируется идентичность неудачи?
156. Что происходит с человеком, который начинает игнорировать или отрицать реальность?
157. Зачем терапевт помогает клиенту осознать то, что делает клиент в настоящее время, чтобы у клиента возникла тревога?
158. Что нужно выяснять, если клиент сосредоточен на своих проблемах в прошлом?
159. Почему клиента учат сосредоточиваться не на своих проблемах, а на своих сильных сторонах?
160. На чём центрирована терапия реальностью?
161. Почему терапевт должен проявлять теплоту и заботу о клиенте?
162. Каков основной процесс изменений в терапии реальностью?
163. В чём отправная точка изменения любого безнравственного аспекта общества?
164. Какова формула терапии реальностью?
165. Когда постигает неудача?

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

Семинар 2. Адлерианская и экзистенциальная терапия

Вопросы для обсуждения:

1. Теория личности в адлерианской и экзистенциальной терапии.
2. Теория психопатологии в адлерианской и экзистенциальной терапии.
3. Теория терапевтических процессов в адлерианской и экзистенциальной терапии.
4. Терапевтическое содержание в адлерианской и экзистенциальной терапии.
5. Терапевтические отношения в адлерианской и экзистенциальной терапии.
6. Основные альтернативы классическому экзистенциальному анализу.

Темы для рефератов:

1. Индивидуальная психология А. Адлера.
2. А. Адлер о психике и психической деятельности.
3. А. Адлер о комплексе неполноценности.
4. Теория и техники адлерианской терапии.
1. Основные понятия экзистенциальной терапии.
2. Понимание психопатологии в экзистенциальном анализе.
3. Л. Бинсвангер и Ж.-П. Сартр.
4. Аналитика существования М. Хайдеггера и ее значение для психотерапии.
5. Свобода личности и социальная интегрированность.
6. Экзистенциальная проблема ответственности и вины.
7. Основы логотерапии: что такое смысл.
8. В. Франкл о парадоксальной интенции.
9. Принцип гомеостаза и экзистенциальная динмика.
10. Логотерапия ноогенных неврозов.

Литература к семинару 2:

1. Адлер А. Понять природу человека. СПб.: Гуманитарное агентство «Академический проект», 2000. С. 19 – 32; 64 – 82; 131 – 138.
2. Бинсвангер Л. Бытие-в-мире. М.: Ювента, 1999. С. 96 – 110; 118 – 126; 182 – 194.
3. Бурлачук Л.Ф. и др. Основы психотерапии. Киев, М.: Алетейя, 1999. С. 73 – 98.
4. Мэй Р. Искусство психологического консультирования. М.: Независимая фирма «Класс», 1994. С. 12 – 29; 92 – 111.
5. Психотерапия / Под ред. Карвасарского Б.Д. СПб.: Питер, 2000. С. 156 – 159.
6. Романин А.Н. Основы психотерапии. М.: Издательский центр «Академия», 2004. С. 44 – 51; 125 – 129.

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

7. Франкл В. Человек в поисках смысла. М.: Прогресс, 1990. С. 284 – 307.
8. Франкл В. Доктор и душа. СПб.: Ювента, 1997. С. 90 – 122.
9. Франкл В. Теория и терапия неврозов: Введение в логотерапию и экзистенциальный анализ. СПб.: Речь, 2001. С. 45 – 52; 151 – 155; 163 – 174; 178 – 181.
10. Франкл В. Психотерапия на практике. СПб.: Речь, 2001. С. 54 – 64.

МОДУЛЬ 3. Личностноцентрированная терапия К. Роджерса и трансактный анализ Э. Берна

Тема 5. Личностноцентрированная терапия

5.1 Личностно-центрированная терапия К. Роджерса.

5.1.1. Теория личности

У всех людей имеется, по крайней мере, одна базовая мотивационная сила – ***тенденция к актуализации***. Роджерс определял актуализирующую тенденцию как "присущую организму тенденцию к развитию всех своих способностей, таким образом, который способствует сохранению либо дальнейшей эволюции организма". Сюда включается не только

- **тенденция** к удовлетворению физиологических потребностей в
  - воздухе,
  - пище и
  - воде, и
- **тенденция** к ослаблению напряжения, а также
- **способность** организма превосходить самого себя (самотрансцендироваться) за счет процессов роста, и
- **способность** самосовершенствоваться через установление отношений с другими и воспроизведение потомства.

От этого зависит наше самосовершенствование в овладении культурными приемами, а также освобождение из-под контроля внешних сил и переподчинение этих сил себе.

От рождения нам дан ***процесс оценивания на уровне организма***. Этот процесс способствует тому, что мы

- **позитивно** оцениваем те свои опыты, которые способствуют продолжению и развитию нашей жизни, и
- **негативно** оцениваем те собственные опыты, которые препятствуют нашему росту.

Следовательно, нам от рождения даны актуализирующие силы, из которых образуется наша мотивация, и процессы оценивания, регулирующие эти актуализирующие силы. Более того, мы можем доверяться этим основным процессам на уровне организма.

В своем отношении к миру, мы реагируем не на "чистую" или "подлинную" реальность, а на ту реальность, которая дана нам в наших переживаниях. Наш мир – это переживаемый, или феноменальный мир. Если другие хо-

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

тят понять наши конкретные действия, они должны постараться по возможности наиболее полно себя поставить себя в наши внутренние референтные рамки и начать сознавать мир так, как он существует в нашем субъективном сознании. Никто не отрицает того, что на наш мир накладывает свое влияние окружающая нас среда, но мы сами также активно участвуем в создании нашего субъективного мира, наших внутренних референтных рамок.

Актуализирующая тенденция позволяет нам испытывать различия – отличать опыт, являющийся частью нашего личного бытия и функционирования, от опытов других людей. Наши собственные переживания называются "переживаниями себя". Мы можем осознавать собственные переживания, если будем выражать их символически через язык или через другие символы. Так, сознательное представление о том, что мы живы и действуем, дополняется взаимодействием со значимым другим (и) и формирует нашу "я"-концепцию. "Я"-концепция включает

- наше **восприятие** того, что характерно для "я" или для "меня",
- наши **восприятия** наших отношений с другими и с миром, и
- **ценности**, связанные с тем, что мы воспринимаем.

Когда возникает наше самосознание, у нас развивается ***потребность в позитивном отношении к нашему "я"***. Несмотря на то, что потребность в позитивном отношении к своему "я" является универсальной, Роджерс утверждает, что мы должны научиться любить. Потребность в позитивном отношении – потребность быть принятым и любимым – самая влиятельная потребность развивающейся личности. "Любит или не любит" – бесконечная загадка для развивающейся личности, когда человек следит за выражением лица, жестами и другими знаками, пытаясь найти в них проявления к себе со стороны матери позитивного отношения, ещё будучи ребенком. Роджерс подчеркивает важность материнской любви, но для личности также необходимо испытывать позитивное отношение к себе со стороны других людей, в первую очередь – **значимых других**.

Позитивное отношение к нам со стороны других людей, проявляющееся в поведении этих людей, в первую очередь – наших родителей, подкрепляет позитивный образ нашего "я". С другой стороны, стоит нашему родителю нахмурить брови либо иным образом выразить негативное отношение, и наше ощущение того, что нас любят, ослабевает. Следовательно, проявление позитивного отношения со стороны значимого другого способно управлять процессом оценивания на уровне организма. На человека сильнее действует позитивное отношение со стороны значимых других, чем позитивно оцениваемые переживания на уровне организма. Когда потребность быть любимым другими становится довлеющей, человек начинает руководствоваться в своем поведении не тем, что полезно для организма, а тем, что дает наибольшую вероятность быть любимым.

Вскоре человек научился относиться к себе с позиций того, как к нему относятся другие, поведение его начинает определяться тем, любят его или не любят. Такое ***усвоенное самоотношение*** приводит к тому, что человек рассматривает себя и свое поведение с тех же позиций, что и значимые для него

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

другие. В результате, может возникать

- позитивное отношение к такому поведению, которое не обеспечивает удовлетворение потребностей на уровне организма. И наоборот,
- поведение, не приводящее к отрицательным переживаниям на уровне организма, может оцениваться негативно, потому что значимые другие оценивают его негативно (пьянство).

Когда человек начинает вести себя в соответствии с интернализованными ценностями значимых других, он обретает "***условия значимости***". Человек не может считать себя значимым и не может относиться к себе позитивно, если не будет жить в соответствии с этими условиями.

- Для одних людей это означает, что они могут хорошо себя чувствовать, быть любимыми и значимыми, только если будут добиваться успехов, неважно какой ценой для организма эти успехи будут достигнуты.
- Для других хорошее самочувствие зависит от собственной сговорчивости, покладистости, от того, чтобы никому не говорить "нет".

Когда личность обрела условия собственной значимости, происходит ее превращение

- из личности, которой движут **ценности, сложившиеся на уровне организма**,
- в личность, которой движут **ценности, имеющиеся у других людей**.

Мы в раннем возрасте учимся подменять нашу базовую тенденцию к актуализации на обусловленную любовь других и нас самих.

Теоретически, такая подмена не является необходимой. Роджерс однозначно утверждал, что если человек испытывает безусловное позитивное отношение, то не будут формироваться никакие условия значимости, самоотношение будет безусловным, потребности в позитивном отношении и самоотношении не будут вступать в конфликт с оцениванием на уровне организма, сохранятся психологическая адаптивность и функционирование личности. К сожалению, такая гипотетическая ситуация в реальности не встречается, за исключением только психотерапии.

5.1.2. Теория психопатологии

Чем более обусловленной является родительская любовь, тем вероятнее разовьется психопатология. Поскольку существует потребность человека относиться к себе определенным образом, люди начинают избирательно относиться к тому, что они переживают с позиций установленных их родителями условий значимости, которые ребенок интернализирует. Те переживания и то поведение, которые согласуются с условиями значимости, обретают точные репрезентации в сознании. Если, например, родители требовали от ребенка успехов, люди должны быть способны точно вспомнить то, что они переживали, когда добивались этих успехов. Однако, переживания и поведение, противоречащие, условиям значимости, искажаются для того, чтобы уменьшить

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

внутренний конфликт, либо вообще могут исключаться из сознания. Люди, которые ради того, чтобы хорошо себя чувствовать, должны добиваться успехов, превращают свой отпуск в соревнование – они подсчитывают, сколько достопримечательностей, музеев, городов они посетили. Некоторые трудоголики вообще отрицают наличие у себя желаний развлекаться: "Развлечения для дураков" – это их девиз.

Поскольку некоторые переживания искажаются или отрицаются, постольку существует "***неконгруентность***" между тем,

- что человек **переживает** и тем,
- что **символизируется** как часть "я" – концепции личности.

Например, неконгруентность между неспособностью впадать в гнев и хорошим самочувствием. Человек считает, что он один из тех редких людей, которые всегда держат себя в руках. В тех ситуациях, когда было бы естественно дать волю своему гневу, такой человек собирает губы в складки. Если фрустрация не проходит, человек начинает посвистывать. Человек не отдает себе отчета в этих соматических симптомах, но со стороны он похож на свистящий чайник. Роджерс считал, что в основе психологической дезадаптации лежит неконгруентность между переживаниями человека и тем, что символизирует часть его "я" – концепции.

Неконгруентность между "я" и переживаниями – основа отчуждения человека. Переживания на уровне организма вступают в конфликт с условиями значимости и грозят разрушить "я". Личность утрачивает интегральное единство, дающееся каждому человеку от рождения. Человек становится частью того, кем он на самом деле является. Присущие каждому человеку тенденции к полной актуализации не умирают совсем, но внутри личности происходит разделение:

- иногда поведение направлено на то "я", каким **мы сами его видим**, а
- иногда поведением управляют те аспекты нашего организма, которые **мы стараемся игнорировать**.

Психопатология означает разделенную личность, в которой существуют напряжения, защиты и неадекватное функционирование, вызванное отсутствием целостности.

Психологическая дезадаптация – это результат базового отчуждения человека. Во имя сохранения позитивного отношения других к себе, мы перестаем быть собой, и игнорируем естественное оценивание наших переживаний на уровне организма. В очень раннем возрасте мы начинаем искажать или отрицать некоторые свои переживания, имеющие значение для нас, и начинаем воспринимать эти свои переживания так, как их оценивают другие. Такая самофальсификация себя и своего опыта не является результатом сознательного выбора в пользу лжи, как считают экзистенциалисты, это естественное следствие развития личности в детском возрасте.

Человек, живущий в состоянии отчуждения, переживает неконгруентность с самим собой и чувствует её угрожавший характер. Восприятие угрозы осуществляется на уровне субсенсорного – бессознательного – воспри-

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

ятия. При этом происходят перцептивные искажения, такие как рационализация, проекция, отрицание, препятствующие осознанию таких переживаний, которые не согласуются с условиями значимости, например, гнева. Если бы люди осознавали те свои переживания, которые конфликтуют с условиями значимости, то их "я" – концепции оказались бы под угрозой разрушения, их потребность в самоуважении оказалась бы фрустрированной, у них бы возникло состояние тревоги.

Защитные реакции, включая невротические симптомы, развиваются для того, чтобы не допустить проникновения переживаний, угрожающих распадом "я" – концепции, в сознание.

- Например, *люди, которые чувствуют, что их не любят потому, что они позволяют себе впадать в гнев*, отрицают то, что впадают в гнев, в результате у них начинаются головные боли. Головные боли создают дискомфорт на уровне организма, но зато у человека больше шансов снискать позитивное отношение других – к больным относятся снисходительнее.
- Те *люди, самоотношение которых зависит от успеха*, становятся одержимы работой. Принимая стимулирующие средства, они могут работать допоздна, каждый успех улучшает их самочувствие, но их организм пребывает в состоянии стресса.
- Некоторых людей настолько *пугают их сексуальные желания*, что они искажают свое восприятие и кажутся себе непорочными ангелами, а другие представляются им людьми, вселяющими в них грязные мысли. Один клиент посмотрел на первую, предложенную ему карту в тесте Роршаха, отбросил ее и закричал: «А почему вы не показываете эти свои картинки коммунистам? Это они развращают наших детей, вводя сексуальное образование».

Все люди воспринимают неконгруентные переживания как угрозу своей "я " – концепции. В большей или меньшей степени, все люди при помощи каких-либо защит либо симптомов стремятся сохранить самоуважение и избежать тревоги. Защиты помогают сохранить позитивное самоотношение, но за них приходится расплачиваться. Защиты приводят

- к искажению восприятия реальности и
- к селективному восприятию информации.

Один 45-летний клиент говорил терапевту: "Вы еще молодой. Вы, должно быть, за гражданские браки! Я не смогу с вами заниматься". Он попросил направить его к другому терапевту, даже не спросив, что тот думал о гражданских браках. Ригидные попытки защитить свое мировоззрение и себя приводят к ригидности в переработке информации. Чем патологичнее личность и чем сильнее она отгораживается защитами, тем более ригидно и неадекватно восприятие.

У некоторых людей неконгруентность между собой и своими переживаниями настолько велика, что отдельные события могут привести к сбою в функционировании ригидных защит и вызвать дезорганизацию личности. Если происходит какое-то событие, обнажающее неконгруентность между

Саратовский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского

собой и своими переживаниями, и если такое событие происходит внезапно, то неконгруентность становится очевидной, человек делается переполнен тревогой из-за того, что "я"-концепция оказалась под угрозой. Когда защиты вдруг не срабатывают, те переживания, которые ранее искажались, обретают точное символическое представление в сознании. Упорядоченный образ "я" оказывается поколеблен неприемлемыми переживаниями.

Один студент обратился к психотерапевту после того, как попробовал ЛСД. До того случая он считал себя убежденным верующим. Он думал, что он добр к другим, любит других людей и стремится к их благополучию. Попробовав ЛСД, он увидел себя эгоистичным маньяком, который стремится только к тому, чтобы его показали в новостях. Он не мог рационализировать такое самовосприятие, потому что находился под воздействием ЛСД. Он воспринимал сам себя как чужого человека. Его охватила паника, он хотел прыгнуть с моста, покончить с собой физически, но сохранить свое "я". Он обратился к психотерапевту затем, чтобы ***реинтегрировать*** собственное "я".

Независимо от того, что приводит человека к терапевту:

- ❖ кризис,
- ❖ неадекватное функционирование по причине искаженного восприятия,
- ❖ острые защитные симптомы,
- ❖ желание более полной актуализации,

ЦЕЛЬ ВСЕГДА ОДНА: увеличить конгруэнтность между собой и переживаниями через посредство интеграции.

Реинтеграция своего "я" и своих переживаний возникает из терапевтических отношений. Поэтому мы нарушим заведенный порядок и перед теорией терапевтического процесса рассмотрим взгляды Роджерса на терапевтические отношения.

5.1.3. Терапевтические отношения

Роджерс ясно сформулировал, что необходимые и достаточные условия терапии заключаются в терапевтических отношениях. Для конструктивного изменения личности нужно соблюдать 6 необходимых условий. Эти условия достаточны для объяснения любых терапевтических изменений. Иначе говоря, **эти и только эти условия** вызывают терапевтические изменения личности у всех клиентов, во всех терапевтических системах, и **во всех случаях**.

(1) **Взаимоотношение**. Очевидно, что между двумя людьми должно установиться взаимоотношение, обеспечивающее дифференцированное восприятие друг друга (т. е. восприятие друг друга как разных людей).

(2) **Ранимость**. Во взаимоотношении с терапевтом клиент находится в состоянии неконгруентности и поэтому является уязвимым перед лицом тревожности, поскольку субсенсорное восприятие своих переживаний формирует у клиента ощущение того, что это "я" находится под угрозой. Уязвимость для тревоги формирует у клиента мотивацию

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

к установлению терапевтических отношений.

(3) **Искренность**. В терапевтических отношениях терапевт конгруэнтен и искренен. Искренность означает, что терапевт чувствует себя свободно и ведет себя честно, все переживания терапевта полностью им осознаются. Искренний терапевт не претворяется и не показывает себя с хорошей стороны. Это не значит, что все терапевты всегда честны и конгруэнтны во всех аспектах жизни, но в терапевтических отношениях искренность – непременное условие. Сначала Роджерс не считал, что терапевт должен открыто раскрывать перед клиентом свои переживания. Он считал, что достаточно того, чтобы терапевт не обманывал клиента и самого себя. Последующая клиентцентрированная работа с клиентами, страдавшими шизофренией, и работа в группах человеческих отношений привели Роджерса к выводу о том, что искренность терапевта включает в себя проявление своих переживаний.

Сам Роджерс раскрывался перед клиентами в минимальной степени, по сравнению с ведущими Т-групп. Вот пример из работы Роджерса с клиентами, страдающими шизофренией. Роджерс демонстрирует свою готовность выразить то, что он сейчас чувствует.

Клиент: Я думаю, что мне нельзя помочь?

Роджерс: А? Чувствуете, что вам нельзя помочь. Понимаю. Вы чувствуете себя абсолютно беспомощным. Я могу это понять. Я не чувствую, что дело безнадежно, но я понимаю, что вы чувствуете.

Другие клиентцентрированные терапевты идут в выражении своих чувств гораздо дальше.

(4) **Безусловное позитивное отношение**. Терапевт должен испытывать безусловно положительное отношение к клиенту. Неконгруентность клиента вызвана теми условиями значимости, которые человек интернализировал в результате обусловленного позитивного отношения со стороны других. Для того, чтобы клиент смог принять те переживания, которые им искажались либо отрицались с целью недопущения этих переживаний в сознание, условия значимости клиента нужно обесценить, а безусловное самоотношение нужно стимулировать. Если терапевт способен продемонстрировать клиенту свое безусловное позитивное отношение, то клиент сможет начать точно осознавать те свои переживания, которые ранее искажались либо отрицались, потому что таили в себе угрозу потерять безусловное позитивное отношение со стороны значимых других. Восприятие клиентами безусловного позитивного отношения к себе ослабляет или ликвидирует условия значимости. Место условий значимости занимает безусловное позитивное самоотношение. Если терапевт способен последовательно проявлять свое участие к клиенту, независимо от того, что испытывает или проявляет клиент, тогда клиент сможет свободно принять самого себя таким, какой он есть.

(5) **Точная эмпатия**. Терапевт испытывает точную эмпатию в отношении внутреннего мира клиента и старается сообщить клиенту о своем пони мании. Благодаря эмпатии, мы ощущаем личный мир клиента как свой собственный, но наше переживание не ограничено ни гневом, ни страхом, ни сму-

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

щением. Четко ощущая мир клиента, мы можем сообщить ему о нашем понимании, включая наше понимание смысла переживаний клиента, потому что клиент сам этот смысл еще нее осознает.

Без глубокого эмпатического понимания клиент не поверит в безусловное позитивное отношение к себе. У клиента может возникнуть страх того, что раз терапевт понимает их лучше, чем они сами себя понимают, значит, терапевт может догадаться о чем-то таком, что лишит их позитивного отношения. При условиях точной эмпатии и безусловного позитивного отношения, клиент лучше себя познает и полнее себя принимает.

(6) **Восприятие искренности**. Клиент, по крайней мере, минимально, воспринимает то, что терапевт его понимает и принимает. Для того чтобы клиент поверил в участие и эмпатию терапевта, терапевт должен восприниматься как искренний, а не как играющий роль.

5.1.4. Теория терапевтического процесса

Роджерс многое написал об условиях терапевтических отношений между клиентом и терапевтом. Значительно в меньшей степени объяснены им те процессы, которые в отношениях между клиентом и терапевтом вызывают позитивные изменения. На протяжении 1950-х гг., вполне адекватным было утверждение о том, что искренность терапевта, позитивное отношение, и точная эмпатия – это все, что необходимо для того, чтобы клиент получил стимул к актуализации. На протяжении I960-х гг. Роджерс стал размышлять над тем, что терапевтический процесс требовал прямого и интенсивного выражения своих чувств, которое приводило бы к корригирующему эмоциональному переживанию. В 1970-е гг. клиентоцентрироваиная терапия стала рассматриваться как процесс развития сознания благодаря помощи терапевта по формированию более эффективной переработки информации клиентом. В настоящее время процессы изменений в клиентцентрированной терапии можно определить как сочетание развития сознания и корригирующих эмоциональных переживаний в контексте искренних эмпатических отношений, характеризующихся безусловным позитивным отношением.

5.1.4.1. Развитие сознания.

5.1.4.1.1. Работа клиента

В атмосфере безусловного позитивного отношения на сессии клиент свободен говорить, о чем пожелает. Течением терапии управляет не терапевт, а клиент. Поэтому Роджерс еще в 1942 г. назвал такую терапию индирективной. Поскольку клиенты обращаются к терапевту часто в состоянии дистресса, можно ожидать, что сообщаемая ими информация будет связана с теми переживаниями, которые создают для них проблемы. Следовательно, на клиенте лежит ответственность сообщить терапевту о своих личных переживаниях и быть готовым к восприятию обратной связи со стороны терапевта.

5.1.4.1.2. Работа терапевта.

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

Традиционно, работа терапевта заключается в развитии сознания клиента и представляется функцией отражения. Терапевт – это зеркало, отражающее переживания клиента. Терапевт общается с клиентом фразами, которые начинаются со слов "Вы чувствуете себя…″ Например, "Вы чувствуете зависть от того, что у вашей подруги есть мальчик, и вам тоже хочется" или "Вы испытываете разочарование от того, что ваш отец пил". Стремясь понять клиента и выразить точную эмпатию, терапевт не должен разговаривать с клиентом с догматических, авторитарных позиций. Терапевт активно слушает и точно отражает основные переживания клиента.

Имея перед собой такое внимательное и конгруэнтное зеркало, клиент полнее осознает те переживания, которые либо искажались, либо отрицались. Разумеется, в этих переживаниях есть и их настоящие чувства. Вероятно, важнее всего то, что клиент начинает полнее осознавать то "Ты" которое отражает терапевт. Отражаемое "Ты" создает те переживания, которые ранее не считались значимыми для самоотношения, а теперь эти переживания разделяет значимый другой. Постепенно то "Ты", которое клиент начинает сознавать благодаря эмпатической обратной связи, способствует развитию конгруэнтности клиента.

В 1980-1990-х гг. личностноцентрированные терапевты стали признавать ошибочность уравнивания отражения как особого терапевтического приема со сложным отношением эмпатии. Такое уравнивание приводило к серьезным ограничениям в способах эмпатического реагирования. В конце жизни Роджерс писал: "Я вздрагиваю при словах "отражение переживания"". Он сожалел, что этот простой интеллектуальный навык был неверно понят как точное описание комплексных межличностных отношений. Эмпатия в клиентцентрированном подходе означает, что *терапевт, переживая мир клиента, создает активные и специфические средства эмпатии, приспособленные к личности конкретного клиента*.

Современные представления о работе терапевта по развитию сознания клиента не ограничиваются только обратной связью с клиентом. Частью работы терапевта в личностноцентрированной терапии является помощь клиенту по переключению своего внимания на более полную переработку информации, получаемой через восприятие собственных чувств. Благодаря более гибкому и внимательному отношению к собственным чувствам, терапевт помогает клиенту разорвать ригидность и искажения своего восприятия и задуматься о том личностном смысле своих переживаний, который прежде не допускал в сознание. Таким образом, личностноцентрированная терапия заменяет процессор – устройство для переработки информации. Для компенсации ригидного и дефицитарного стиля переработки информации, *терапевт сначала берет на себя функцию внимания клиента за клиента*, что позволяет перевести неосознаваемые переживания в сознание для их последующей переработки. Если терапевт не отразил от себя какие-то из пугающих клиента переживаний, то процессы избирательного внимания клиента обеспечат утрату такой информации из кратковременной памяти, которая переполнена информацией, на которую обращено внимание.

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

Одна застенчивая студентка рассказывала терапевту о том, что у её подруги есть мальчик. Она при этом выражала разнообразные чувства: говорила о дружбе со своей подругой, восхищалась ее молодым человеком и в какой-то степени завидовала. Поскольку чувство зависти в себе она принять не могла, её внимание было обращено либо на восхищение молодым человеком, либо на дружбу с подругой, что не позволяло ей осознать переживаемую ею зависть, которая, возможно, была причиной её ссор с подругой в последнее время.

Поскольку всегда есть такая информация, которая обращает на себя внимание клиента, постольку информация об угрожающих переживаниях вероятнее всего будет утрачиваться, если она не будет эмпатически отражена терапевтом и благодаря эмпатическому отражению не станет доступной дальнейшей переработке. Обеспечивая перевод такой угрожающей информации в сознание клиента, терапевт, по сути, ведет себя директивно, но эта директивность скрытая, не авторитарная, вызываемая той информацией, которая уже есть у самого клиента. Иначе говоря, процесс личностноцентрированной терапии является процессом управления клиентом, но управление не является центральным содержанием личностноцентрированной терапии.

Выполняя роль процессора за клиента, терапевт также помогает клиенту создать более *оптимальную модель организации информации*. Когда клиент оказывается перед лицом тех переживаний, которые угрожают его самоотношению, он испытывает тревогу, смущение и может не найти адекватных слов или адекватных символов для организации и интегрирования своих чувств в сознательные переживания. Некоторые клиенты осторожно подбирают слова для упорядочения своих неприемлемых чувств гнева или зависти, а другие быстро переключаются на что-то другое. Терапия продвигается вперед благодаря тому, что терапевт эмпатически кратко и точно упорядочивает информацию, заключенную в переживаниях клиента. Тем самым информация подготавливается для ее упорядоченного перевода в сознание.

Пример эмпатической организации информации: 55-летняя женщина различными способами выражала свое недовольство собственным мужем. Она злилась на то, что у него не было денег сделать в доме ремонт перед свадьбой дочери. У нее была депрессия из-за того, что она многие годы работала для того, чтобы добиться успеха в карьере, теперь у нее были деньги, но она не была счастлива. Терапевт сказал ей, что она раздражена из-за постоянных обещаний мужем того, что они начнут жить по-настоящему когда-нибудь потом. Она расплакалась и сказала: "Вот именно, вот именно, он всегда этим от меня отговаривается".

Более актуализирующий стиль переживания включает такую переработку информации, которая упорядочивает информацию в виде структур, символов и схем, обеспечивающих более полное и сознательное проявление переживаний. Терапевт помогает клиенту создать такие структуры, которые позволяли бы вспоминать перерабатываемую информацию при помощи активных выразительных слов. Часто язык и символы клиента являются невыразительными, общепринятыми, повторяющимися, скучными и безопасными, от-

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

ражая защитные способы перевода переживаний в сознание. Эвокативные (запоминающиеся) символы угрожают перевести в сознание клиента те переживания, которые могут разрушить самоотношение клиента. По мере того, как клиент осознает, что терапевт выражает переживания клиента живым и богатым языком, у клиента появляется возможность начать самому применять символы, позволяющие осознать собственную жизнь.

По мере того, как клиент осознает актуализирующие способы самовыражения, сами переживания становятся более актуализирующими. С философской точки зрения, по Виттгенштейну, переживание и выражение переживания образуют единство. Переживания не существуют где-то в организме, в ожидании того, пока мы их выразим, и они тем самым перейдут на уровень сознания. Переживания создаются в процессе их выражения. Иначе говоря, чем богаче и выразительнее символы, тем богаче и полнее становится личность.

5.1.4.2. Катарсис

В процессе развития сознания клиента, терапевт обращается, прежде всего, к чувствам клиента. То, что терапевт постоянно говорит клиенту "Вы испытываете …", помогает клиенту не только полнее осознать свои чувства, но также освободиться от своих чувств, выразить их и принять их. Роджерс считал, что чувства имеют и эмоциональный, и личностный компоненты смысла. Мы уже говорили об интеграции, организации и о выражении личностного смыслового компонента, он же – информационный или когнитивный компонент. Теперь мы обратимся к катарсисной разрядке эмоционального компонента чувств, которая не менее важна в терапевтическом процессе. Роджерс не разделяет выражение эмоционального и личностного смыслового компонентов. Они неразрывны. Но мы позволим себе рассматривать эти компоненты по отдельности.

5.1.4.2.1. Работа клиента.

В процессе самовыражения клиент обычно начинает избегать эмоционально нагруженных переживаний. Когда на начальном этапе терапии клиенты говорят о своих чувствах, то чувства описываются как прошлые переживания, внешние по отношению к "я" клиента. Клиент не отказывается говорить о своих эмоциональных проблемах, но видит свои проблемы порожденными чем-то внешним, поведением других людей. Постепенно, в ответ на точную эмпатию и позитивное отношение терапевта, клиент начинает объяснять, что он чувствует, но все равно остается в плену эмоциональных переживаний прошлого и интенсивно не выражает свои чувства. По мере того, как клиент понимает, что он принят терапевтом, клиент начинает более свободно выражать свои чувства в настоящем, но еще пока не в полном объеме. Одна из составляющих работы клиента заключается в принятии всех возникающих у себя эмоций, даже если при этом клиент испытывает тревогу и мобилизует свои защитные реакции на то, чтобы избирательно отгораживаться от таких эмоций.

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

Постепенно клиент начинает в полной мере выражать то, что он чувствует в данный момент. Свои чувства клиент начинает воспринимать как возникающие не извне, а изнутри своей личности, как заслуживающие позитивного отношения. В то же время, разрастаются те эмоциональные переживания, которые ранее отвергались. Вместо того, чтобы продолжать заниматься отрицанием своих чувств, клиент приобретает уверенность в том, что эмоции обладают собственной значимостью. Они открывают для себя, что непосредственное и интенсивное переживание чувств может направлять их жизнь. Они начинают доверять своим чувствам и свои оценки строить на том, что им нравится или не нравится, что их радует или огорчает, что вызывает радость или гнев. Разряжая и принимая свои эмоциональные переживания, клиенты начинают снова обращаться к уровню организма в оценке своих истинных чувство Разрядка и принятие чувств часто протекают в драматичной форме, когда клиент открывает в себе внутреннюю основу для управления своей жизнью, вместо того, чтобы быть управляемыми интернализированными ценностями других людей.

5.1.4.2.2. Работа терапевта

Первоначально представлялось, что работа терапевта заключается в том, чтобы позволить клиенту испытать свои основные чувства путем демонстрации клиенту своего безусловного позитивного отношения к любым чувствам, проявляемым клиентом. Ныне признается, что терапевт помогает клиенту выразить свои угрожающие эмоциональные переживания путем постоянного переключения внимания клиента на эмоциональный аспект независимо от темы разговора. Когда терапевт производит эмпатическое отражение в отношении клиента того, что клиент чувствует, но не осознает, клиент становится способен обратить внимание на свои чувства и выразить их, т.е. прочувствовать эмоцию и осознать смысл своих переживаний.

В самое последнее время многие личностноцентрированные терапевты стали следовать рекомендации Роджерса непосредственно выражать собственные чувства и смысл собственных чувств. Особенно при работе с группой терапевт может свободно сказать: "Меня очень огорчило то, что вы сделали" или "Меня злит то, как вы нападаете на других", или "Вы мне правда не безразличны". Теоретическое обоснование свободного проявления личностноцентрированными терапевтами собственных переживаний заключается в том, что такие проявления обеспечивают степень искренности или, что такие проявления обеспечивают большую степень искренности или конгруэнтности. Более того, если поведение психотерапевта с клиентом индирективно, и при этом индирективность является прикрытием глухого раздражения от того, что бестолковый клиент не понимает безусловно позитивного отношения к нему, то клиенту передастся раздражение терапевта.

Эмпирически возможность свободного самовыражения терапевта подтверждается данными исследования, согласно которым терапевты, которые искренне говорят о своих чувствах, стимулируют в клиентах свободное выражение собственных эмоциональных переживаний. В таких случаях, тера-

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

певт не обеспечивает разрядку тех чувств, которые находятся в личности клиента, а создает новые эмоциональные переживания клиента в ответ на проявления терапевтом своих чувств. Традиционно, в личностноцентрированной терапии считалось, что у клиента есть какие-то эмоции, которые не получают разрядки из-за того, что клиент отгораживается от этих чувств защитами. Когда терапевт проявляет свои чувства, то, благодаря эмпатической коммуникации с клиентом, клиент постепенно освобождается от необходимости искажать или отрицать собственные чувства, и может начать жить в согласии с тем, что он чувствует.

5.1.5. Терапевтическое содержание.

5.1.5.1. Внутриличностные конфликты

Личностноцентрированная терапия – это больше процесс, нежели чем содержательная теория, но в ней раскрываются многие важные содержательные вопросы терапии. Как мы вдели, личностноцентрированная теория ставит во главу угла внутриличностный конфликт между "я"–концепцией клиента и тем, что клиент испытывает, включая те переживания, которые угрожают "я"-концепции личности. Даже в групповой терапии и в организационном консультировании личностноцентрированные терапевты остаются приверженными созданию атмосферы безусловного позитивного отношения, чтобы помочь людям преодолеть собственную неконгруентность и в результате более полно функционировать.

5.1.5.1.1. Тревога и защиты

Причина человеческих проблем не в тревоге. Тревога – результат разделенного существования и отчуждения от себя. Часто именно тревога заставляет человека обращаться к психотерапевту. Задача терапевта не в том, чтобы десенситизировать тревогу, сделать клиента нечувствительным к тревоге, а в том, чтобы сензитивно слушать то, как клиент проявляет свою тревогу и определить то, какие переживания на уровне организма угрожают проникнуть в сознание.

На практике личностноцентрированные терапевты внимательно относятся к потенциально дезорганизующему действию тревоги и не переполняют клиента угрожающими эмоциональными переживаниями. Терапевт следит за тем, чтобы корригирующие эмоциональные переживания происходили постепенно. В личностноцентрированной терапии катарсис происходит медленнее и менее драматично, но, с другой стороны, катарсис считается менее рискованным из-за представления о том, что тревога приводит к дезорганизации неконгруентной личности.

Защита от тех переживаний, которые вызывают тревогу, состоит либо в отрицании таких чувств и в полном недопущении их в сознание, либо в применении различных способов искажения восприятия, например, проекции и рационализации, с целью сохранения прежней "я"-концепции. Как сказал бы Пиаже, искажающие зашиты подвергают новые переживания ассимиляции в

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

те схем "я", которые не обеспечивают аккомодации "я"-концепции к этим новым переживаниям. Угроза своему "я" устраняется ценой отказа от возможностей личностного роста.

5.1.5.1.2. Самоуважение

Роджерс ставит в центр внутриличностных проблем потребность в самоуважении, но называет самоуважение самоотношением. Ранимость вследствие низкого самоуважения прямо пропорциональна расстоянию между тем, кем мы себя считаем и кем мы на самом деле являемся. Проблема не в том, что у нас излишне грандиозные "я" – концепции, которым мы не можем соответствовать, проблема в том, что наши "я"-концепции слишком скромны и не позволяют там реализовать себя, стать тем, что в нас заложено от рождения. Стремление к самоуважению – это ловушка, в которую мы постоянно попадаем, пытаясь актуализировать свои "я"-концепции, созданные нами под влиянием наших родителей с тем, чтобы заслужить их позитивное отношение к нам. Чем более ограничено наше стремление к самоуважению, тем в большей степени мы хорошо себя чувствуем только, когда запрещаем себе что-либо чувствовать. Решение проблемы состоит не в том, что надо поднимать степень самоуважения, а в том, что нужно расширить наши условия значимости в такой степени, чтобы мы смогли быть сами собой, а не только теми, кем мы обязаны быть, по мнению других.

5.1.5.1.3. Ответственность

Такой ученый, как Роджерс, который получил образование в то время, когда в науках о человеке довлел детерминизм, не мог включить в свою теорию понятия свободы и ответственности. Позднее он стал считать свободу и ответственность краеугольными камнями своей работы с семейными парами, в системе образования и в международных отношениях.

В контексте клинической терапии, человек с проблемами предстает как жертва, нуждающаяся в родительском отношении, которое было в высшей степени обусловленным. На терапевте лежит ответственность за четыре из шести условий эффективной терапии. Свобода проявляется в переживании процесса высвобождения из пут безопасной, но ограничивающей личность "я"-концепции для того, чтобы актуализировать внутренние тенденции стать всем тем, чем может стать данный человек. Ответственность означает способность заново научиться реагировать на естественный процесс оценивания на уровне организма, а не на интернализированные нами ценности других людей. Ответственная личность – это актуализирующаяся личность, перешедшая от гетерономии, или управления другими людьми и окружением, к автономии – или управлению собой.

5.1.5.2. Межличностные конфликты

5.1.5.2.1. Интимность и сексуальность

Близкие отношения являются терапевтическими, терапия – это близкие

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

отношения. Определяя необходимые и достаточные условия терапевтических отношений, Роджерс определяет идеальные близкие отношения: безусловное позитивное отношение, точная эмпатия и межличностная искренность. Основное отличие состоит в том, что в интимных отношениях оба партнера примерно одинаково конгруэнтны, а терапия может считаться завершенной, когда уровень конгруэнтности ее участников станет примерно одинаковым. Часто клиент и терапевт испытывают грусть при расставании.

Поскольку между терапией и близкими отношениями много общего, некоторые неконгруентные люди могут достигать актуализации без помощи профессиональных психотерапевтов. К сожалению, настоящие близкие отношения встречаются редко, в какой-то степени из-за того, что нам трудно давать другим то, что мы бережем для себя: нашу уверенность в том, что мы человечны со всеми нашими недостатками, и нашу любовь к себе. Большинство людей искажают свое восприятие партнера так, чтобы оно соответствовало их представлению о том, за что человека можно любить, так же как они искажают самовосприятие. Когда впоследствии они обнаруживают: кто их партнер в действительности, они предпочитают думать, что проблемы в их отношениях возникли не под влиянием того, что они ограничили свою любовь узкими рамками, а потому что их партнер далек от совершенства.

Традиционно сексуальность ограничивалась обществом узкими рамками. При сексуальной терапии терапевт должен сосредоточиться на том, чтобы помочь установить в паре близкие отношения, а не пытаться устранить сексуальную дисфункцию.

5.1.5.2.2. Коммуникация

Когда-то проблемы в коммуникации считались неизбежными, поскольку чувства невозможно адекватно выразить словами. Теперь мы знаем, что возможна точная эмпатия, что если мы научимся слушать по-настоящему, то мы сумеем, понять, что другой человек пытается до нас донести. Проблемы коммуникации перестали быть лингвистическими проблемами, это – проблемы недостаточной эмпатии. Терапевт должен уметь активно слушать и уметь научить клиента активно слушать.

5.1.5.2.3. Враждебность

По мнению Роджерса, тенденция к актуализации, данная каждому человеку от рождения, сближает людей, а не разводит их. Агрессивность – это не данный от рождения импульс, который нужно контролировать. Это в какой-то степени реакция человека на то, что им управляют ограничительные условия родительского отношения. Агрессия свидетельствует о том, что организм взбунтовался против того, что его отчуждают и приносят в жертву позитивному отношению других людей. Агрессия проявляется также тогда, когда человек не способен выразить свой гнев и не испытать при этом вину и несостоятельность. Есть, разумеется, такие люди, которые ведут себя агрессивно и никаких психологических проблем и дискомфорта не испытывают. Скорее всего, они выросли в дегуманизирующей обстановке, и к ним относились так

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

же плохо, как они относятся к другим.

5.1.5.2.4. Контроль

В межличностных отношениях проблемы контроля возникают тогда, когда один человек пытается навязать свои условия значимости другому. Исподволь или явно такие люди дают понять, что их позитивное отношение сохранится только при условии, если другой человек будет соответствовать их представлению о том, за что к человеку можно относиться хорошо. Мы позволяем другим людям управлять нами, потому что хорошее отношение к себе с их стороны ценим выше, чем то, что приятно нам на уровне организма. То есть мы, в свою очередь, ограничены в способах контроля позитивного отношения других к нам. До тех пор, пока наши и их условия значимости согласуются друг с другом, мы управляем друг другом, не испытывая конфликта. Проблемы с контролем становятся острыми тогда, когда наступает конфликт между условиями значимости: например, человек считает себя значимым только когда заставляет других ждать себя. Чтобы перестать быть управляемым другими и перестать управлять другими, требуется серьезная терапевтическая работа по ликвидации ограничительных условий значимости.

5.1.5.3. Социальные конфликты.

5.1.5.3.1. Адаптация/трансцендирование

Для того, чтобы преодолеть нашу зависимость от интернализированных нами условий значимости, чтобы стать цельной личностью, необходимо трансцендировать процесс инкультурации. Когда человек начал становиться боле конгруэнтным, устраняется конфликт между актуализацией личности и принадлежностью личности к обществу. Среди естественных актуализирующих тенденций, Роджерс упоминал тенденцию стать частью общества, способность развиваться через овладение культурными приемами. Роджерс не выступал против таких гуманизирующих социальных институтов, как брак, семья, школа, вуз, работа. Большая часть профессиональной деятельности Роджерса прошла в самых гуманизирующих институтах общества: университетах и центрах развития личности. Поэтому не удивительно, что он считал автономную личность способной войти в общество и полноценно в нем функционировать.

5.1.5.3.2. Управление импульсами

Процессы естественного оценивания на уровне организма обеспечивают регуляцию импульсов. Человек, выросший в гуманизирующей атмосфере, будет делать то, что обеспечивает удовлетворение на уровне организма и не будет делать того, что деструктивно для организма. Попытки поставить импульсы под контроль, например диеты, дают кратковременный успех, но не дают успеха в долгосрочной перспективе, потому что не обеспечивают саморегуляции естественных потребностей. Когда человек чувствует себя хорошо

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

от сознания того, что он собой представляет, и не испытывает постоянного напряжения, стремясь быть таким, каким его хотят видеть другие, ему не потребуется злоупотреблять едой, спиртным или курить для того, чтобы уменьшить стресс и на какое-то время почувствовать себя лучше. Принятие себя обеспечивает контроль импульсов.

5.1.5.4. От конфликта к самореализации.

5.1.5.4.1. Смысл жизни

Смысл возникает из процесса актуализации наших тенденций стать теми, какими нас создала природа. Люди, одержимые идеей о том, что в жизни должно быть что-то еще, кроме того, что дано природой, скорее всего не ощущают себя собой. Навязчивая идея о том, что в жизни должно быть что-то большее, свидетельствует о субсенсорном восприятии (бессознательном восприятии) что в жизни должно быть что-то кроме того, что они ощущают, но то, чего им не достает, нужно искать не вне, а внутри себя. Когда человек живет конгруэнтной, наполненной жизнью, ему не требуется искать смысл жизни.

Локус оценки, источник оправдания смысла находится внутри личности. Личность должна быть в центре собственного смысла. Смысл не должен навязываться нам другими, людьми. Критерий для оценки актуализирующей тенденции: то, что я делаю, дает мне удовлетворение на уровне организма?

5.1.5.4.2. Идеальная личность

Идеалом для Роджерса была ***полномасштабно функционирующая личность***. Идеальная личность доверяет своему организму. Личность, открытая каждому новому переживанию, допускает в сознание всю значимую в данной ситуации информацию. Человек не будет размышлять по поводу того, какое решение следует принять в данной ситуации, а сочтет лучшим решением то, которое возни, нет вследствие осознания неискаженной и не отрицаемой информации, относящейся к данному событию. Открытость переживаниям свидетельствует о том, что человек живет преимущественно в настоящем, что этот человек не перерабатывает ту информацию, которая относится к прошлому, и не отрицает ту информацию, которая относится к будущему. Полномасштабно функционирующая личность не использует для переработки информации ригидный или структурированный набор категорий, например, ригидную "я"-концепцию. Вместо этого люди находятся в состоянии того, что Роджерс назвал "***экзистенциальным существованием***": и "я", и личность возникают из переживаний. Переживания рождают смысловые структуры, которые изменяют организацию "я" и личности. "Я" переживается как процесс, а не предстает застывшей структурой, способной переработать только то, что согласуется с интернализированными условиями значимости.

Доверие своему организму, открытость переживаниям, экзистенциальное существование в настоящем – это все результат свободы переживаний, позво-

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

ляющих человеку делать выбор и управлять своей жизнью из самого себя, независимо от тех печальных последствий, которые можно прогнозировать на основе прошлого опыта. Ощущение свободы приходит из творчества, из креативности, из способности к новым мыслям и поступкам, поскольку личность прикоснулась к источнику жизни.

5.1.6. Практика личностноцентрированной терапии

Поскольку личностноцентрированная терапия сконцентрирована на формировании внутреннего локуса контроля и автономной личности, такая ориентация не позволяет применять психометрические тесты и проводить какую либо оценку. В клиентцентрированном консультировании применение тестов возможно в трех случаях:

- когда об этом попросит клиент,
- когда это предусмотрено нормативными документами,
- когда тестирование является "объективным" способом проверки решения, принятого клиентом и терапевтом, например, при выборе профессии.

В личностно-центрированной терапии личность терапевта важнее профессиональной подготовки. В роджерианской системе терапии представлены психологи, педагоги, священники. Тем, кто стремятся стать личностно-центрированными терапевтами и консультантами, рекомендуется посещать группы личностного роста. Все, что способствует развитию сензитивности и полномасштабного функционирования личности, представляется тренингом само по себе.

К сожалению, попытки создать учебные программы по развитию эмпатии обернулись тем, что обучаемые стали попугайничать и повторять стереотипные техники. В 1987 году, незадолго до своей смерти, Роджерс писал о том, что *эмпатии нельзя научить так, как обучают когнитивным навыкам*: "Я всегда вздрагиваю при словах "отражение чувства". Они совсем не описывают того, что я стараюсь делать в работе с клиентами". Обучение эмпатии может происходить только в аутентичной обстановке, в отношениях, основанных на принципе «Я – Ты». Искренние терапевтические отношения достигаются при общении лицом к лицу, без разделяющего письменного стола.

За последние двадцать лет оформились также следующие форматы терапии: работа с парами, с группой, с семьей, а также с целыми странами. Расширение практики личностно-центрированной терапии до масштаба отдельных стран – при решении проблем атомной войны и международных отношений – подтверждает, что название "клиент-центрированная" нужно заменить отловами "личностно-центрированная".

5.1.7. Краткая личностно-центрированная терапия

Слова "краткая" и "личностно-центрированная" почти никогда не употребляются в одном предложении. Описанные самим Роджерсом случаи состоят из количества сессий, выражающегося двузначным, нередко трехзначным числом. Наиболее распространена практика индивидуального приема

Саратовский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского

клиента раз в неделю в течение 6 – 12 месяцев. Какие-либо краткие формы личностно-центрированной терапии никогда не обсуждались.

Ограничения, накладываемые личностно-центрированным подходом на директивность, на обучение клиента и на общение с клиентом не стимулировали попыток ускорить терапевтический процесс. Артур Коумс, признанный личностно-центрированный психолог, говорил: "Каждый, кто когда-нибудь видел группу клиентцентрированных психологов, решающих, куда отправиться на пикник, непременно задавал себе вопрос: неужели правильное решение нельзя принять быстрее?" Создаваемые в настоящее время альтернативы отличаются меньшей продолжительностью терапии.

5.2. Основная альтернатива: мотивационное интервью

5.2.1. Мотивационное интервью (У. Миллер)

Некоторые личностно-центрированные терапевты сделали крен в сторону когнитивных приемов, уповая на процессы переработки информации, другие сделали свою терапию короче и директивнее. Уильям Миллер разработал систему мотивационного интервью, представляющую собой более кратковременную и более директивную клиенто-центрированную терапию, позволяющую изменять поведение клиента за счет раскрытия перед клиентом и разрешения в ходе терапии амбивалентности, т. е. несогласованности, противоречивости нескольких одновременно испытываемых эмоциональных отношений к некоторому объекту. В системе мотивационного интервью сочетаются личностноцентрированный стиль (теплота в отношениях, эмпатия) и специальные техники (наводящие вопросы, рефлективное слушание).

Миллер в начале своей карьеры применял бихевиористские техники самоконтроля к терапии алкоголиков. Он проводил исследования, и его озадачило то, что в контрольной группе (в которой терапия не применялась) эффективность была выше, чем в экспериментальной группе после 10 сессий. В контрольной группе вместо терапии оценивали состояние клиента, воодушевляли, давали полезный совет и книгу-самоучитель.

Миллер не поверил в результаты исследования и еще дважды проводил такие исследования, но уже после 18 сессий. В одном из этих исследований оценивалась эмпатия консультантов по шкале эмпатии. Результаты в экспериментальной и контрольной группах оказались сопоставимыми, как и в первом исследовании, различие было отмечено в значении эмпатии – после 6 месяцев терапии корреляция r = 0,82, после 12 месяцев r = 0,71, после 2 лет r = 0,51. Миллер пришел к выводу, что центральную роль в краткой терапии должны играть эмпатия и рефлексивное (отражающее) слушание – то, что предложил терапевтам Роджерс.

На основании сравнительного анализа эффективности кратких терапий, были установлены шесть элементов, объединенных акронимом FRAMES

(1) **Feedback – обратная связь**

(2) **Responsibility – ответственность**: индивидуальная ответственность человека за изменения, которые являются результатом свободного выбора са-

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

мого человека, решение в пользу изменений никто другой за человека принять не может.

(3) **Advice** – **совет** о том, как произвести здоровые перемены.

(4) **Menu** – **меню** различных способов, которыми могут быть достигнуты изменения

(5) **Empathy** – терапевтический стиль требует **эмпатии**

(6) **Self-efficacy** – **внутренняя активность**: краткая интервенция содержит элементы, усиливающее внутреннюю готовность к изменениям, подкрепляет оптимизм и способность продолжать терапию и добиваться успеха.

При мотивационном интервью, консультант аккуратно избегает классической конфронтации, при помощи которой терапевт утверждает клиента в необходимости изменений ("Вы должны бросить пить!"), тогда как клиент это отрицает. Вместо поиска возможностей для прямого, директивного убеждения клиента, консультант систематически идет "от клиента" и подкрепляет выводы в пользу изменений. Консультант создает теплую, эмпатическую атмосферу, которая позволяет клиенту осознать свое амбивалентное отношение к изменениям. Вместо того, чтобы открыто создавать конфронтацию нежеланию клиента совершать какие-либо изменения, консультант искусно направляет и подталкивает исподволь клиента к тому, чтобы тот сам сделал выводы о необходимости изменений и принял решение в пользу изменений. В основе этого процесса заложена цель развития у клиента противоречий между мотивами, которые направляют поведение клиента, в настоящее время (реальное "я") и мотивами, движущими клиента в направлении его желаемых целей (идеальное "я"). Такое противоречие формирует мотивацию, стимулирующую изменения в поведении.

Крупнейшим исследованием результативности психотерапии за всю историю психологии стал проект MATCH. В этом проекте сравнивалась эффективность четырех сессий мотивационной подкрепляющей терапии (MET – Motivational Enforcement Therapy) с эффективностью 12 сессий когнитивного поведенческого тренинга навыков и эффективностью 12 сессий терапии "12 шагов". Были проведены два параллельных исследования по независимым выборкам. В первом исследовании 952 клиента, страдавших алкогольной зависимостью, проходили терапию амбулаторно. Во втором случае 774 клиента после того, как они подверглись госпитализации и были медикаментозно пролечены от алкоголизма, проходили курс психотерапии. Первые две сессии MET включали мотивационное интервью и личную обратную связь, основанную на оценке проблем, вызванных злоупотреблением алкоголем и связанных с физическим здоровьем, деятельностью мозга, межличностными отношениями и профессиональной деятельностью. Две завершающие сессии MET были главным образом мотивирующими. Оказалось, что краткая терапия MET была такой же эффективной, как и более длительные "12 шагов", а в долгосрочной перспективе MET оказалась эффективнее, чем когнитивный поведенческий тренинг навыков. Оправдалось предсказание Роджерса о том, что клиенты способны пройти большой путь за короткое время, если создать условия, облегчающие прохождение такого пути, если терапевт будет прояв-

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

лять эмпатию, если клиенту будет обеспечена значительная степень автономности.

5.2.2. Эффективность личностно-центрированной терапии

Роджерс последовательно отстаивал необычное сочетание феноменологического понимания клиентов и эмпирической оценки психотерапии. Он и его последователи продемонстрировали, что гуманистический подход к терапии и научный подход к оценке эффективности терапии вполне совместимы друг с другом. В одной из последних статей, посвященной будущему развитию личностно-центрированного подхода, Роджерс продолжал подчеркивать необходимость проведения эмпирических исследований: "Есть только один способ избежать превращения личностно-центрированного подхода в ограничительную догму. Только исследования раскрывают новые аспекты, дают новые идеи, ставят под сомнение принятые гипотезы, обогащают нашу теорию, увеличивают наши знания и дают нам более глубокое представление о явлениях изменений в человеческой личности".

Роджерс не только создал оригинальную систему психотерапии, он дал стимул проведению исследований эффективности личностно-центрированной терапии. Можно проследить две самостоятельных линии такого рода исследований. Первая линия – исследование сформулированной Роджерсом гипотезы необходимых и достаточных условий. Вторая линия исследований соотносится с общей эффективностью личностноцентрированной терапии. Рассмотрим каждую из них.

Сформулированным Роджерсом "необходимым и достаточным условиям терапевтического изменения личности" посвящены десятки статей, существует не менее десяти обзоров таких статей. Эмпирические исследования эмпатии, искренности и безусловного позитивного отношения, которые отстаивал Роджерс, показали, что эти межличностные условия оказывают значительное влияние на результат терапии, но они не являются ни необходимыми, ни достаточными. В беспристрастных аналитических обзорах делается вывод о том, что "позитивное восприятие клиентом отношения терапевта обнаруживает скромную тенденцию повышения результативности терапии". "Подтверждения гипотезы (необходимых и достаточных) терапевтических условий не убедительны. Установленные корреляции являются скромными и свидетельствуют о существовании более комплексных связей между навыками терапевта и эффективностью терапии", чем те, которые отстаивал Роджерс.

Вопросы для самоконтроля к теме 5 «Личностноцентрированная терапия»

1. Какая базовая мотивационная сила имеется у каждого человека?
2. Как называется эта базовая мотивационная сила?
3. Как определял Роджерс актуализирующую тенденцию? Сформулируйте определение актуализирующей тенденции.
4. Что включает в себя актуализирующая тенденция?
5. Какой процесс дан человеку от рождения?

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

6. Чему способствует процесс оценивания на уровне организма?
7. Какой вывод следует из того, что человеку от рождения дан процесс оценивания на уровне организма?
8. На какую реальность мы реагируем в своем отношении к миру?
9. Что означает переживаемый, или феноменальный мир?
10. Что позволяет нам испытывать актуализирующая тенденция?
11. Как называются наши собственные переживания?
12. При каком условии мы можем осознавать собственные переживания?
13. Из чего формируется нашу "я"-концепция?
14. Что включает в себя наша "я"-концепция?
15. Когда у нас развивается потребность в позитивном отношении к нашему "я"?
16. Чему мы должны научиться, по мнению Роджерса?
17. Какой вопрос является главным для развивающейся личности?
18. Для личности важно позитивное отношение к себе со стороны кого?
19. В чём проявляется позитивное отношение к нам со стороны других людей?
20. Чем способно управлять проявление позитивного отношения со стороны значимого другого?
21. Чем начинает руководствоваться человек, когда потребность быть любимым другими становится довлеющей?
22. К чему приводит усвоенное самоотношение?
23. Что обретает человек, который начинает вести себя в соответствии с интернализованными ценностями значимых других?
24. Во что превращается личность, которая обрела условия собственной значимости?
25. Чем в раннем возрасте учимся мы подменять нашу базовую тенденцию к актуализации?
26. Является ли такая подмена необходимой?
27. Что утверждал Роджерс по поводу безусловного позитивного отношения?
28. При каком условии потребности в позитивном отношении и самоотношении не будут вступать в конфликт с оцениванием на уровне организма?
29. Встречается ли такая ситуация в реальности?
30. Что повышает вероятность развития психопатологии?
31. Почему люди начинают избирательно относиться к тому, что они переживают с позиций установленных их родителями условий значимости?
32. Для чего искажаются переживания и поведение, противоречащие, условиям значимости?
33. Почему возникает неконгурэнтность?
34. Между чем возникает неконгруэнтность?
35. Что видел Роджерс в основе психологической дезадаптации?
36. Что такое разделенная личность?

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

37. Ради чего мы перестаем быть собой и игнорируем естественное оценивание наших переживаний на уровне организма?
38. Что вызывает самофальсификацию себя и своего опыта?
39. На каком уровне восприятия переживается угроза неконгурэнтности?
40. Какие искажения при этом происходят?
41. Что происходило бы с людьми, если бы люди осознавали те свои переживания, которые конфликтуют с условиями значимости?
42. Для чего развиваются защитные реакции, включая невротические симптомы?
43. Как воспринимаются неконгруентные переживания всеми людьми?
44. Что помогают сохранить защиты?
45. Чем приходится расплачиваться за применение защит?
46. Что может привести к сбою в функционировании ригидных защит и вызвать дезорганизацию личности?
47. Что происходит, когда защиты вдруг не срабатывают?
48. Какова цель личностноцентрированной терапии?
49. Что обеспечивает реинтеграцию своего "я" и своих переживаний?
50. Что необходимо соблюдать для конструктивного изменения личности?
51. Какое восприятие друг друга должны обеспечивать терапевтические отношения?
52. Почему клиент является уязвимым перед лицом тревожности?
53. Что формирует у клиента мотивацию к установлению терапевтических отношений?
54. Что означает необходимость для терапевта быть искренним?
55. Что включает в себя искренность терапевта?
56. Как должен относиться к клиенту терапевт?
57. Чем вызвана неконгруентность клиента?
58. Для чего необходимо обесценить условия значимости клиента?
59. Каким образом можно обесценить условия значимости клиента?
60. При каком условии клиент сможет начать точно осознавать те свои переживания, которые ранее искажались либо отрицались?
61. Когда клиент сможет свободно принять самого себя таким, какой он есть?
62. Без чего клиент не поверит в безусловное позитивное отношение к себе?
63. Что требуется для того, чтобы клиент поверил в участие и эмпатию терапевта?
64. Как можно в настоящее время определить процессы изменений в клиентцентрированной терапии?
65. Почему Роджерс назвал свою терапию индирективной?
66. Какую роль играет терапевт по развитию сознания клиента?
67. С какими фразами обращается терапевт к клиенту?
68. Что способствует развитию конгруэнтности клиента?
69. Почему в конце жизни Роджерс писал: "Я вздрагиваю при словах "отражение переживания""?

Саратовский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского

70. Что означает эмпатия в клиентцентрированном подходе?
71. Ограничиваются ли современные представления о работе терапевта по развитию сознания клиента только обратной связью с клиентом?
72. Благодаря чему терапевт помогает клиенту разорвать ригидность и искажения своего восприятия и задуматься о том личностном смысле своих переживаний, который прежде не допускал в сознание?
73. Какое устройство заменяется собой личностноцентрированная терапия?
74. Что делает терапевт для компенсации ригидного и дефицитарного стиля переработки информации?
75. Что может произойти, если терапевт не отразил от себя какие-то из пугающих клиента переживаний?
76. В каком случае информация об угрожающих переживаниях вероятнее всего будет утрачиваться?
77. Как ведет себя терапевт, обеспечивая перевод такой угрожающей информации в сознание клиента?
78. Чем является процесс личностноцентрированной терапии?
79. Что создаёт клиент с помощью терапевта?
80. Какую переработку информации включает более актуализирующий стиль переживания?
81. Для чего терапевт выражает переживания клиента живым и богатым языком?
82. К чему обращается терапевт в процессе развития сознания клиента?
83. Разделяет ли Роджерс выражение эмоционального и личностного смыслового компонентов?
84. Чего обычно начинает избегать клиент в процессе самовыражения?
85. Как описывают клиенты свои чувства на начальном этапе терапии?
86. В чём видит клиент причину своих проблем на начальном этапе терапии?
87. Что происходит с клиентом по мере того, как клиент понимает, что он принят терапевтом?
88. Как начинает воспринимать свои чувства клиент?
89. Уверенность в чём приобретает клиент?
90. На чём начинает строить свои оценки клиент?
91. В какой форме часто протекают разрядка и принятие чувств?
92. Какую основу для управления своей жизнью открывает в себе клиент?
93. Что выразить помогает клиенту терапевт?
94. Когда клиент становится способен обратить внимание на свои чувства и выразить их?
95. Какой рекомендации Роджерса стали следовать многие личностноцентрированные терапевты?
96. В чём заключается теоретическое обоснование свободного проявления личностноцентрированными терапевтами собственных переживаний?
97. Какими эмпирическими данными подтверждается возможность свободного самовыражения терапевта?

Саратовский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского

98. В каких случаях терапевт не обеспечивает разрядку тех чувств, которые находятся в личности клиента?
99. Что достигается благодаря эмпатической коммуникации терапевта с клиентом?
100. Когда может начать жить в согласии с тем, что он чувствует?
101. Чему остаются привержены личностноцентрированные терапевты в групповой терапии и в организационном консультировании?
102. В результате чего возникает тревога?
103. В чём состоит защита от тех переживаний, которые вызывают тревогу?
104. Какой ценой устраняется угроза своему "я"?
105. Какую потребность ставит Роджерс в центр внутриличностных проблем?
106. Чему прямо пропорциональна ранимость вследствие низкого самоуважения?
107. Почему стремление к самоуважению – это ловушка?
108. Почему чем более ограничено наше стремление к самоуважению, тем в большей степени мы хорошо себя чувствуем только, когда запрещаем себе что-либо чувствовать?
109. В каком переживании проявляется свобода личности?
110. Какую способность означает ответственность личности?
111. В чём отличие гетерономии от автономии?
112. Как Роджерс определяет идеальные близкие отношения?
113. С чем много общего у личностноцентрированной терапии?
114. Почему проблемы в коммуникации считались неизбежными?
115. Когда возможна точная эмпатия?
116. Агрессивность – это не данный от рождения импульс, который нужно контролировать?
117. О чём свидетельствует агрессия?
118. Когда возникают проблемы контроля в межличностных отношениях?
119. Почему мы позволяем другим людям управлять нами?
120. Когда становятся острыми проблемы с контролем в межличностных отношениях?
121. Чтобы необходимо сделать для того, чтобы перестать быть управляемым другими и перестать управлять другими?
122. Что необходимо для того, чтобы преодолеть нашу зависимость от интернализированных нами условий значимости и стать цельной личностью?
123. Какую тенденцию упоминал Роджерс среди естественных актуализирующих тенденций?
124. Какую личность считал Роджерс способной войти в общество и полноценно в нем функционировать?
125. Какие процессы обеспечивают регуляцию импульсов?

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

126. Почему попытки поставить импульсы под контроль, например диеты, дают кратковременный успех?
127. Когда человеку не требуется злоупотреблять едой, спиртным или курить для того, чтобы уменьшить стресс и на какое-то время почувствовать себя лучше?
128. Когда человеку не требуется искать смысл жизни?
129. Где расположен источник оправдания смысла жизни?
130. Каков критерий для оценки актуализирующей тенденции?
131. Какая личность была идеалом для Роджерса?
132. О чём свидетельствует открытость личности каждому новому переживанию?
133. Какое состояние Роджерс назвал экзистенциальным существованием?
134. Что можно порекомендовать тем, кто стремятся стать личностно-центрированными терапевтами и консультантами?
135. Почему название "клиент-центрированная" нужно заменить отловами "личностно-центрированная"?
136. Какая практика индивидуального приема клиента наиболее распространена?
137. Какие краткие формы личностно-центрированной терапии Вы знаете?
138. На каком сочетании построена система мотивационного интервью?
139. Что должно играть центральную роль в краткой терапии?
140. Какой конфронтации аккуратно избегает психолог-консультант при мотивационном интервью?
141. Какое противоречие формирует мотивацию, стимулирующую изменения в поведении клиента?
142. С каким подходом совместим гуманистический подход к терапии?

Тема 6. Трансактный анализ

6.1. Трансактный анализ Э. Берна

6.1.1. Теория личности

В трансактном анализе все построено на допущении того, что личность человека структурирована из трех отдельных эго-состояний: Взрослый, Родитель и ребенок (РАС). Эти эго-состояния не являются теоретическими конструктами. Они представляют собой феноменологические реалии, доступные непосредственному наблюдению. Например, в состоянии "Ребенок" люди сидят, стоят, говорят, думают, воспринимают происходящее и чувствуют так, как они делали это, когда были детьми. Поведение Ребенка импульсивно и обусловлено стимулами, оно не опосредовано разумом. Когда человек ведет себя безответственно, иррационально, выдает желаемое за действительное – он ведет себя как ребенок. В то же время, Ребенок – источник спонтанности,

Саратовский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского

креативности, юмора, веселья и считается лучшей частью личности, поскольку только в эго-состоянии Ребенок человек может по-настоящему радоваться жизни.

Эго-состояние "Ребенок" остается в своей основе неизменным со времени детства человека. Оно как бы записано в мозге на неразмагничиваемую ленту, его можно воспроизводить в любое время. Ребенку примерно 8 лет, но он может быть и новорожденным. Различаются следующие категории эго-состояния "Ребенок" – Естественный Ребенок – самое эмоциональное, спонтанное и мощное проявление Ребенка, Адаптированный Ребенок – самый послушный ребенок, подчиняющийся требованиям родителей, Маленький Профессор – любознательный и интуитивный ребенок, ведет себя как не по годам развитой, почти взрослый.

Эго-состояние "Родитель" также остается неизменным в своей основе со времени детства. Родитель образуется из тех форм поведения и установок, которые скопированы с родителей и других авторитетных лиц. Большая часть Родителя подобна видеозаписям детской поры, Родитель может модифицироваться в течение жизни человека под влиянием копирования новых авторитетных людей и собственного родительского опыта. Когда личностью управляет Родитель, человек говорит языком Родителя: "нужно", "должен", "положено", "лучше не делать", "пожалеешь". Родитель обычно указывает пальцем или стоит, поставив руки на бедра.

Родитель управляет, контролирует, делая это автоматически и ригидно. Эго-состояние Родитель обеспечивает личности комфорт. Родитель сохраняет традиции и ценности, поэтому играет важную роль в выживании цивилизации. В неоднозначных и непривычных ситуациях, когда Взрослый не обладает необходимой информацией, лучшие решения принимает Родитель.

При структурном анализе второго порядка, Стайнер выделяет Заботящегося Родителя и Контролирующего Родителя. Заботящийся Родитель проявляет искреннюю заботу о других, при необходимости оказывает им поддержку и защиту. Родитель такого типа является сильным и эффективным, поскольку относится к другим людям с уважением. Строгий, но отзывчивый полицейский – пример Заботящегося Родителя. Контролирующий Родитель, с одной стороны, авторитарен, действует не исхода из того, что лучше всего для других, а под влиянием боязни окружающих и гнева на них, а также исходя из иррациональной потребности управлять и контролировать. В присутствии такого родителя другие не чувствуют себя комфортно, он вызывает в людях страх и ненависть, и поэтому его называют Ведьмой или Жестоким, Страшным Человеком. Контролирующий Родитель действует не под влиянием своего уважения к другим, а потому что в отдельных ситуациях у него действительно есть власть над другими людьми.

Эго-состояние Взрослый – это, скорее всего, компьютер, это нечувствительный орган личности, собирающий и перерабатывающий данные для того, чтобы делать прогнозы и принимать решения. Эго-состояние Взрослый формируется постепенно, в результате многолетнего взаимодействия человека с физическим и социальным окружением. Взрослый действует, основываясь на

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

логике и разуме, он лучше всех оценивает реальность, потому что не охвачен эмоциями. Взрослый способен реалистично оценивать не только реальности, но также эмоции и требования Ребенка и Взрослого.

Поскольку каждое эго-состояние является подструктурой эго, и поскольку, как предположил Хартман, *эго – это адаптивная функция личности*, каждое эго-состояние является адаптивным в какой-то конкретной ситуации. Например, Родитель идеально подходит к тем ситуациям, когда необходимо что-либо контролировать, например, Ребенка в себе, детей вообще, свои страхи и нежелательные импульсы. Ребенок идеален тогда, когда нужно проявить творчество, когда необходимо что-либо придумать. Ребенок также облегчает адаптацию к ситуациям веселья – гости, развлечения. Взрослый идеально подходит, когда нужно сделать точный прогноз или принять верное решение (о браке, о карьере, о бюджете).

Следовательно, адаптированная личность переключается из одного эго-состояния в другое в зависимости от потребностей текущей ситуации. В один момент времени личность может находиться только в одном эго-состоянии. Когда личностью управляет конкретное эго-состояние, это эго-состояние называется психической энергией, заставляющей мышцы приводить тело в движение и совершать определенные поступки. Процесс произвольного перехода из одного эго-состояния в другое называется **стабилизацией**. Это – признак здоровой и стабильной личности.

Эго-состояния образуют структуру личности, но не мотивацию. Мотивация поведения создается биогенетическими драйвами к выживанию, такими как голод, а также психологическими драйвами, которые Берн назвал: стимульный голод (эмоциональный) и структурный голод (когнитивный).

Как показали данные исследований стимульной депривации Хеббом, при отсутствии адекватного количества входящих физических стимулов у человека начинается тревога. Одной из важнейших форм стимуляции, необходимой для здоровой личности, являются "**поглаживани**я". Маленьким детям требуются поглаживания в форме непосредственного физического прикосновения.

Наибольшей стимулирующей силой обладают поглаживания в форме непосредственного физического контакта, но взрослые научились довольствоваться когнитивным поглаживанием. Когда человек находится в центре внимания другого человека, когда он признан другими людьми, что особенно очевидно в детях, которые готовы привлечь внимание к себе дурными поступками, когда не удается сделать это хорошими поступками, все это удовлетворяет потребность человека в поглаживании. Наиболее ценны позитивные поглаживания: улыбки, приветствия, апплодисменты, похвалы, но негативные поглаживания: нахмуренные брови, суровые взгляды, критика и неодобрение по крайней мере позволяют насытить голод, вызванный недостатком признания.

Структурный голод – это мотив, развивающийся от стоящей перед каждым человеком дилеммы: ***на что убить 8760 часов в году***? В некоторых обществах все это время посвящается борьбе за выживание. Однако, в боль-

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

шинстве случаев, у людей имеется добавочное время, которое постоянно приходится как-то структурировать, если социальные институты не помогают людям упорядочить их жизни. Религия, образование, досуг, искусство, политика, брак и семья существуют для того, чтобы структурировать наше время. Социальные лидеры – это люди, обладающие особыми навыками для помощи другим людям в структурировании их времени. Наиболее ценятся такие лидеры, которые помогают наиболее интересно и захватывающе провести время, поскольку одной из отличительных особенностей человека является желание убежать от скуки.

Одним из самых захватывающих способов времяпрепровождения является *обмен поглаживаниями* с другими людьми. **Обмен поглаживаниями образует трансакцию** и вынуждает человека быть социальным животным, создавая мотивацию к участию в социальных трансакциях.

Наиболее безопасной формой трансакций является "**ритуал**" – крайне стилизованный взаимообмен. Существуют неформальные ритуалы, например, привет ствия: "Здравствуйте! Как Ваши дела?" – "Отлично, а Ваши?" Существуют также формальные ритуалы – традиционные церемонии, такие как бракосочетания, похороны. Они полностью структурированы и предсказуемы. Ритуалы несут в себе мало информации и являются знаками взаимного признания.

Следующей самой безопасной формой социального взаимодействия является **трудовая деятельность**. Большинство видов трудовой деятельности предельно запрограммированы не так, как традиции и обычаи, какими являются ритуалы, а природой того материала, с которым человек работает. Если люди вместе собирают автомобиль, то наиболее эффективной структурой является сборочная линия. Участие в такой деятельности заставляет работающих переключаться в эго-состояние Взрослый.

Большая часть **досуга** безопасно структурирована вокруг времяпрепровождения. Те, кто совместно проводят досуг, имеют общие интересы, например, интересуются собаководством, Толкиеном или посещают воскресные школы. При времяпрепровождении трансакции менее формальны, это позволяет свести к минимуму возможность слишком эмоциональных инцидентов. Времяпрепровождение позволяет людям структурировать время в таких трансакциях, которые наиболее интересны и наименее конфликтны.

Наиболее рискованные трансакции структурируются в форме **игр**, в которые играют люди. Игра – это комплексная серия скрытых трансакций, ведущих к психологическому воздаянию, расплате – в форме вины, депрессии или гнева. При скрытых трансакциях, коммуникации имеют не только явный, социальный смысл, но и скрытый, психологический смысл. Например, если женщина спрашивает мужчину: "Почему вы никогда не зайдете посмотреть мою коллекцию скульптур?", а мужчина отвечает: "Обязательно зайду. Я очень интересуюсь искусством", то вполне возможно, что в них говорят два Взрослых, приступающих к совместному времяпрепровождению. В игре общение между игроками происходит на другом уровне (Ребенок – Ребенок).

Саратовский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского

Игра может продолжаться при условии, что один из игроков надувает другого, то есть делает не то, что видно на поверхности, например, приглашает мужчину к себе домой. Для того, чтобы надувательство сработало, другой игрок должен проявить какую-либо слабость, что позволит поймать его на крючок.

Слабостью может быть

- тщеславие,
- алчность,
- сентиментальность,
- вина или
- страх.

В данном случае, на крючок было поймано тщеславие мужчины, и он отправляется в гости с большими надеждами.

Для того, чтобы произошла расплата, один из игроков должен нажать на переключатель. В данном случае, после того, как был совместно распит спиртной напиток, и они вдвоем сидели на диванчике и слушали музыку, все ещё кажется, что женщина его обольщает. Тщеславие вынуждает мужчину действовать, он кладет руку ей на ногу, она тут же сбрасывает его руку и гневно произносит: "За кого вы меня принимаете?"

Пара только что сыграла в игру "Убирайся!" или "Негодование". Помимо взаимного признания, переживаний и структурирования взаимного времени, существует также эмоциональное воздаяние каждому игроку. Женщина хорошо чувствует себя от того, что она хорошая, она злится на мужчин за то, что они плохие. Её мать всегда говорила то же самое. Расплатой для мужчины является депрессия, утверждение самого себя в мысли, что он нехороший.

Люди, находящие воздаяние в переживании гнева, либо в переживании депрессии, это филателисты, собирающие марки и обменивающиеся ими. Цвет марок зависит от того, какие чувства коллекционируются: красные марки – гнев, коричневые марки – депрессия, собирая такие марки, люди могут обменять все свои марки на глобальную эмоциональную разрядку, например, взрыв агрессивности или попытка самоубийства.

Игры также помогают утвердиться в занятой жизненной позиции, которую человек выбирает в самом раннем возрасте. На основе опыта первых лет своей жизни, дети делают скороспелые решения о том, кто они в этой жизни в сравнении с окружающими людьми.

Возможны **четыре жизненных позиции**:

- Я ОК – ты ОК
- Я ОК – ты не ОК
- Я не ОК – ты ОК
- Я не ОК – ты не ОК

Первой и универсальной позицией ребенка является позиция "Я ОК", пока процесс социализации не убедит его в том, что он не ОК. Или, как утверждал Берн, дети рождаются принцами и принцессами, пока родители не заколдуют их в жаб.

Саратовский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского

Выбрав к 6 – 7 годам жизненную позицию ОК или не ОК, ребенок начинает выбирать **жизненный скрипт (сценарий)**. Если ребенок решает, что он рожден для того, чтобы побеждать, он создает себе жизненный сценарий успеха, согласующийся с тем, что он сам ОК. Скрипты, создающие хронические неудачи, ведущие в никуда, выбираются теми людьми, которые уверены в том, что они не ОК. Следовательно, общая направленность скрипта согласуется с выбранной личностью жизненной позицией.

Конкретные особенности жизненных скриптов формируются под влиянием родительской похвалы и запретов. "Она спорит как юрист", "Он такой помощник", "Ты угодишь в ад" – все эти утверждения со стороны родителей существенно влияют на формирование конкретных скриптов. Важным источником жизненных скриптов являются сказки. То, какую сказку или какой миф больше всего любит данный человек, отражает жизненный скрипт данной личности. Двадцатипятилетняя мать двоих детей, которая разводилась с третьим мужем, чтобы увлекательно зажить на яхте своего любовника, в детстве очень любила сказку про Золушку. Теперь она буквально повторяла жизненный скрипт, в котором мужчина спасает женщину от ничтожного существования. Высказывания родителей и слышанные в детстве сказки оказывают важное влияние, но каждый человек сам создает свой собственный скрипт, решая, какая жизненная позиция наилучшим образом позволит удовлетворить тот голод, который испытывает личность.

6.1.2. Теория психопатологии

Теоретически, психопатология может возникать либо на внутриличностном уровне проблемы, связанные с эго-состояниями, жизненной позицией, жизненным скриптом, либо на межличностном уровне: трансакционные конфликты между эго-состояниями различных людей. Однако, практически, психопатология – это почти всегда многоуровневый феномен, в котором сочетаются внутриличностные и межличностные проблемы.

Проблемы, связанные с внутриличностными эго-состояниями называются **структурными проблемами личности**. Наиболее элементарной структурной проблемой является ***смешение***, когда человек не способен отделить одно эго-состояние от другого, а переход из одного эго-состояния в другое характеризуется спутанностью. Например, отец, которого устранили из его дома за то, что он почти насмерть забил своего сына, рассказывает о своих конфликтах с сыном-подростком, находясь в эго-состоянии Взрослый, т. е. реально оценивает ситуацию. Он вполне рационально рассказывает о том, как сын дерзит матери, но при этом отец быстро наливается кровью и говорит, что, по его мнению, лучше его как следует проучить, т. е. происходит переключение из эго-состояния Взрослый в эго-состояние Родитель.

Другой структурной проблемой является ***контаминация***, когда часть одного эго-состояния проникает в другое эго-состояние. Эго-состояние Взрослый подвергается контаминации со стороны предубеждений Родителя

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

или сказок и мифов Ребенка. Человек становится неспособен эффективно реагировать на реалии окружающего мира. Например, Взрослый начинает принимать за реальности фантазии Ребенка, о том, что она рождена для того, чтобы выйти замуж за богатого супруга, который избавит её от бедности и прозябания.

Исключение (***недопущение***) – это структурная проблема, характерная для тех людей, которые ригидно застыли в одном эго-состоянии и отгородились от двух других. Муж, который почти всё время работал или читал своей жене нотации о том, как надо вести дом и ухаживать за детьми, оказался неспособным развеселиться или обрадоваться, потому что его ригидный Родитель с успехом вытеснил и Ребенка, и Взрослого. С другой стороны, душа компании, человек, оживляющий любую вечеринку, это доминирующий Ребенок, избегающий серьезных аспектов жизни благодаря тому, что он закрывает возможность проявить себя эго-состояниям Родитель и Взрослый.

Усвоение **патологичной жизненной позиции** является источником личностных проблем. Если человек решил, что "***Я ОК, а ты не ОК***", он становится предрасположенным к преступности и социопатии. Следствиями выбранной жизненной позиции являются то, что такой человек будет добиваться успеха за счет других, и самоутверждаться в своем мнении о том, что он – ОК, а остальные не ОК. Какое мне дело до совести, если я уверен, что всё, что я делаю – ОК, а всё что в моей жизни не ОК – в этом повинны те люди, которые сами не ОК. Такой тип личности не обязательно становится преступником, это может быть безжалостный начальник, или коварный любовник, оставляющий своих возлюбленных после того, как он добился от них чего хотел и считающий, что больше они ни на что не годятся.

Если человек решил, что он не ОК, а вы ОК, значит, он охвачен неотступным комплексом неполноценности в присутствии тех, кого он считает ОК. Такая жизненная позиция создает жизненный скрипт, требующий обособления от других людей, потому что присутствие других людей болезненно и постоянно напоминает такому человеку о том, что он не ОК. Самоизоляция подкрепляет выбранную позицию не ОК, которая является самодеструктивной ещё и потому, что лишает человека любой возможности получить адекватные поглаживания от других людей и убедиться, что он на самом деле ОК. У людей, предпочитающих жить обособленно, развиваются жизненные фантазии, согласно которым, если такой человек станет достаточно благочестивым, мудрым, богатым или непреклонным, то он станет ОК. Неспособность реализовать свои нереальные фантазии приводит человека либо в тюрьму, либо в больницу, либо толкает его на суицид.

Самоизоляция – это не единственная альтернатива, которая является следствием позиции "***Я не ОК – ты ОК***". Личность может написать контрскрипт, лейтмотив которого формулирует Родитель: "Ты можешь быть ОК, если...". После "если" в эту формулу подставляется то, за что можно ожидать поглаживаний от Родителя. Родитель требует, чтобы вы были милы, послушны, забавны и помогали. Личность начинает обращаться к Родителю в других людях, в ожидании поглаживаний и одобрения, такие поглаживания по край-

Саратовский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского

ней мере приглушают боль от сознания того, что я не ОК.

Самые труднодоступные – это люди, которые считают, себя не ОК, но и вас тоже не ОК. С какой стати им быть ответственными перед теми, кто сами не ОК? На что надеяться в жизни, если никто не ОК? Если такие люди не совершают суицид и не разрушают себя и других, то они заняты одним – как выжить. Среди них распространены крайние формы самообособления – шизофрения, либо психотическая депрессия. Они могут впасть в детство в наивной надежде на получение поглаживаний, когда детьми их обнимали и кормили. Без постороннего вмешательства люди, убежденные в том, что "***Я не ОК – вы не ОК***" живут саморазрушающей жизнью – из тюрьмы в тюрьму, становятся неизлечимыми наркоманами, жестокими убийцами, совершают трагичные самоубийства.

Поскольку существуют три основных патологических жизненных позиции, соответственно существуют **три базовых скрипта**, приводящих к саморазрушению: (1) депрессия или скрипт "нет любви", (2) безумие или скрипт "нет ума", (3) наркомания или скрипт "нет радости".

Острота скрипта "***нет любви***" варьирует в диапазоне от множества одиноких людей, имя которым легион, они пребывают в постоянном безуспешном поиске отношений, в которых присутствовала бы любовь, до количественно меньшей группы людей, пребывающих в глубокой депрессии, убежденных в том, что их не любят и что они любви недостойны. Отсутствие любви начинает переживаться в раннем возрасте, когда родители препятствуют свободному проявлению любовных поглаживаний. Вводится строгая экономия поглаживаний, любовь – это такой товар, который быстро заканчивается.

Родительские запреты ориентируют ребенка на следующее:

- ❖ Никому не давай тех поглаживаний, которые тебе самому нужны.
- ❖ Не трать своих поглаживаний налево и направо, меняй свою любовь всегда на что-нибудь ценное.
- ❖ Не проси никого о поглаживаниях, если любовь приходится выпрашивать, тогда она ничего не стоит.
- ❖ Никогда не отказывайся от чужих поглаживаний, даже если они тебе неприятны.

Претворение родительских наставлений в жизнь может привести к следующим патологиям:

- ❖ ипохондрия (когда поглаживания можно получить, лишь притворившись больным),
- ❖ неспособность сказать о себе ничего хорошего,
- ❖ ничтожный супруг, променивающий свою любовь на деньги, безопасность и статус
- ❖ простофиля, которая никому не отказывает.

Скрипт "***нет ума***" включает в себя тех, кого называют сумасшедшими тех, кто живут в постоянном страхе оттого, что однажды они сойдут с ума. Отсутствие ума проявляется в жизни тех, кто чувствуют себя неспособными жить в этом мире, кто легко смущаются и с трудом могут сосредоточиться,

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

кто чувствуют себя глупыми и ленивыми, у кого нет ни силы воли, ни своего собственного мнения. Усвоению этого скрипта, способствуют требования родителей поменьше думать. Например, традиционно логические и рациональные рассуждения женщин не приветствовались, для того, чтобы они были послушным женами.

Родители запрещают детям думать для того, чтобы уберечься от чувства что они (родители) не ОК. Мыслящий ребенок может понять, что его родители друг друга не любят, он может подвергнуть сомнению то, чему его учат родители. Для того, чтобы дети не могли их рассмотреть как они есть, родители препятствуют тому, чтобы ребенок работал головой, прибегая к прямой лжи в отношении того, что ребенок видит. Например, одна мать привела к психотерапевту девочку, которая считала, что сходит с ума. По секрету мать сообщила психотерапевту, что дочка была убеждена в том, что её мать имеет роман с плотником. Мать убедительно лгала, чтобы выгородить себя и плотника. Девочка стала бояться, что у нее паранойя, но на самом деле проблема была в том, что она всё правильно понимала. Это никого не устраивало. Мать просто поразилась, как одна доза правды исцелила, ее дочь от сумасшествия.

Скрипт "***нет радости***" – базовый план для тех, кто в раннем периоде жизни пришли к мысли о том, что лучше всего не допускать никаких удовольствий. Став взрослыми, они становятся людьми, которые не могут уснуть без таблетки и не могут проснуться без кофеина, которым для того, чтобы выжить, нужна доза наркотика.

В западной культуре любые телесные радости традиционно считаются «не ОК», поэтому понятно, что многие родители следят за тем, чтобы ребенок не позволял себе никаких телесных наслаждений и удовольствий. В процессе подавления в себе способности спонтанно и свободно ощущать собственное тело, человек закрывает для себя первичные центры, дающие радость жизни. Утрачивается тот природный центр, из которого рождается естественный ребенок. Одно из удовольствий, которые доставляют наркотики, состоит в том, что под их действием блокируется деятельность Контролирующего Родителя. Ловушка для наркомана заключается в том, что, чем больше доза, тем меньше радости и тем больше боли испытывает человек от введения чужеродных субстанций в собственное тело. Расплата в форме депрессии и отчуждения от других людей подтверждает, что тело и личность человека – не ОК.

Драма трагического жизненного скрипта становится очевидной ввиду того факта, что клиент в действительности играет одну из трех ролей, из которых образуется **треугольник любой драмы**: Жертва, Преследователь, Спасатель. Например, скрипт супруги алкоголика начинается с попытки спасти бедолагу от саморазрушения. Драма и волнение нарастают по мере того, как супруга впадает в гнев оттого, что помощь (спасение) не принимается. Тогда Спасатель превращается в Преследователя. Саморазрушительный скрипт супруги становится явственнее тогда, когда Преследователь превращается в Жертву социальной, экономической и личностной неадекватности пьющего бедняги.

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

Для того, чтобы патологический скрипт в своем развитии пришел к неминуемой трагической развязке, клиенты начинают играть **утяжеленные версии** обычных игр. Алкоголик, например, играет в "Ударь меня".

Он начинает с игры

- "Ударь меня за то, что я опоздал к ужину, потому что зашел в бар", потом в
- "Ударь меня, я просадил все деньги в баре", потом в
- "Ударь меня, меня уволили".

Воздаяние для алкоголика совершается в форме коллекционирования коричневых марок депрессии и в утверждении себя в представлении о том, что он не ОК. Когда накопилось достаточное количество депрессии, алкоголик может обменять свои коричневые марки и найти оправдание в самоубийстве. Занавес в трагедии жизненного скрипта падает.

По мнению Берна, *люди рождаются принцами и принцессами*, а потом родители заколдовывают их в жаб. Изначально здоровые люди в начале своей жизни пишут скрипты, исходя из негативного или позитивного влияния тех людей, которые их окружают, а оставшуюся часть своей жизни бессознательно тратят на то, чтобы эти скрипты реализовать. Последствия негативных скриптов могут быть катастрофическими, если человек не сделает сознательного выбора в пользу изменений.

6.1.3. Теория терапевтического процесса

Трансактный анализ обычно начинается со **структурного анализа**, благодаря которому клиент полнее осознает те эго-состояния, которые либо смешивались, либо контаминировались, либо исключали друг друга. Далее терапия переходит к трансактному анализу, в котором осознанию подвергаются самодеструктивные трансакции, начиная с самодеструктивных игр. Работа ведется в направлении полного осознания клиентом патологических жизненных позиций и жизненных скриптов, управляющих клиентами. По мере исцеляющего развития сознания, клиент становится способен дифференцированно проявлять различные эго-состояния в различные моменты времени. Далее клиент способен самостоятельно сделать выбор – либо продолжать играть в трагические игры, придерживаться трагических позиций и скриптов, либо предпочесть более инструктивные модели удовлетворения базового человеческого голода.

6.1.3.1. Развитие сознания.

6.1.3.1.1. Работа клиента

Развитие сознания начинается как обучающий процесс. Клиенту сообщается о концепциях и терминах трансактного анализа (ТА), обычно применяется библиотерапия, основное место в которой занимают книги Берна. Если в данной местности где-то преподается ТА, то клиенту рекомендуется до нача-

Саратовский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского

ла собственно терапии посетить эти занятия. Обучение клиента продолжается и в процессе терапии, когда клиент обучается тому, как применять концепции ТА к реальной жизни, начиная с осознания того, какое эго-состояние проявляет себя в данный момент. Когда клиент научится оценивать свою жизнь с позиций ТА, он станет часто обращаться к психотерапевту или к членам своей группы за получением обратной связи о том, правильно ли он интерпретирует себя в свете ТА.

Когда клиент становится лучше подкован в ТА, лучше сознает свои эго-состояния, он может, опираясь на Взрослого в своей личности, учить других тому, как анализировать себя. Клиент обычно проходит путь от студента до самоаналитика и преподавателя. По мере более полного осознания собственных эго-состояний, клиент становится способен лучше анализировать те сложные трансакции, в которые он вступает с другими людьми. Эго-состояние Взрослый применяется для анализа поведения в ситуациях конфликтов, для осознания того, вызваны ли эти конфликты собственными играми или скриптами, либо они позволяют втягивать себя в игры и скрипты других. Таким образом, начальные стадии структурного анализа больше зависят от компетентности терапевта, который обучает клиента разбираться в собственных эго-состояниях, а последующие стадии трансактного анализа больше зависят от работы клиента.

На завершающих этапах терапии клиент обладает практически полной информацией о своей жизни и должен опираясь на эго-состояние Взрослый сообщать терапевту обо всех личных играх и скриптах. Например, заполняя контрольный опросник скриптов, клиент должен сообщать точную информацию. Этот опросник (контрольный список) включает:

(1) весь ход собственной жизни,
(2) собственная жизнь — ОК или не ОК,
(3) когда было принято решение о том, какой будет собственная жизнь,
(4) сказочный герой, повлиявший на выбор жизненного пути,
(5) контрскрипты, обеспечивающие временные передышки от саморазрушения,
(6) возражения Родителя против любви, размышлений и радости,
(7) игры, способствующие реализации выбранного жизненного пути,
(8) времяпрепровождения, при помощи которых клиент структурирует свой скрипт,
(9) воздаяние, которого клиент добивается от жизни,
(10) трагический финал, к которому стремится клиент.

Кроме того, опираясь на эго-состояние Взрослого, клиент должен подтвердить или опровергнуть правильность гипотез, предлагаемых терапевтом по поводу игр и скриптов клиента.

6.1.3.1.2. Работа терапевта

Поскольку большинство клиентов психотерапевта находятся в состоянии смешения эго-состояний, терапевт должен дать точный **структурный**

Саратовский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского

диагноз проблемы клиента. Анализируя эмоциональные переживания с точки зрения конфликта между эго-состояниями Родитель, Взрослый, Ребенок, терапевт четко очерчивает поле, в границах которого будет проводиться осознание дезадаптивного поведения. Структурный диагноз является обучением клиента, потому что до сведения клиента доводятся основные положения ТА, диагноз это в то же время и обратная связь, через которую клиент узнает о том, как лично он проявляется три этих эго-состояния. Помимо того, что структурный диагноз устраняет смешение эго-состояний, структурный диагноз является отправной точкой процесса деконтаминации, поскольку клиенту сообщается о том, какие эго-состояния подверглись контаминации со стороны других эго-состояний.

Чтобы вывести клиента из смешения эго-состояний и произвести деконтаминацию, терапевт часто задает клиенту вопросы: "В каком эго-состоянии вы сейчас находитесь?", "Какая часть вашего я сейчас говорит?", "Какая часть вашей личности сказала это (сделал этот жест)?" Клиент отвечает то, что он субъективно осознает, уточнение информации производится посредством обратной связи с терапевтом или с другими членами группы. Если у клиента имеются сомнения относительно диагноза, который предложил психотерапевт, можно воспроизвести аудио или видеозапись, чтобы клиент вспомнил свое поведение, результатом которого стал предложенный структурный диагноз. Это обычно помогает клиенту лучше осознать собственные эго-состояния.

Поскольку эго-состояние Взрослый обеспечивает наименьшее искажение при переработке информации, трансактный анализ направлен на то, чтобы устранить смешение и контаминацию эго-состояний за счет того, что в центр анализа эго-состояний ставится эго-состояние Взрослый. Терапевт обращается к эго-состоянию клиента Взрослый от имени своего эго-состояния Взрослый. Например, запрос об информации – это обращение одного Взрослого к другому Взрослому. Поскольку одним из принципов ТА является то, что социальная реакция на "трансактный стимул" (например, запрос об информации) порождается тем эго-состоянием, которое является комплементарным по отношению к данному стимулу, имеется большая вероятность того, что клиент будет реагировать на коммуникацию из эго-состояния Взрослый. Если терапевт пытается добиться, чтобы клиент вел себя как Взрослый, он сам должен быть в коммуникации Взрослым, т.е. это должна быть "комплементарная коммуникация" (взаимодополняющая). Если терапевт ведет себя как Родитель и обращается с клиентом как с беспомощным ребенком, то не удивительно, что клиент будет испытывать проблемы в том, что связано с его реакцией как объективно Взрослого.

При терапевтической работе с исключением (недопущением) клиенту предоставляется возможность осознать и выразить то эго-состояние, которое обычно подвергается исключению (недопущению). Терапевт может стимулировать проявления эго-состояния Ребенок, например, давая клиенту домашнее задание посетить фестиваль народной музыки и попеть там вместе с участниками фестиваля. Либо можно поощрять клиента в тех же целях, прини-

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

мать теплые поглаживания от того участника терапевтической группы, с которым у данного клиент наиболее неформальные отношения. Поскольку одно из эго-состояний обычно исключается из-за боязни критики или получения травмы, клиент будет свободнее осознавать эго-состояние Ребенок, если терапевт создаст обстановку, в которой клиент будет чувствовать себя защищенным.

Помимо организации комплементарных трансакций, терапевт периодически привлекает клиентов к участию в перекрестных трансакциях, для того, чтобы помочь клиентам осознавать собственные реакции. **Перекрестная трансакция** возникает тогда, когда эго-состояние, к которому адресована коммуникация, отличается от того эго-состояния, которое реагирует на коммуникацию. Если клиент адресует свое сообщение эго-состоянию Взрослый терапевта, а терапевт реагирует из эго-состояния Родитель, то коммуникация Взрослый-Взрослый, перекрещивается с коммуникацией Родитель-Ребенок, Например клиент обращается за информацией, применяя трансакцию Взрослый-Взрослый, "Вы не знаете, в следующем месяце будет открытая для публики лекция по ТА? У меня есть друзья, которые хотели бы на нее сходить". Комплементарная реакция была бы в том случае, если бы Взрослый поделился информацией о лекции. Перекрестная реакция – терапевт отвечает, как Родитель отвечает Ребенку: "А вы разве сами не можете это выяснить?"

Создавая сознательную перекрестную трансакцию, трансактный аналитик оценивает развитость сознания клиента по тому, как реагирует на перекрестную трансакцию клиент:

- либо это гнев: "А ну вас к черту!",
- либо обособление: «Больше вообще вас ни о чем не буду спрашивать»,
- либо вина: "Извините, побеспокоил вас своей мелочной просьбой".

Терапевт стремится к тому, клиент начал осознавать конструктивные реакции, которые не ставят под угрозу дальнейшие взаимоотношения. Эго-состояние Взрослый, которое обратилось к терапевту за информацией, так прореагирует на злого терапевта: «У вас сегодня какие-то сложности, о которых я не знаю?» Однако, прежде чем терапевт пойдет на сознательную перекрестную трансакцию, он должен быть уверен в том, что терапевтические отношения стали достаточно крепкими и от этого не пострадают.

Осознание эмоционального воздействия, производимого перекрестной трансакцией, является частью анализа тех игр, в которые играет клиент. Например, в игре "Отвали" (Kiss Off) перебранка между игроками на уровне Ребенок-Ребенок перекрещивается с трансакцией, в которой женщина включает эго-состояние Родитель и спрашивает: «За кого вы меня принимаете?» Эмоциональное воздействие такого переключения образует в игре расплату, поэтому важно, чтобы клиенты осознавали то, что можно путем пересечений трансакций обнаружить свои эмоции. Основная тяжесть работы по анализу игр приходится на создание клиенту конфронтации относительно повторяющейся сути их игр и далее на интерпретацию воздаяния, которое клиент по-

Саратовский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского

лучает либо надеется получить в результате игры, а также того, каким образом эти однообразные игры содействуют реализации жизненного скрипта клиента.

Клиент сможет в полной мере осознать смысл своих игр лишь после того как к нему придет осознание того, каким образом его жизнь развивается в русле скрипта. Чтобы помочь клиенту в трудной работе по анализу скриптов, терапевт может опираться на контрольный список из «20 вопросов», предложенный Штайнером для заполнения опросника жизненного скрипта. Указание клиентом своей любимой сказки, к примеру, способствует тому, чтобы клиент полнее осознал то, когда именно он выбрал для себя жизненный скрипт и какого мифического героя он выбрал за образец для себя.

Далее, терапевт стимулирует осознание клиентом своего жизненного скрипта при помощи приема "**репетиция скрипта**". Терапевт в роли режиссера готовит декорации для сцены, на которой будет разыгрываться жизненный скрипт клиента. Клиент со своей жгучей проблемой выступает в качестве «звезды». Звезда играет главную роль: клиент садится лицом к лицу с другой звездой – другим членом терапевтической группы, играющим роль другого главного участника представления, например, ребенка или супруга. Два других клиента стоят позади звезды и представляют эго-состояния Родитель главного действующего лица. Остальные участники терапевтической группы садятся вокруг и изображают эго-состояния Ребенок, а один из участников группы изображает стоя эго-состояние Взрослый, который наблюдает и просчитывает развитие событий. Звезда со сбоим напарником разыгрывают сцену, в которой изображается проблема главного персонажа. Другие клиенты по ходу действия изображают те эго-состояния, которые им указаны. Репетиция скрипта проводится в течение 10 минут, а далее на уровне Взрослый-Взрослый проходит Осуждение многоуровневого смысла этой сцены (те же 10 мин.).

6.1.3.2. Выбор

6.1.3.2.1. Работа клиента

Процесс достижения более полного осознания своих эго-состояний, игр, жизненных позиций и жизненных скриптов также способствует развитию волевой сферы. По мере уменьшения смешения эго-состояний и их деконтаминации, у клиента развивается способность делать выбор того, какое эго-состояние будет выражено во время сессии с терапевтом, и за порогом терапевтической сессии. Когда клиент начинает осознавать, что его самодеструктивные жизненные позиции и скрипты первоначально представляли выборы, сделанные в детстве на основе неадекватной информации, следовательно, на основе более адекватной информации клиент может из эго-состояния Взрослый сделать другие выборы, которые приведут его к более конструктивной жизни и позволят ему самораскрыться.

Выбор в пользу радикального изменения своей жизни не должен быть

Саратовский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского

внезапным, это не должна быть дилемма "или всё, или ничего". Если клиент желает, он может попробовать новые альтернативы во взаимодействии с терапевтом. Клиент может рискнуть отказаться от своих игр для того, чтобы пережить новые, близкие отношения с терапевтом и с другими участниками терапевтической группы. Клиент может решиться попробовать новые трансакции, например, открыто и честно попросить о поглаживаниях, когда они будут ему необходимы, вместо того, чтобы путем игр привлечь к себе негативное внимание. С учетом того, что в каждом выборе скрыта определенная степень свободы, никто не может заранее предсказать то, в какой момент клиент примет решение о том, как ему следует дальше поступить с собственной жизнью.

6.1.3.2.2. Работа терапевта

Терапевт стимулирует волевую сферу клиента с самого начала терапии налаживая с клиентом договорные отношения. Составляется контракт, в котором определяется то, к какой цели будет стремиться клиент в процессе терапии, а терапевт решает, соответствует ли указанная цель системе ценностей терапевта. Терапевт также сообщает клиенту о том, что клиент имеет право перезаключить контракт, в любой момент, либо прекратить терапию после того, как будет достигнута определенная в договоре цель.

Позднее в ходе терапии, терапевт облегчает клиенту процесс выбора, помогая клиенту отрабатывать новые альтернативы в общении с терапевтом. Терапевт также создаст клиенту поглаживания, если клиент отваживается сделать выбор в пользу более конструктивного стиля жизни. В большинстве случаев, однако, трансактные терапевты соглашаются в том, что бремя выбора должно целиком лечь на плечи клиента, который один отвечает и за прошлое, за нынешнее течение своей жизни.

На основе трансактного анализа и гештальт-терапии возникла, комплексная терапевтическая интервенция, известная как **терапия пересмотром решений**. Она облегчает клиенту пересмотр собственных представлений о себе, сложившихся в предшествующий период жизни. Клиента учат выслушивать всевозможные "Нельзя", ограничивающие возможности их выбора:

- ❖ Не будь ребенком,
- ❖ Не задирай нос,
- ❖ Не замыкайся в себе,
- ❖ Не стремись к успеху,
- ❖ Не верь, и, разумеется,
- ❖ Не будь собой.

Осознав эти запреты и противопоставив им свои выборы, клиент получает свободу пересмотреть свое представление о самом себе и о том, кем он хочет быть.

6.1.4. Терапевтическое содержание

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

Психопатология с позиций ТА всегда возникает как внутри личностная, но проявляется на межличностном уровне. Для того, чтобы межличностные проявления интрапсихических конфликтов стали однозначно очевидными, ТА чаше всего проводится в группе. Однако, даже в групповом формате фокус ТА перемещается то вперед, то назад с учетом проблем, возникающих между членами группы, и проблем, возникающих в психике каждого из участников группы.

6.1.4.1. Внутриличностные конфликты.

6.1.4.1.1. Тревога и защиты

Тревога – это реакция эго-состояния Ребенок на возможное нарушение запрета эго-состояния Родитель. Тревога может быть всеохватывающей, это может быть мириад ужасов, которые переживают дети, которым грозит родительское неодобрение, это страх быть побитым, брошенным, оскорбленным. Предвидение того, что Родитель лишит Ребенка всех своих поглаживаний, наполняет Ребенка предчувствием того, что неминуем психологический голод. Неудивительно, что клиенты впадают в панику, когда их эго-состояние Ребенок нарушает запреты эго-состояния Родитель.

Родитель переполнен запретами:

- «Нельзя хохотать»,
- «Нельзя объедаться»,
- «Нельзя оставлять еду на тарелке»,
- «Нельзя болтать»,
- «Нельзя злиться»,
- «Нельзя давать поглаживания»,
- «Нельзя принимать поглаживания».

Многие люди живут в постоянной опасности, они боятся, что, если будут поступать под непосредственным влиянием собственного голода, их охватит паника из-за нарушения родительских инвектив.

Защиты традиционно анализируются как внутрипсихические механизмы, не допускающие осознания и проявления запретных и опасных желаний. Интерпретация внутриличностных защит такого рода является важнейшей частью ТА, но не менее важны межличностные защиты, предназначенные избегать таких опасных желаний, как желание свободно обмениваться поглаживаниями.

Игры, в которые играют люди, зачастую выполняют защитные функции. Люди, находящиеся в плену взаимных игр, на бессознательном уровне заключают оглашения о том, что с помощью игр они будут избегать близких отношений, связанного с ними риска. До тех пор, пока между ними ведется борьба, ни о каких близких отношениях между ними говорить не приходится. Более того, нет необходимости признаваться самому себе в том, что перспектива близких отношений наполняет человека ужасом. Единственная проблема в том, что они не могут отказаться от борьбы друг с другом.

Анализ и наступающее в процессе анализа освобождение из плена игр -

Саратовский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского

самая важная составляющая ТА, но необходимо признать, что игры, как любые другие зашиты, служат барьером для психоза, поэтому их нельзя атаковать на всем скаку. Нужно постепенно подходить к достижению деконтаминации эго-состояния Взрослый. И, разумеется, анализ игр сам не должен становиться игрой.

6.1.4.1.2. Самоуважение

Уже достаточно было сказано о том, что жизненная позиция играет важную роль в признании того, что для здорового существования центральным является то, чтобы считать себя ОК. О чем еще не было сказано, так о том, что трансактные аналитики расходятся по вопросу о том, какой должна быть первоначальная жизненная позиция – должна ли она быть ОК или не ОК? Берн считал, что дети рождаются с чувством того, что они ОК, и от рождения каждый человек обладает высоким самоуважением. Хэррис утверждает, что люди рождаются лягушками, а потом превращаются в принцев и в принцесс. По мнению Хэрриса, первоначальная жизненная позиция "Я не ОК", и основной задачей в жизни каждого человека является формирование самоуважения, убежденности в том, что "Я ОК". В трансактных кругах ведутся дебаты по поводу того, рождаются ли люди с дефектом психики, который подобен первородному греху, либо родительские инвективы формируют у человека представление о том, что он не ОК. Однако, существует согласие в отношении того, что большинство детей в нашем обществе действительно считают, что они не ОК.

Возможно, людей вводят в заблуждение тем, что их настоящие проблемы с самоуважением, их позиция "Я не ОК" была решением, сознательно принятым в детском возрасте, и, для того, чтобы стать ОК, им достаточно решить для себя на уровне эго-состояния Взрослый, что они на самом деле ОК. К сожалению, это не так легко. Даже при профессиональной терапии, изменение жизненной позиции достигается лишь после длительной борьбы за осознание тех эго-состояний, которые участвовали в первоначальном принятии решения о выборе жизненной позиции, которые были задействованы в играх, реализующих выбранную жизненную позицию, в реализации скрипта, с которым непосредственно связана занятая позиция. Для того чтобы повысить собственное самоуважение, сделав выбор в пользу признания самого себя ОК, требуется радикально изменить собственный жизненный скрипт, и свои трансакции с окружающим миром. Ощущение самоуважения и признание самого себя ОК, сопутствует осознанному решению начать более эффективную жизнь.

6.1.4.1.3. Ответственность

Обращаясь к психотерапевту, клиент не имеет ясного представления о том, почему его жизнь вышла из-под контроля. Клиент жалуется на то, что

- ❖ не может заснуть,
- ❖ сосредоточиться,
- ❖ расслабиться,

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

- ❖ на проблемы в отношениях.

Люди озабочены собственным поведением, тем, почему они зачастую оказываются неспособны сделать то, что они хотят сделать:

- ❖ бросить пить,
- ❖ перестать спорить и перечить,
- ❖ переедать, почему они всегда медлят, когда дело не терпит отлагательства.

Они жалуются на проблемы во взаимоотношениях с супругой, с которой вместе прожили 25 лет. Чаше всего они обращаются, потому что не знают, что делать с тем хаосом, в который они превратили собственную жизнь.

До тех пор, пока существующие психотерапевтические системы продолжают оправдывать людей, которые не берут на себя ответственность за свои порочные жизненные стили, клиенты будут продолжать мучиться вопросом о том, почему жизнь не состоялась и что им делать дальше. ТА позволяет человеку испробовать различные поведенческие альтернативы, Единственное, с чем не примиряется ТА — это с теми уловками, при помощи которых клиенты пытаются переложить на других людей ответственность за свои жизни. Такие игры, как "**Если бы вы мне не мешали**" или "**Посмотрите, до чего вы меня довели**" это очевидные примеры таких уловок. Однако, наиболее распространена игра «**Деревянная нога**», когда клиент умоляет не требовать от него слишком многого – чего можно требовать от человека на деревянной ноге? Деревянные ноги варьируют от шизофрении до глупости и от депрессии до лени. Клиент использует в качестве отговорок бесчисленные дефекты, виной которым внешние причины, судьба и рок, а не собственные выборы клиента. Тот факт, что человек выбирает свою судьбу, еще не освобождает человека от ответственности за самого себя. В то же время, тот факт, что жизненные позиции и скрипты формируются в детстве, смягчает остроту презрения к себе за то, что человек сам разрушает собственную жизнь.

6.1.4.2. Межличностные конфликты.

6.1.4.2.1. Интимность и сексуальность

В структурированных жизненных скриптах большинства людей нет места искреннему, ненаигранному, взаимному обмену поглаживаниями. Те, кто с детства решили показать всем, что либо они сами, либо другие не ОК, отказались от возможности наладить с кем-либо близкие отношения. Для того, чтобы свободно реагировать на других людей, нужно быть уверенным в том, что и мы, и они ОК.

Для многих людей сами по себе близкие отношения – не ОК. Боязнь близких отношений в какой-то мере рождается из многочисленных инвектив (запретов) со стороны Родителя принимать и давать поглаживания. Родитель накладывает табу на свободную любовь. Существуют и более фундаментальные причины того, почему люди боятся близких отношений. Любовь отпуги-

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

вает потому, что она неструктурирована, она угрожает внести хаос в жизнь человека, привыкшего к безопасному и структурированному существованию. Люди, испытывающие структурный голод и стремящиеся структурировать свои жизни, довольствуются теми поглаживаниями, которые доставляет им участие в ритуалах, времяпрепровождениях и играх, и избегают идти на риск, таящийся в хаосе свободных отношений.

Любовь существует самостоятельно, обособленно от остальной жизни. Общество в лице Родителя стремится структурировать любовь при помощи отношений помолвки и брака. В браке любовь структурируется при помощи ритуалов, трудовой деятельности (любовь превращается в браке в трудовую деятельность), времяпрепровождений и игр. Большинство семейных пар занимаются любовью три раза в неделю после 12-часовых новостей в течение 10 минут. Это может доставлять удовольствие, но это не любовь.

Любовь в браке — это одно из повседневных дел. А если на улице плохая погода, чем тогда ещё заниматься? Любовные игры подкрепляют позицию человека, согласно которой он сам настолько ОК, что перед ним невозможно устоять, а противоположный пол совершенно не ОК. Ради любви можно разрушить структурированный жизненный скрипт и рискнуть собственной безопасностью. В реальности, однако, большинству людей совсем не нужна такая любовь, которая ОК, им просто нужно считать самих себя гигантами и подкреплять такое представление о самих себе в собственных глазах. Любовь – это непозволительная роскошь в мире, где царят деструктивные игры и скрипты, ориентирующие человека на самоуничтожение.

6.1.4.2.2. Коммуникация

Коммуникация проходит удовлетворительно до тех пор, пока трансакции носят комплементарный характер. Трансакция является комплементарной, если реакция на полученное сообщение адресована к тому эго-состоянию, от которого исходило полученное сообщение, и исходит из того эго-состояния, к которому было адресовано сообщение. Комплементарной является серия трансакций Взрослый – Взрослый, Ребенок – Ребенок, Родитель – Родитель. Комплементарные трансакции дарят удовлетворяющее чувство взаимопонимания. Свободный обмен между людьми шутками на уровне их эго-состояний Ребенок – пример удовлетворяющей коммуникации.

Перекрестные трансакции происходят тогда, когда то эго-состояние, к которому адресовано высказанное сообщение, не совпадает с тем эго-состоянием, которое отвечает на полученное сообщение, либо когда ответ адресуется не тому эго-состоянию, от которого было получено первоначальное сообщение. Шутка мужа была обращена к эго-состоянию жены Ребенок, но ответил на шутку эго-состояние Взрослый, дав тем самым понять, что эта шутка не смешная. Аналогичным образом, трансакция является перекрестной, если эго-состояние жены Ребенок обращается не к эго-состоянию мужа Ребенок, а к эго-состоянию Родитель – жена жалуется мужу на то, что он постоянно ее высмеивает.

Секрет помощи парам в решении проблем, связанных с коммуникацией,

Саратовский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского

состоит в том, что им нужно помочь осознать свои собственные эго-состояния и то, как эти эго-состояния перекрещиваются, вместо того, чтобы быть комплементарными по отношению друг к другу. Если пары смогут научиться определять то, какие эго-состояния участвуют в перекрестных трансакциях, и возвращаться в те эго-состояния, к которым обращена коммуникация, то они смогут научиться участию в комплементарных трансакциях, что является необходимым условием того, чтобы коммуникация не прерывалась.

6.1.4.2.3. Враждебность

Причиной агрессивности отнюдь не является какой-то внутренний скрытый импульс, это, скорее всего скрытая трансакция между людьми, решившими, что они сами или те, кто их окружают – не ОК. Враждебность между людьми, играющими в игры, направлена не столько на то, чтобы причинить вред другому или уничтожить другого человека, сколько на то, чтобы избежать сближения с этим человеком. Такая агрессивность структурирует волнение, возникающее от игры. Особенно захватывает враждебность тех людей, которые коллекционируют красные марки, взамен которых получают сильный взрыв. Помимо катарсисной разряд и собственных эмоций, они также обеспечивают себе вознаграждение в виде права решать, является ли другой человек ОК или не ОК.

Люди, коллекционирующие чувства злобы, могут потратить накопленные красные марки на то, чтобы усовершенствовать собственный жизненный скрипт. Если в них накопилось достаточно недоброжелательности, они могут позволить себе взрыв враждебности достаточно большой мощности, чтобы оправдать свой развод или совершенное ими убийство, и при этом не переживать ни от груза вины, ни от груза ответственности. Ответственность за агрессию может начаться только тогда, когда рассерженные люди желают опереться на свое эго-состояние Взрослый для того, чтобы подумать о том, что возможно они были неправы, решив, что другие люди не ОК. Однако агрессивные люди склонны оправдывать себя и нападать на других, вместо того, чтобы страдать от осознания того, что их жизненная позиция была изначально неверной.

6.1.4.2.4. Контроль

Контроль – это проблема для родителей и для эго-состояния Родитель. Люди, которым постоянно необходимо контролировать других, характеризуются тем, что в их личности и во взаимоотношениях доминирует эго-состояние Родитель. У таких людей возникает меньше проблем, если доминирует заботящийся Родитель, и их действительно волнуют интересы тех, кого они контролируют или пытаются контролировать. Благожелательный диктатор переносится другими лучше, чем контролирующий Родитель, но даже такой Родитель-протекционист с трудом переносится партнером, желающим жить как независимый Взрослый. Если человек отказывается быть Ребенком и стремится быть Взрослым, то перекрестные трансакции неизбежны.

Эго-состояние Родитель – это не единственных источник проблем, свя-

Саратовский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского

занных с контролем. Если человек не контролирует свое эго-состояние Ребенок, он тем самым стимулирует в других людях эго-состояние Родитель, однако, когда окружающие ведут себя из эго-состояния Родитель, эго-состояние Ребенок в человеке, по отношению к которому они себя так ведут, восстает и пытается выйти из-под контроля окружающих. И эго-состояние Ребенок, и эго-состояние Родитель оба несут ответственность за возникновение проблем, связанных с контролем. Чтобы не говорили оправдывающий себя Родитель или наивный Ребенок, в конфликтах по поводу контроля невинных жертв не бывает.

6.1.4.3. Социальные конфликты.

6.1.4.3.1. Адаптация/Трансцендирование

Если человек сам выбирает себе судьбу, значит, он может свою судьбу трансцендировать. Пораженческие и деструктивные жизненные скрипты необходимо трансцендировать. Люди предпочитают верить, и социологи поддерживают в людях веру в то, что, если они ничего не могут в жизни добиться, то в этом виноваты враждебные социальные силы. Социальные силы вынуждают многих людей занять в жизни позицию неудачника, но это бывает только тогда, когда человек занимает жизненную позицию против самого себя – когда человек решает, что общество ОК, а он сам не ОК. Тогда человек начинает следовать жизненному скрипту неудачника. Несмотря на все усилия заботящегося Родителя блокировать болезненное осознание того, что занятая человеком позиция обращена против него самого, только через такую болезненную самоконфронтацию человек может восстановить свой контроль над скриптом.

Если клиент выбирает скрипт победителя, то ему просто необходимо находиться в постоянном конфликте с обществом. Тогда человек должен осознать, что в нём взбунтовался Ребенок, который хочет быть свободным от ограничений. Родитель поможет адаптировать Ребенка к различным силам. Взрослый стремится к более демократическому и справедливому обществу, Взрослый видит вещи объективно и понимает, что победителем может быть лишь тот, кто с чем-нибудь борется – если только он не ведет борьбу против самого себя.

6.1.4.3.2. Контроль импульсивности

Иногда человека переполняют конкретные чувства: гнев, голод и т. д. Он не может удержаться от того, чтобы не совершить какой—то поступок под влиянием своего чувства, даже если этот поступок идет в разрез с его собственными интересами. Такой человек должен, прежде всего, остановиться, оглядеться и разобраться в собственных чувствах. Ему необходимо осознать – какое эго-состояние управляло им в тот момент, когда возник импульсивный порыв. Он может также осознать, что другие структуры личности не охвачены импульсивным чувством, следовательно, незачем поддаваться своему порыву. Поскольку это-состояние Ребенок чаще всего ассоциируется с бескон-

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

трольными импульсивными поступками, то можно научиться управлять своими импульсами при помощи эго-состояний Взрослый или Родитель, если импульсивные чувства угрожают выйти из-под контроля.

6.1.4.4. От конфликтов к самореализации.

6.1.4.4.1. Смысл жизни

Бессмысленность — это симптом психологического истощения. Потеря смысла — одна из основных жалоб, ассоциированная с дефицитом поглаживаний, с отсутствием глубоких чувств, с чувством того, что человека никто не любит, с ощущением того, что жить не за чем, с хронической скукой. Смысл утрачивается тогда, когда люди структурируют свои жизни при помощи ритуалов, времяпрепровождений, трудовой деятельности, в которых мало поглаживаний. Телевидение и сопутствующие ему времяпрепровождения, структурирующие досуг современной семьи, почти не дают зрителям никаких поглаживаний. Работа не может ни воодушевить человека, ни обеспечить человеку признание. Когда жизненная активность не несет в себе ничего, кроме структурирования, у человека остается глубокое ощущение рутинности происходящего. Для выхода и рутины и наполнения жизни более глубоким смыслом, нужно переструктурировать свою жизнь таким образом, чтобы насытить свою жажду поглаживании.

6.1.4.4.2. Идеальная личность

Идеальная или стабильная личность характеризуется свободой и гибкостью переходов из одного эго-состояния в другое, в зависимости от требований конкретной ситуации. В эго-состоянии Взрослый, стабильная личность реалистична, рациональна и ответственна, избегает игр, направленных на перекладывание ответственности за проблемы в своей жизни на других людей. В эго-состоянии Родитель, стабильная личность это заботливый и культурный человек, придерживающийся традиционных ценностей прошлого. В эго-состоянии Ребенок, стабильная личность спонтанна, радуется жизни и обладает чувством юмора, способствующая раскрытию в других людях их самых лучших качеств.

Здоровая личность придерживается жизненной позиции «Я ОК – ты ОК». Первой причиной зла в жизни является отрицание ценности любого человека, включая самого себя. Если мы будем считать, что другие люди не ОК, мы будем оправдывать наше не ОК отношение к этим людям. Деструктивная жизнь демонстрирует не только патологию, но и аморальность того, что какую-то часть человечества мы считаем не ОК.

В идеале, сознающая личность, по собственной воле действующая как Родитель, Ребенок, Взрослый будет уклоняться от любых деструктивных игр, в которые играют люди, и не будет придерживаться в своей жизни ригидного скрипта. Однако, на практике, максимум, какой можно ожидать от структурного и трансактного анализа, это сведение игр к минимуму, выбор человеком конструктивного скрипта, а не скрипта неудачника.

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

6.1.5. Терапевтические взаимоотношения

Терапевтические взаимоотношения являются частью и содержания, и процесса трансактного анализа. Игры, в которые клиенты пытаются играть с терапевтом, дают обширный материал для анализа. Если клиент постоянно опаздывает на сессии или отказывается оплачивать счет, вполне возможно, что он играет в "Ударь меня". Наивный терапевт действительно может ударить, вместо того, чтобы проанализировать – во что играет клиент. Отношения как часть терапевтического процесса: терапевт ведет себя как взрослый, пытаясь разбудить в клиенте эго-состояние Взрослый.

Со стороны терапевта в трансакциях чаще всего задействовано эго-состояние Взрослый, поскольку развитие сознания – это рациональный процесс, терапевт при анализе и переработке материала, получаемого в общении с клиентом, опирается на рациональные способности Взрослого. Психотерапию можно считать начавшейся, когда клиент хочет возложить контроль за своей жизнью с собственного Родителя на эго-состояние Взрослый терапевта. Поначалу клиент воспринимает в терапевте только эго-состояние Родитель. Постепенно клиент понимает, что влияние, которое пытается оказывать терапевт, клиента ни к чему не обязывает, что терапевт – не управляющий и не контролирующий Родитель, что он, скорее, Взрослый, способный эффективно взаимодействовать с миром. Когда клиент решит, что его собственное эго-состояние Взрослый такое же эффективное, как эго-состояние Взрослый терапевта, тогда терапию можно считать завершенной.

С позиции Роджерса, такие терапевтические отношения можно считать по настоящему безусловными. Трансактный аналитик убежден в том, что клиент, безусловно, ОК, а не ОК тогда, когда ведет себя конкретным образом. Однако, трансактный аналитик опирается преимущественно на рациональные процессы при анализе эго, игр и скриптов, а не на эмпатию, осмысливая ту информацию, которая важна для терапии. Разумеется, терапевт должен быть способен включать в себе эго-состояния Родитель и Ребенок, для того, чтобы оценить переживания клиента в этих состояниях. Тем не менее, наиболее важна для понимания проблемных структур и трансакций клиента когнитивная сфера рационального Взрослого.

Для того, чтобы терапия была эффективной, трансактный аналитик должен быть искренним, потому что невозможно притвориться ни результативным Взрослым, ни веселым Ребенком, ни заботливым Родителем. Терапевт не ограничивается в спонтанных реакциях из эго-состояния Ребенок, но спонтанными реакциями Ребенка личность не ограничена. Трансактный аналитик ведет себя с клиентом как равный с равным, необходимость формирования терапевтического контакта указывает на возможность равных отношений терапевта и клиента. В каждом человеке эго-состояние Взрослый считается равно эффективным при взаимодействии с миром, и одна из задач терапии заключается в том, чтобы как можно скорее установить между клиентом и терапевтом отношения на уровне Взрослый-Взрослый.

Клиенты – не единственные возможные игроки в трансактном анализе.

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

Терапевт должен бдительно следить, за тем, чтобы не реализовывать свои собственные скрипты за счет клиентов. Терапевты обычно играют в «Выгорание» – профессиональная болезнь людей, оказывающих поддержку другим, и в "Кто выстрелит первым" – агрессивная конкуренция между терапевтами. Для предотвращения этих игр необходим постоянный самоанализ и получение поглаживаний за стенами своего рабочего кабинета.

6.1.6. Практика трансактного анализа

Предпочтение отдается групповой терапии, потому что в ней возможно большее количество трансакций, чем при общении один на один, когда терапевт придерживается эго-состояния Взрослый. Типичная группа состоит из 8 человек, сессии проводятся один раз в неделю по два часа. Берн предпочитал четко очерченное начало и завершение, поэтому сессии резко начинались и резко обрывались. Клиенты должны полностью видеть всю фигуру каждого участника терапевтической группы, для того чтобы по движению тела определять эго-состояния: Ребенок или Родитель. При анализе эго-структур и трансакций помогает наличие видео и аудиомагнитофонов. Необходимы доска и мел для построения диаграмм эго-состояний и перекрестных трансакций.

Трансактные аналитики проводят терапию брака, семьи и индивидуальную терапию. Среди трансактных аналитиков представлен широкий спектр профессий. В Международной Ассоциации Трансактного Анализа (ITAA) терапевты разделяются на следующие категории по принципу уровня их сертификации:

- Регулярные Члены (профессионалы, занимающиеся ТА, но получившие терапевтическую подготовку по другим психотерапевтическим системам)
- Сертифицированные Члены (сертифицированные трансактные аналитики, прошедшие курс обучения ТА и сдавшие письменные и устные экзамены)
- Преподающие Члены (занимаются подготовкой трансактных аналитиков, обладают значительным опытом, выступают в качестве экспертов).

6.2. Межличностная психотерапия

6.2.1. Основная альтернатива: межличностная психотерапия.

Межличностная психотерапия (IPT) – это краткосрочная, эмпирически верифицируемая терапия, разработанная в 1970-х гг. Джеральдом Клерманом, Мирной Вайсман и их коллегами. Первоначально, Клерман и Вайсман разрабатывали методы интервенций при депрессивных состояниях, постепенно IPT получила применение и при других психологических расстройствах. Фактически, сегодня, когда говорят о межличностной психотерапии, то подразумевают IPT Клермана и Вайсман.

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

6.2.1.2. Основатели

Основой для межличностной психотерапии являются межличностные подходы, применявшиеся Хэрри Стэком Салливэном и Адольфом Мейером, а также теория присоединения Джона Боулби. Салливэн — выдающийся представитель межличностной школы психоанализа. Он считал, что аномальное поведение является следствием нарушений в межличностных отношениях, и предложил межличностный вариант психодинамической терапии. В терапии терапевт выполняет роль «включенного наблюдателя», который в ходе терапевтической сессии одновременно и занимается рефлексией состояния клиента, и активно участвует в терапии. Адольф Мейер – основатель "психобиологического" подхода в межличностной терапии. Мейер акцентировал важность психосоциального окружения и считал, что многие формы психопатологии возникают вследствие неудачных попыток адаптироваться к среде, особенно под воздействием стресса, либо при адаптации к стрессогенной среде. Джон Боулби считал, что привязанности, формирующиеся в ранней жизни, определяют последующие межличностные взаимоотношения.

IPT создавалась в начале 1970-х гг. первоначально как исследование последствий антидепрессантов на личность человека, у которого удалось купировать острый приступ депрессии. Работать приходилось с клиентами, страдавшими острой формой депрессии. Результатом исследований стала опубликованная в 1984 году классическая книга "Межличностная психотерапия депрессии". Со второй половины 1980-х гг. проводились тщательные исследования применения IPT во всех возрастных группах. Особенно эффективной она оказалась при терапии алкоголизма и наркомании, и проблем, связанных с приемом пищи.

6.2.1.3. Теория психотерапии

Депрессия и другие расстройства происходят в межличностном контексте. Межличностиые аспекты поведения влияют на настроение (как и на другие формы поведения), а настроение влияет на то, как человек исполняет свою роль.

В межличностном подходе к пониманию депрессии отражена совсем не схоластическая позиция, интегрирующая

- **психоаналитическое** признание важности переживаний раннего детства и
- **когнитивно-бихевиористское** признание важности средовых стрессоров.

Связь между ними существует следующим образом: эмоциональная депривация в детстве, когнитивное недоразвитие и отсутствие поведенческих навыков, необходимых для формирования удовлетворенных взаимоотношений, приводят к изоляции, отчаянию и депрессии, что убедительно продемонстрировал Боулби в исследованиях привязанности. Когда у человека развилась депрессия, человек характеризуется неразвитыми социальными навыками, проблемами в коммуникации, что приводит к дальнейшему отвержению

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

такого человека окружающими. Средовые стрессоры сильнее ухудшают ситуацию. Например, человек, предрасположенный к депрессии в силу эмоциональной депривации в раннем возрасте, переживает смерть супруги. Реакция горя может длиться продолжительное время, человек отчуждается от друзей и от семьи и погружается в самоизоляиию. Постепенно устанавливается прочный круг, когда поведение такого человека отталкивает от него других людей, а поскольку он чувствует себя одиноким и отверженным, ему все труднее общаться с людьми. Таким образом, разрыв межличностных отношений – одновременно и причина, и результат депрессии.

6.2.1.4. Теория терапевтических процессов

В межличностной психотерапии признается, что переживания раннего возраста оказывают глубокое влияние на последующие межличностные отношения, однако в центре внимания находятся межличностные отношения настоящего периода. Вместо того, чтобы реконструировать и анализировать то, что было «там и тогда», IPT реструктурирует и улучшает то, что есть «здесь и сейчас» в межличностной сфере. Независимо от черт личности и от биологических особенностей, депрессия возникает в психосоциальном и межличностном контексте. Для излечения от депрессии, существенным является анализ контекста с момента начала депрессии и анализ возможности исправления проблем в текущем межличностном контексте.

IPT – кратковременная терапия, ориентированная на настоящее, на настоящие межличностные отношения и жизненные ситуации клиентов, и именно с этой позиции ее лучше всего сравнивать с другими психотерапиями.

IPT является	**IPT не является**
краткосрочной	долговременной
фокусированной	открытой
текущие взаимоотношения	прошлые взаимоотношения
межличностной	интрапсихической
межличностной	когнитивной/поведенческой
улучшающей взаимоотношения	направленной на достижение инсайта
определение сильных сторон	определение защит
обучение тому, как справляться с проблемой	вылечивание проблемы

ИНСАЙТ – внезапное понимание существенных отношений и структуры ситуации в целом, посредством которого достигается осмысленное решение проблемы.

Межличностная психотерапия проводится в три стадии и обычно длится от 12 до 16 сессий. На **первой стадии** необходимо достичь 4 общих целей:

1. Терапевт определяет симптомы депрессии, дает название синдрому, в соответствии с той ролью, которую исполняет клиент, оценивает потребность в применении медикаментозных средств.

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

2. Депрессия соотносится с межличностным контекстом, путем определения природы интеракции, определения тех ожидании, которые возлагают на клиента значимые другие, выполнимость возлагаемых на клиента ожиданий, определение того, какие изменения во взаимоотношениях являются желательными.

3. Определяются основные проблемные области, связанные с депрессией.

4. Определяется терапевтическая концепция и заключается контракт.

Вторая фаза обращена непосредственно к первичной проблемной области: межличностные разногласия и ссоры, дефицит межличностных отношений. В фокусе находится одна, максимум две проблемных области. Вероятно, что будет выявлено множество проблем, но в ограниченное терапевтическое время невозможно охватить их все. Терапевтические стратегии различаются в зависимости от того, какая проблемная область находится в фокусе терапии. Рассмотрим острое безутешное горе. Задача терапии в том, чтобы облегчить проживание горя и помочь клиенту восстановить интересы и взаимоотношения взамен утраченных.

Для достижения этих целей применяются следующие ***стратегии***:

- ❖ определение связи возникшего симптома с утратой значимого другого,
- ❖ реконструирование отношений клиента с усопшим,
- ❖ описание последствий событий, сопровождающих утрату,
- ❖ проявление связанных с утратой позитивных и негативных чувств,
- ❖ анализ возможных способов налаживания отношения клиента с другими людьми.

В отличие от других форм психотерапии, IPT не пренебрегает применением медикаментозных средств, и не делает универсальных обобщений по поводу различных психологических расстройств. Эти особенности IPT вызваны тем, что она первоначально создавалась как форма интервенции при депрессии показана фармакотерапия, в силу своей краткости и слабой психотерапевтической интенсивности, IPT не оставляет заметного следа в личности клиента.

На **третьей фазе** IPT завершается аналогично тому, как завершаются многие психотерапии – обсуждается, что испытывает клиент в связи с окончанием терапии, какого прогресса удалось достичь, что осталось не сделано. Клиенту должно быть понятно, что терапия вскоре завершится.

6.2.1.5. Терапевтические взаимоотношения

На протяжении всего терапевтического курса, терапевт играет роль защитника, адвоката клиента, а не нейтрального комментатора. Межличностный психотерапевт активен, а не пассивен, по крайней мере, по сравнению с долгосрочными терапиями, нацеленными на достижение инсайта. Терапевтические отношения не ориентированы на создание отношений переноса.

Саратовский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского

Представляется, что ожидание клиентом помощи является реалистичным, интерпретация отношений между терапевтом и клиентом оправдана лишь в том случае, когда эти отношения препятствуют прогрессу в терапии. С этих позиций можно сделать такое обобщение: "Межличностное в IPT относится к анализу межличностных причин возникновения депрессии за пределами психотерапии, а не к анализу межличностных отношении в самой психотерапии". С точки зрения роджерианской терапии, терапевтические отношения в IPT являются теплыми и эмпатическими, но в них нет безусловного принятия. Терапевт настраивает клиента на то, что депрессия – это разрешимая проблема, это не то, что нужно принять и с чем необходимо смириться, это явление временное, а не постоянное.

6.2.1.6. Практика IPT

IPT проводится профессиональными психологами и психиатрами, имеющими специальное образование. Кроме того, необходим двухлетний опыт терапии амбулаторных клиентов, страдающих депрессией. Техники IPT изложены в справочном пособии (1984г.).

6.2.1.7. Краткие межличностные терапии

Трансактный анализ можно проводить в кратком и в долговременном форматах. Берн склонялся к долговременной терапии, включающей психологическое образование, индивидуальную терапию, групповую терапию – все вместе занимает несколько лет. Современные версии ТА отдают предпочтение краткому формату, в сочетании с методами из других терапевтических систем.

Межличностная психотерапия по определению является краткой и длится от 12 до 16 недель. IPT проводится еженедельно, индивидуально, с ориентировкой на настоящее, на существующий межличностный, контекст, в котором живет клиент.

6.2.2. Эффективность межличностных терапий.

Что касается ТА, то в литературе имеется очень мало публикаций исследований эффективности ТА с применением контрольных групп. Смит, Гласс и Миллер провели в 1980 году мета-анализ 8 исследований, в которых применялась контрольная группа. Эффективность ТА была определена 0,67 — немного больше, чем средняя эффективность плацебо-терапии (0,56) но немного меньше, чем для всех остальных психотерапий вместе взятых (0,85). Более поздний мета-анализ (1998г.) 4 исследований с применением контрольной группы, в которых были охвачены 226 клиентов, показал, что различия в терапевтической и контрольной группах настолько незначительны, что не позволяют достоверно говорить об эффективности ТА. Напрашивается вывод о том, что ТА более эффективен, чем отсутствие терапии вообще, как правило ТА более эффективен, чем плацебо-терапия применительно ко взрослым.

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

Вопросы для самоконтроля к теме 6
«Трансактный анализ»

1. На каком допущении построен трансактный анализ?
2. Как называются эго-состояния?
3. Чем являются эго-состояния?
4. Охарактеризуйте поведение человека в эго-состоянии «Ребёнок».
5. Охарактеризуйте поведение человека в эго-состоянии «Родитель».
6. Охарактеризуйте поведение человека в эго-состоянии «Взрослый».
7. Почему эго-состояние «Ребёнок» считается лучшей частью личности?
8. Назовите категории эго-состояния "Ребенок".
9. Назовите категории эго-состояния "Родитель".
10. В каких ситуациях адаптивно каждое эго-состояние?
11. Что называют стабилизацией эго-состояния личности?
12. Что характерно для стабилизации эго-состояния личности?
13. Из чего образуется мотивация личности?
14. Как Хартман определял эго?
15. Охарактеризуйте стимульный голод.
16. Охарактеризуйте структурный голод.
17. Что возникает из обмена поглаживаниями?
18. Перечислите и охарактеризуйте безопасные трансакции.
19. Охарактеризуйте рискованные трансакции.
20. Для чего нужный игры?
21. Перечислите и охарактеризуйте возможные жизненные позиции.
22. Какова изначальная жизненная позиция ребёнка?
23. Как происходит выбор жизненного скрипта?
24. С чем связано возникновение психопатологии на внутриличностном уровне?
25. С чем связано возникновение психопатологии на межличностном уровне?
26. Как называются проблемы, связанные с внутриличностными эго-состояниями?
27. В чём заключается смешение?
28. В чём заключается контаминация?
29. В чём заключается исключение (недопущение)?
30. Что характерно для жизненной позиции "Я ОК, а ты не ОК"?
31. Что характерно для жизненной позиции "Я не ОК, а ты ОК"?
32. Что характерно для жизненной позиции "Я не ОК, и ты не ОК"?
33. Охарактеризуйте жизненный скрипт "нет любви".
34. Охарактеризуйте жизненный скрипт "нет ума".
35. Охарактеризуйте жизненный скрипт "нет радости".
36. Из чего складывается треугольник жизненной драмы?
37. Охарактеризуйте утяжеленные версии обычных игр.
38. С чего обычно начинается трансактный анализ?
39. В каком направлении ведётся терапевтическая работа далее?

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

40. С чего начинается развитие сознания клиента в трансактном анализе?
41. Что такое структурный анализ?
42. Какой путь обычно проходит клиент в трансактном анализе?
43. От чего зависят начальные стадии структурного анализа?
44. От чего зависят последующие стадии трансактного анализа?
45. Что включает контрольный опросник скриптов?
46. В каком состоянии находятся большинство клиентов психотерапевта?
47. Что такое структурный диагноз?
48. В каком поле проводится осознание проблем клиента?
49. Отправной точкой какого процесса является структурный диагноз?
50. Что необходимо делать для того, чтобы вывести клиента из смешения эго-состояний и произвести деконтаминацию?
51. Посредством чего клиент производит уточнение информации?
52. Что помогает клиенту лучше осознать собственные эго-состояния?
53. Какое эго-состояние обеспечивает наименьшее искажение при переработке информации?
54. Что ставится в центр анализа эго-состояний?
55. Каким эго-состоянием порождается социальная реакция на "трансактный стимул"?
56. Что должен делать терапевт, чтобы клиент вел себя как Взрослый?
57. Что такое «комплементарная коммуникация»?
58. В каком случае клиент будет испытывать проблемы в том, что связано с его реакцией как объективно Взрослого?
59. В чём заключается терапевтическая работа с исключением (недопущением)?
60. Каким образом стимулировать проявления эго-состояния Ребенок?
61. Что такое перекрестные трансакции?
62. Какова терапевтическая функция перекрестных трансакций?
63. Каким образом оценивается развитие сознания клиента?
64. В чём заключается терапевтическая техника «репетиции скрипта»?
65. Что способствует развитию волевой сферы клиента?
66. Что формулируется в терапевтическом контракте?
67. В каком случае терапевт создает клиенту поглаживания?
68. Охарактеризуйте терапию пересмотром решений.
69. Где возникает психопатология и как она проявляется?
70. На что направлен фокус трансактного анализа?
71. Какое эго-состояние реагирует тревогой?
72. Когда клиент впадает в панику?
73. Для чего предназначены межличностные защиты?
74. Какие функции выполняют игры?
75. Что необходимо сделать, чтобы повысить собственное самоуважение?
76. При помощи каких игр клиенты пытаются переложить на других людей ответственность за свои жизни?
77. Почему люди боятся близких отношений?
78. Какая трансакция является причиной агрессивности?

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

79. На что направлена враждебность между людьми, играющими в игры?
80. С чего может начаться ответственность за агрессию?
81. К чему склонны агрессивные люди?
82. Чем характеризуются люди, которым постоянно необходимо контролировать других?
83. Когда неизбежны перекрестные трансакции?
84. Какое эго-состояние несёт ответственность за возникновение проблем, связанных с контролем?
85. Следует ли трансцендировать пораженческие и деструктивные жизненные скрипты?
86. Симптомом чего выступает бессмысленность?
87. Дефицит чего ассоциирован с потерей смысла жизни?
88. Когда утрачивается смысл?
89. Чем характеризуется идеальная или стабильная личность?
90. Какой жизненной позиции придерживается здоровая личность?
91. Какого максимума можно ожидать от структурного и трансактного анализа на практике?
92. Какое эго-состояние чаще всего задействовано со стороны терапевта?
93. Когда психотерапию можно считать начавшейся?
94. Какое эго-состояние поначалу клиент воспринимает в терапевте?
95. Когда терапию можно считать завершенной?
96. Можно ли такие терапевтические отношения можно считать по настоящему безусловными? Объясните.
97. На что преимущественно опирается трансактный аналитик?
98. Как трансактный аналитик ведет себя с клиентом?
99. Какие методы интервенций первоначально разрабатывали Клерман и Вайсман?
100. Какие межличностные подходы являются основой для межличностной психотерапии?
101. Что характерно для межличностной школы психоанализа?
102. Что характерно для "психобиологического" подхода в межличностной терапии?
103. В каком контексте происходят депрессия и другие расстройства?
104. Какова связь между психоаналитическим признанием важности переживаний раннего детства и когнитивно-бихевиористским признанием важности средовых стрессоров?
105. Какой порочный круг формируется при депрессии?
106. Охарактеризуйте стадии межличностной психотерапии.
107. В каких форматах можно проводить трансактный анализ?

Семинар 3. Личностноцентрированная терапия и трансактный анализ

Вопросы для обсуждения:

1. Теория личности в личностноцентрированной терапии.
2. Теория психопатологии в личностноцентрированной терапии.

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

3. Терапевтические отношения в личностноцентрированной терапии.
4. Теория терапевтических процессов в личностноцентрированной терапии.
5. Терапевтическое содержание в личностноцентрированной терапии.
6. Основная альтернатива личностноцентрированной терапии.
7. Теория личности в трансактном анализе.
8. Теория психопатологии в трансактном анализе.
9. Терапевтические отношения в трансактном анализе.
10. Теория терапевтических процессов в трансактном анализе.
11. Терапевтическое содержание в трансактном анализе.
12. Основная альтернатива трансактному анализу.

Темы для рефератов:

1. Основные понятия гуманистической психотерапии.
2. Основные положения теории личности по К. Роджерсу.
3. Теория личностноцентрированной терапии.
4. Механизмы и техника личностноцентрированной терапии.
5. Психотерапия, центрированная на клиенте, и ее исследования.
6. Основные понятия трансактного анализа.
7. Общие принципы трансактного анализа.
8. Трансактная теория личности.
9. Основные техники трансактного анализа.
10. Трансактный анализ, психоанализ и экзистенциальный анализ.
11. Трансактный анализ после Э. Берна.

Литература к семинару 3:

1. Базисное руководство по психотерапии / Хайл-Эварс А., Хайгл Ф., Отт Ю., Рюгер У. СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа: Речь, 2001. С. 419 – 424; 429 – 434.
2. Берн Э. Групповая психотерапия. М.: Академический Проект, 2001. С. 225 – 336.
3. Бурлачук Л.Ф. и др. Основы психотерапии. Киев, М.: Алетейя, 1999. С. 163 – 191.
4. Гулина М.А. Терапевтическая и консультативная психология. СПб.: Речь, 2001. С. 232 – 241.
5. Психотерапия / Под ред. Карвасарского Б.Д. СПб.: Питер, 2000. С. 361 – 364.
6. Роджерс К. Взгляд на психотерапию: Становление человека. М.: Издательская группа «Прогресс»: Универс, 1994. С. 172 – 208; 299 – 329.
7. Роджерс К. Клиентоцентрированная терапия. М., Киев: Рефл-бук: Ваклер, 1997. С. 28 – 83.
8. Романин А.Н. Основы психотерапии. М.: Издательский центр «Академия», 2004. С. 108 – 124.
9. Соколова Е.Т. Общая психотерапия. М.: Тривола, 2001. С. 191 – 194.

Саратовский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского

МОДУЛЬ 4. Поведенческие терапии

Тема 7. Поведенческие терапии

7.1. Концептуальные постулаты поведенческой терапии

В поведенческих подходах невозможно выделить одну доминирующую над всем фигуру, как, например, Фрейд в психоанализе или Роджерс в личностноцентрированной терапии. Поведенческие терапии существенно отличаются друг от друга как с точки зрения теории, так и в техническом отношении. Поведенеческая терапия – это менее монолитная структра, чем идеографический подход, который предусматривает редукцию к немногим техникам. По традиции, теория научения рассматривалась в качестве идеологической основы поведенческой терапии, однако, никогда не существовало единодушного согласия в вопросе о том, какой именно из теорий научения необходимо придерживаться. Наиболее распространенными альтернативами являются теории научения Павлова, Халла, Скиннера, Моурера и других.

Несмотря на то, что все поведенческие подходы объединяет то, что они принципиально развились на основе теории научения, «поведенческая терапия» – это термин, который обозначает

- набор техник
- применение определенных концептуальных принципов
- применение определенного методологического стиля.

Быстрый рост количества поведенческих и когнитивно-поведенческих техник в 1970-1980 гг. делает невозможным ограничение их строгими рамками какой-либо одной группы. В результате, современное употребление термина «поведенческая терапия» обычно обозначает либо бихевиористские концепции, либо бихевиористскую методологию, либо нечеткую и размытую комбинацию концепций и методологии.

В концептуальном отношении, границы поведенческой терапии определялись неоднократно исходя из технических и теоретических отличий от других психотерапевтических систем. Например, основной характерной особенностью поведенческих терапий признавался примат поведения, важность научения, директивность и активность терапий, важность диагностики и оценки, что можно свести к следующим **постулатам:**

- Аномальное поведение по большей части приобретается и сохраняется в соответствии с теми же принципами, что и нормальное поведение
- Аномальное поведение в большей части может быть модифицировано, если применить принципы социального научения
- Оценка является постоянной и нацелена на те факторы, которыми обусловлено нынешнее поведение
- Людей лучше всего характеризует то, что они думают, чувствуют и делают в конкретных жизненных ситуациях
- Терапия основывается на теории и экспериментальных открытиях на-

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

учной психологии

- ❖ Терапия индивидуализирована к различным проблемам и к различным людлям
- ❖ Цели и методы терапии оговариваются совместно с клиентом и заключается контракт
- ❖ Эффективность конкретных терапевтических приёмов в отношении конкретных проблем оценивается в ходе научного исследования
- ❖ Результативность проведенной терапии оценивается с позиций
  - ➢ первоначальной логики изменения поведения,
  - ➢ обобщения этой логики применительно к условиям реальной жизни,
  - ➢ сохранения достигнутых изменений в течение последующегно времени.

Несмотря на то, что многие из перечисленных постулатов представляются вполне примемлемыми в свете сегодняшнего дня, они представляют собой радикальное отступление от медицинской модели психопатологии вообще и от психоанализа в частности. Например, дезадаптивное поведение само по себе представляется проблемой, которая требует решения, а не того, чтобы доискиваться до причин, лежащих в основе такого поведения. Проблемное поведение больше не представляется симптомом некоторого скрытого нарушения. Сам медицинский термин «симптом» вообще отвергается, поскольку *симптом – это и есть проблема*, это и есть настоящая цель терапии. При таком понимании исчезает риск замены старых симптомов новыми или возврата старых симптомов.

Перечисление концептуальных постулатов поведенческой терапии включает в себя и методологический фокус: терапия – это эмпирическое усилие, требующее проверки и валидизации посредством строгих экспериментальныхь процедур, применяемых при исследовании любых научных проблем. Ни один технический приём нельзя считать валидным только на основании того, что в его основе лежит наша любимая теория. Технические приёмы должны быть валидизированы с применением контрольной группы и надежных и валидных психодиагностических средств. Для того, чтобы определить – вызывает ли психотерапия какие-либо изменения в количестве и в интенсивности реакций, необходимо до того, как проводить терапию, определить базовый уровень терапевтических целей.

Бихевиористы единодушно согласны с тем, что психотерапия – это основанный на научных данных экспериментальный метод. Но они не единодушны в том, какими должны быть научные данные и экспериментальные методы. Должны ли эти данные представлять собой только очевидные и наблюдаемые реакции (например, самоотчёты)? Можно ли строить эксперименты в соответствии с процедурой малой выборки (n) и изучать лишь нескольких клиентов, либо в эксперименте обязательно должна быть контрольнач группа «плацебо» и ещё одна контрольная группа, в которой вообще не проводилось никакой терапии?

Дело в том, что современные поведенческие терапии включают широ-

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

кий спектр техник, широкий комплекс положений, которые разделяются широким кругом ученых, но редко становятся предметом дебатов, и общие методологические установки в отношении возможных методов тестирования поведенческих и иных терапий. Помимо того, что такое многообразие является источником путаницы в головах студентов, оно, в то же время, является стимулом к творчеству в области психотерапии. Попробуем внести некоторую ясность в эту комплексную систему, выделив в поведенческой терапии **три ключевых стержня**: это «3 К» –

- контробусловливание,
- контроль вероятностей (подкреплений) и
- когнитивно-поведенческие изменения.

❖ **Контробусловливание** или взаимное торможение лучше всего разработал Джозеф Вольпе. Вольпе объяснял поведенческие проблемы, связанные с тревожностью, исходя из принципа формирования условной реакции. Тех терапевтов, которые применяют техники контробусловливания, включая приверженцев систематической десенситизации и тренингов ассертивности (уверенности в себе), удобнее всего называть «поведенческими терапевтами».

❖ Второй стержень по традиции обозначают термином «модификации поведения», делая акцент на применении **оперантного обусловливания** к поведенческим расстройствам. Этот подход нацелен на изменение тех вероятностей (подкреплений), которые управляют поведением. Применяя модель Скинера, те, кто занимаются модификацией поведения, особенно требовательны в том, чтобы проводить валидизацию терапевтических интервенций с применением малой выборки n испытуемых. Просто теоретические обоснования эффективности без проведения экспериментов их мало интересуют. Поскольку термин «модифицирование поведения» имеет негативную коннотацию («Заводной апельсин»), данный подход к терапии чаше называют «анализ поведения».

❖ Третий стержень имеет неясную предысторию возникновения и движется в несовсем понятном направлении. Здесь представлены те бихевиористы, которые охотно используют когнитивные объяснения и **когнитивные техники** с целью изменения поведения клиента. Их обычно называют «когнитивными бихевиористами», обращая внимание на разнообразие процедур: остановка мышления, когнитивное реструктурирование, систематическое решение проблем. Границы между когнитивно-поведенческой терапией и собственно когнитивной терапией достаточно размыты, и во многих случаях понятны только ученым.

После того, как мы разделили весь комплекс систем поведенческих терапий на три части, важно отметить, что представители каждого из трех направлений заимствуют друг у друга терапевтические техники.

❖ По составу, Ассоциация Развития Поведенческой Терапии включает:

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

- 8% называют себя учёными,
- 60% – учёными-практиками,
- 32% – практиками.

❖ В теоретическом отношении:

- 27% характеризуют себя как поведенческих терапевтов,
- 69% – как когнитивно-поведенческих терапевтов,
- 2% – как когнитивных терапевтов.

Поведенческие терапевты зачастую не отремятся ни к теоретической согласованности того, что они делают, ни к теоретической чистоте. Они, зачастую, применяют те методы, которые наиболее эффективны для изменения проблем в поведении клиента.

Мы сделаем *отступления от принятого формата изложения материала*:

(1) Бихевиористы единодушно считали, что условия среды играют намного большую роль, чем внутренние черты личности. Правда, иногда некоторые поведенческие терапевты, особенно в Англии, начинали говорить на языке теории черт, но, как система, поведенческая терапия никогда не стремилась к разработке всеобъемлющей теории личности. Поэтому, в связи с поведенческой терапией, мы не будем вести речь о теории личностн.

(2) Поскольку в поведенческой терапии акцент делается на процессе изменений, а не на содержании того, что подвергается терапевтическому изменению, то мы не будем говорить о терапевтическом содержании в связи с поведенческой терапией.

7.2. Контробусловливание

Джозеф Вольпе занимался исследованиями неврозов у животных. Он работал с кошками. Сочетая сигнал звонка и электрошок, он вызывал классически обусловленную реакцию тревожюсти на звонок. Когда включался звонок, у кошек пронсходило торможение пищевого рефлекса – они переставали есть. Вольпе рассуждал так, что, если обусловленная тревожность тормозила приём пищи, то, при правильном обусловливании, возможно обратное – приём пищи будет тормозить тревожность. Поскольку кошки с обусловленной тревожностью не могли есть в тех клетках, где они жили, Вольпе стал кормить их в других клетках, не похожих на прежние, где кошки меньше боялись. Тем самым, Вольпе начал контробусловливание тревожности у животных, подменяя реакцию тревожности пищевой реакцией. Постепенно, он приводил клетки, в которых кормил кошек, в первоначальный вид – как те, в которых они жили. Тревожность у животных уменьшалась до такой степени, что они могли принимать пищу в своих первоначальных клетках. Аналогичным образом, Вольпе сумел, при помощи пищевой реакции, ингибировать тревожность, вызываемую звонком.

У Вольпе сложилось убеждение в том, что на основе подобных процедур контробусловливания, можно создать радикально новую психотерапию.

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

Он стал думать о том, какие человеческие реакции могли бы быть использованы для ингибирования и контробусловливания тревожности:

- применение глубокой релаксации для ингибирования тревожности стало основой для систематической десенситизации (десенсибилизации),
- применение ассертивных реакций (самоутверждения) для ингибирования социальной тревожности, стало основой для тренингов ассертивность,
- применение сексуального возбуждения для ингибрования тревожности стало основой для новых подходов в терапии сексуальных дисфункций.

Среди студентов и коллег Вольпе были Арнольд Лазарус и Стэнли Рахмэн. Они помогли распространить идеи Вольпе в Великобритании и в США.

Сам Вольпе оценивал успешность терапии контробусловливания в 90% на выборке из 200 клиентов.

7.2.1. Теория психопатологии

В основе подавляющего большинства расстройств поведения лежит тревожность. Тревожность – это, прежде всего, комплекс реакций симпатической нервной системы, когда человек сталкивается с угрожающим стимулом.

Физиологические изменения включают в себя:

- увеличение артериального давления и учащенне пульса;
- сокращение притока крови к желудку и к гениталиям;
- увеличение притока крови к двигательным мышцам;
- расширение зрачков и сухость во рту.

Эти изменения в теле составляют основу тревожности, их можно спровоцировать ***безусловными стимулами***, такими, как

- болевой шок,
- резкий звук или
- нанесение телесных побоев.

Тревожность также может быть результатом научения. По определению Вольпе, научение происходит тогда, когда *«реакция вызывается стимулом, непосредственно предшествующим ей во времени стимулом, и впоследствии оказывается, что стимул способен вызывать реакцию, хотя прежде он её никогда не вызывал. Если стимул прежде вызывал реакцию, но теперь стал вызывать более сильную реакцию, тогда тоже можно говорить, что произошло научение»*.

Следовательно, люди учатся проявлять тревожность как реакцию на любые стимулы, включая

- будильники,
- собак,
- других людей,
- секс,
- лифты,
- грязь,

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

даже на те стимулы, которые раньше никогда не вызывали реакцию тревожности.

Через процесс классического обусловливания или формирование условной реакции, такой нейтральный стимул, как собака, может стать сопряжен с угрожающим стимулом, таким, как укус собаки. Страх быть укушенным возникает, когда мы видим собаку, и, при виде собаки, в нас возникает обусловленная тревога. Даже мысли, ассоциированные с пугающим стимулом, вызывают в нас реакцию тревоги.

В процессе первичной генерализации стимула, тревогу могут вызывать те стимулы, которые аналогичны первичным условным стимулам, например, другие собаки. Чем меньше данный стимул похож на первичный условный стимул, тем меньше тревоги вызывает непохожий стимул. Щенок вызывает минимальную тревогу, потому что он мало похож на ту большую собаку, которая укусила клиента. Стимулы можно проранжировать по принципу сходства, и тогда мы получим **градиент генерализации** или **иерархию тревожности**, в которой первичный стимул вызывает максимум тревожности, а самый непохожий на первичный стимул, но имеющий к нему отношение, вызывает минимум тревожности. Через процесс **вторичной или опосредованной генерализации** можно составить иерархию людей, на основе сходств во внутренних проявлениях.

Например, физически несходные ситуации,

- когда к нам не пришли на встречу,
- когда нас заставили ждать,
- когда мы опоздали на автобус

образуют иерархию или градиент генерализации на основании внутренней реакции на чувство отвержения.

Результатом любого стимула или опосредованной генерализации является то, что большинство клиентов говорят нам о том, что их уровень тревожности значительно изменяется в зависимости от той стимулирующей ситуации, в которой они находятся. Если у человека выработался условный рефлекс бояться начальников, то он будет жаловаться на то, что не может работать в присутствии начальника, а дома тревожность становится меньше, за исключением тех случаев, когда жена или ребенок ведут себя как начальники.

Люди, которые жалуются на постоянную, навязчивую, вторгающуюся тревожность, не делают различий между пугающими стимулами. Но тревожность всегда является следствием конкретного стимула, и проблема таких клиентов заключается в том, что они научились бояться тех стимулов, которые вездесущи.

В психопатологии тревожность – это проблема первичного научения. Однако, после того, как тревожность утвердилась в качестве привычной реакции на конкретный стимул, она затрудняет другие аспекты поведения и приводит к **вторичным симптомам**: может

- нарушаться сон;

Саратовский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского

- возможны острые головные и желудочные боли;
- возрастает раздражительность;
- ухудшаются
  - концентрация,
  - мышление и
  - память,
- возможны тремор и потливость.

С течением времени, хронические физиологические реакции тревожности затрудняют соматические функции. Результатом становятся психофизиологические симптомы, такие как язвы и колиты. Эти вторичные симптомы сами по себе способны вызывать тревожность, поскольку они болезненны. Они ассоциируются с обусловленным страхом физических и психических заболеваний, либо потому что проявления этих вторичных симптомов социально неприемлемы и заставляют человека испытывать психологический дискомфорт в обществе. Если эти вторичные симптомы создают дополнительную тревожность, тогда происходит новое научение, создается «порочный круг», который формирует более комплексные симптомы.

Обусловленная тревожность способна вызывать реакции, которые человек усваивает для того, чтобы

- ✓ избегать или
- ✓ прекратить испытывать тревожность.

- Физическое **избегание** – фобии – может усваиваться из-за того, что избегание позволяет автоматически прекратить переживание индивидом тревожности. Клиенты избегают
  - докторов,
  - самолётов,
  - лифтов,
  - ходить в гости.
- Другие клиенты привыкают к тому, что переживание тревожности можно **прекратить**, употребляя
  - алкоголь,
  - барбитураты,
  - наркотики и
  - другие препараты.

Со временем, человек уже жалуется не на тревожность, а на фобию или на алкоголизм (наркоманию), которые развиваются как средство преодоления тревожности. Разумеется, наркомания сама по себе рождает переживание тревожности, а поэтому наркозависимость будет возрастать для того, чтобы человек мог избавиться от переживания этой новой тревожности, и порочный круг будет разрастаться.

Симптомы различных клиентов могут быть самыми различными, от

- межличностных проблем и
- психофизиологических расстройств, до
- фобий,
- наркомании и

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

- ❖ алкоголизма.

Один и тот же клиент может обращаться с различными жалобами, и эти жалобы не обязательно имеют между собой какую-либо динамическую структурированную связь. Например, у клиента может бытъ клаустрофобия, которая проявляется как отказ ездить в лифте, и бессонница, и они связаны друг с другом не более, чем тремор с низкой температурой воздуха. Успешная терапия фобии может не оказать никакого воздействия на бессонницу. Конкретные симптомы являются результатами конкретных расстройств, вызванных конкретными стимулами. Поэтому, успешное устранение конкретной тревоги и конкретного вторичного симптома не будет приводить к формированию нового симптома. «Замещение симптома» или возвращение симптома – это теоретический миф, придуманный теми, кто считают, что всё поведение взаимосвязано обшей динамической структурой. Общим для большинства поведенческих проблем является наличие обусловленной тревожности, конкретно соотнесённой как с вызывающим её стимулом, так и с теми последствиями, к которым эта тревожность приводит. Следовательно, успешная терапия заключается в успешном последовательном устранении конкретных тревожных реакций.

7.2.2. Теория терапевтического процесса

Поскольку усвоение тревоги осуществляется через обусловливание, для отучения от тревоги необходимо контробусловливание. В исследовании страдающих «неврозами» кошек, Вольпе сформулировал две важнейшие задачи эффективного контробусловливания.

- ❖ Первая задача – отыскание той реакции, которая несовместима с тревожностью и которая может быть дополнением к стимулам, вызывающим тревожность. Принцип «взаимного торможения» заключается в том, что «*если реакция, которая затормаживает тревожность, может совершаться в присутствии стимулов, вызывающих тревожность, то она будет ослаблять связь между этими стимулами и тревожностью*» (Вольпе). Когда стимулы, вызывающие тревожность, сочетаются со стимулами, тормозящими тревожность, тогда дезадаптивная реакция тревожности заменяется более адаптивной реакцией. Упрощенно можно сформулировать так: **делайте то, что противоположно проблеме, и проблема исчезнет**. Существует множество реакций, способных тормозить тревожность, но поведенческие терапевты чаше всего применяют релаксацию, ассертивность (самоутверждение, развитие самоуважения) – т. е. те, которые ассоциированы с преобладанием парасимпатической нервной системы.
- ❖ Вторая важная задача контробусловливания связана с тем фактом, что сильная тревожная реакция симпатической нервной системы способна противодействовать и релаксации, и ассертивности. Поэтому важно, чтобы контробусловливание начиналось с тех стимулов, которые имеют низкий градиент генерализации, т. е. занимают нижние уровни в иерархии тревожных и угрожающих стимулов. Например, щенок, по

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

сравнению с большой немецкой овчаркой, имеет низкий градиент генерализации и вызывает тревогу, характеризующуюся слабой интенсивностью. Упрощенно можно сказать: **начинайте с малых шажков в направлении крупной цели**. Если вы применяете стимулы с низким градиентом генерализации, то тогда глубокая релаксация, сильная ассертивность и иные реакции коитробусловливания позволят явно затормозить реакцию тревожности. Повторяя такие пары стимулов с низким градиентом генерализации, можно добиваться того, что тревожность утратит обусловленный характер. По мере ослабления уровня тревожности, можно переходить к стимулам с более высоким градиентом генерализации, до тех пор, пока реакции тревожности на все стимулы в иерархии перестанут быть обусловленными.

7.2.2.1. Систематическая десенситизация

Рассмотрим приложение принципов контробусловливания на примере техники систематической десенситизации. В данном случае, реакцией, несовместимой с тревожностью, является прогрессивная, глубокая мышечная релаксация, т. е. реакция парасимпатической нервной системы. Эта техника возникла в 1938 году. Сначала терапевт учит клиент тому, как расслаблять мышцы всего тела. Тренинг мышечной релаксации заключается в том, чтобы научить клиента отличать то, когда мышцы напряжены, от того, когда мышцы расслаблены. Начать можно с того, чтобы попросить клиента ухватиться за стул и сконцентрироваться на напряжении мышц предплечья. Попросите клиента расслабить руки и ощутить контраст между напряжением и релаксацией. Это упражнение выполняется несколько раз до тех пор, пока клиент не почувствует, что в руках расслабилось каждое отдельно взятое мышечное волокно. Клиенты должны научиться тому, что релаксация – это тот вид деятельности, которым человек может управлять самостоятельно, интенсивно напрягая каждую группу мышц, а затем расслабляя её. Можно применить такое упражнение: напрячь руку и представить, что она налита свинцом, а затем быстро уронить руку на колени. Можно проводить медленную релаксацию, чтобы клиент почувствовал, как напряжение постепенно и полностью покидает мышечные волокна. Обычно мышцы напрягаются на 10-20 секунд, а затем на 10-20 секунд расслабляют. Напрягают и расслабляют каждую важную группу мышц, начиная с кистей рук и предплечий, а затем переходя к бицепсам и трицепсам. Далее следуют мышцы головы, начиная со лба, затем мышцы глаз, носа, рта и языка напрягаются и расслабляются. Переходя от одной группы мышц к другой, клиент чувствует, как он всё более расслабляется. Вольпе проводил тренинг прогрессивной релаксации в течение нескольких сессий, современные исследования показывают, что достаточно 1-2 сессий для того, чтобы научить клиента прогрессивной релаксации. Аудиокассеты с записанными инструкциями психотерапевта могут применяться клиентом на дому в перерывах между сессиями.

Следующим шагом при десенситизации является создание иерархии, в которой стимулы будут упорядочены от наиболее вызывающего тревожность

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

до наименее тревожного стимула. Чаще всего, в иерархии применяется какое-либо измерение – пространство либо время, например, стимулирующие ситуации, все ближе приближающиеся во времени к той ситуации, которая вызывает тревогу. Например, собеседование при приёме на работу, либо приближение к тревожащему предмету в пространстве – к лифту – всё ближе и ближе. Обычно иерархия включает 10-20 стимульных сцен, отделенных друг от друга равными отрезками на 10-балльной или на 100-балльной шкале. С одного края шкалы находится то, что практнчески не вызывает тревожности, с противоположного края шкалы – то, что вызывает интенсивную тревожность. **Стимульные сцены** – это реалистичные, конкретные снтуацни, связанные с проблемой клиента. Часто для клиента необходимо составить не одну, а несколько иерархий. Важно помнить, что чем больше у клиента конкретных тревог, тем менее вероятно, что десенситизация будет эффективной.

После того, как разработаны иерархии, клиента просят придумать одну-две релаксирующих сцены, например, когда он лежит в солнечный день на пляже. Эти сцены будут применяться для облегчения релаксации при предъявлении иерархических стимулов. Теперь клиент готов к тому, чтобы начинать собственно десенситизацию.

- После того, как клиент глубоко расслабился, клиенту говорят, что сейчас он должен будет представить себе одну сцену, представить её себе настолько реально, насколько это возможно, и представить себе только эту сцену и больше ничего.
- Если клиент испытает при этом хотя бы слабую тревожность, он должен немедленно просигнализировать, подняв правый указательный палец.
- Если клиент не испытывает никакой тревожности, он должен представлять себе требуемую сцену в течение 10 секунд.
- Если клиент сигнализирует о том, что испытывает тревожность, он должен перейти к представлению релаксирующей сцены. Когда клиент подаст знак о том, что снова расслабился, он должен вернуться к первой сцене.
- Если переживания тревожности не возникает, то представление иерархической сцены повторяется, по крайней мере, ещё один раз, прежде, чем перейти к следуюшей сцене из иерархии.
- Если сцена продолжает вызывать тревожность, то необходимо поинтересоваться у клиента: не добавляет ли он в представляемую сцену чего-либо от себя.
- Если клиент не добавляет стимулов от себя, тогда нужно расширить иерархию, введя в неё новые сцены.

Обычно сессия завершается тогда, когда клиент успешно завершил представление требуемой сцены.

Десенситизирующая сессия обычно длится от 15 до 30 минут, потому что большинство клиентов не могут выносить концентрацию и релаксацию дольше 30 минут. Если у клиента не одна, а несколько иерархий, то в процесс

Саратовский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского

сессии включаются сцены из разных иерархий, а не последовательные сцены из одной и той же иерархии.

Когда систематическая десенситизация завершена, клиенту предлагается протестировать эффективность терапии. Тестирование производится постепенно. Клиент должен сопрнкоснуться с реальными стимулами, пугающими его в реальной жизни. Начинать нужно с менее интенсивнъх стимулов, постепенно переходя к более интенсивным стимулам.

Систематическая десенситизация широко применяется в клинической практике и имеет различные варианты проведения: в больших группах, с применением компьютера, сокращенная по времени и др.

Аналогичные процедуры применяются в имплозивной и экспозиционной терапиях, поэтому часто эти две снстемы относят к поведенческим терапиям. Однако, при имплозивной терапии, клиент сразу и в полной мере подвергается воздействию тревожащих стимулов, а систематическая десенситнзация проводится более постепенно.

7.2.2.2. Тренинг ассертивности

- **Десенситизация** – терапия, лучше всего подходящая для фобий по отношению к любым объектам, не являющимся людьми, для тревожности, вызываемой простым присутствием людей.
- Напротив, **тренинг ассертивности** – терапия, лучше всего соответствующая тревожности, связанной с межличностными взаимодействиями.

Кандидатами на участие в тренинге ассертивности (уверенности в себе) являются

- люди, которые боятся пожаловаться на плохое обслуживание в ресторане, чтобы не огорчить официанта,
- люди, которые не в состоянии покинуть надоевшую социальную ситуацию из-за боязни выглядеть неблагодарными,
- люди, неспособные выразить своё мнение, расходящееся с мнением других, из-за боязни того, что другим людям это не понравится,
- люди, неспособные высказать начальнику своё возмущение тем, что их заставляют подолгу ждать приёма, из-за боязни того, что начальник рассердится,
- люди, не участвующие в соревнованиях и конкурсах из-за страха проиграть.

- *Кроткие люди* часто обнаруживают, что тревожность препятствует тому, чтобы они отстаивали свои права. Однако, тренинг ассертивности предназначен не только для кротких и застенчивых.
- *Люди, реакцией которых часто бывает неадекватный гнев*, могут получить помощь в процессе тренинга ассертивности, где их научат более эффективно управлять социальной ситуацией вместо того, что-

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

бы постоянно испытывать фрустрацию и гнев по поводу того, что им не удается повлиять на других людей.

- ❖ Кроме них, люди, воздерживающиеся от проявлений восхищения, похвалы другим и иных позитивных чувств из-за того, что *страдают от смущения*, могут научиться более позитивному поведению, если станут более ассертивными.

Вольпе определял ассертивное поведение: ***адекватное выражение любых эмоций, за исключением тревожности, по отношению к другому человеку***. Следовательно, наиболее подходящими кандидатами для тренингов ассертивности являются либо те люди, которые пассивны, либо агрессивны в межличностных отношениях.

Ассертивность и тревожность в значительной степени несовместимы друг с другом. Активное выражение восхищения, раздражения и адекватного гнева способны тормозить тревожность по поводу неприятия нас другими, по поводу застенчивости и возможных неудач. Научившись самоутверждаться в стимулирующих ситуациях, которые ранее вызывали тревогу, клиенты приходят к тому, что их тревожность перестает быть обусловленной и подменяется ассертивной реакцией. По мере того, как поведение клиента становится все более ассертивным, ассертивность подкрепляется не только снижением уровня тревожности, но и развитием способности к достижению успеха в социальных ситуациях. Если человек раньше в своем поведении был заторможен переживанием тревожности, то, благодаря контробусловливанию, за счет ассертивных реакций, человек постепенно становится более социально эффективным.

В тренингах ассертивности применяются различные техники, но почти всегда включается обучение клиента прямой и эффективной вербальной реакции в конкретных социальных ситуациях.

- ➢ Например, если человек испытывает раздражение, но не в состоянии ничего сказать в случаях, когда кто-то прошёл перед ним без очереди, то на тренинге его научат таким *вербальным реакциям*: «Это очередь. Вернитесь и займите место в очереди», «Все здесь стоящие были бы Вам очень признательны, если бы Вы соблюдали правила стояния в очереди».
- ➢ Клиентов также обучают *невербальным реакциям*, которые способны тормозить тревожность:
  - ✓ Можно адекватно выразить эмоцию в разговоре с супругой следующим образом: улыбнитесь и скажите «Ты прекрасно сегодня выглядишь!»
  - ✓ Если вы выговариваете кому-то, скажем, за опоздание, то можно сделать это более эффективно, если смотреть при этом прямо в глаза тому, с кем вы общаетесь.

Адекватная улыбка, контакт глазами, громкость голоса – это те невербальные реакции, которые способны тормозить тревожность в социальных взаимодействиях.

Саратовский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского

Клиенты стимулируются к тому, чтобы репетировать новые ассертивные реакции как в открытой, так и в скрытой форме.

- **В скрытой форме** клиент разграничивает
  - ✓ пассивное,
  - ✓ агрессивное и
  - ✓ ассертивное поведение и

  затем представляет себе, как он будет вести себя ассертивно в тех ситуациях, в которых он ранее был либо пассивен, либо агрессивен.
- **В открытой форме** клиент репетирует ассертивное поведение через ролевую игру, в которой принимают участие психотерапевт и другие члены терапевтической группы. Например, терапевт может играть роль официанта, а клиент будет вербально и невербально требовать, чтобы бифштекс унесли, потому что он плохо приготовлен. Психотерапевт может противостоять ассертивному поведению клиента, например, следующим образом: «А я знаю, что это плохой бифштекс, но если я унесу его обратино, то шеф рассердится». Клиент придумывает ответные реакции по ходу ролевой игры: «Это вы решайте с вашим шефом. А мне принесите то, что я заказал».

Репетиции ассертивного поведения создают условия для того, чтобы тревожность перестала быть обусловленной, чтобы клиент становился более подготовлен к тем ситуациям, которые прежде вызывали у него торможение.

По мере того, как тревожность уменьшается, в процессе ролевого проигрывания ассертивных взаимодействий, клиент становится более уверенным в своих способностях принимать реальные жизненные ситуации так, как они есть. Психотерапевт начинает давать домашние задания, с учетом градиента генерализации, то есть тех ситуаций, которые наименее пугают клиента и имеют наибольшую вероятность того, что клиент добьется успеха в этих ситуациях. По мере того, как тревожность в подобных ситуациях становится все менее и менее обусловленной, и заменяется ассертивным поведением, человек будет испытывать все меньшую тревогу, готовясь к ассертивному поведению в более стрессогенных ситуациях. Если начинать работу с клиентом со слишком пугаюших ситуаций, то вполне можно потерпеть неудачу, потому что попытки клиента быть ассертивным будут скорее наказываться, чем получать позитивное подкрепление. Правильная степень трудности определяется формулой: «Рискуйте, но не переусердствуйте».

Особую заботу необходимо проявить к тем клиентам, которые желают быть ассертивными в тех ситуациях, когда ассертивность может быть наказана. В прошлом, поведенческие терапевты никогда не стимулировали ассертивное поведение, если существовала вероятность того, что за такое поведение клиент может быть наказан. Однако, следование этому правилу закрепляет для многих людей то положение, в котором они находятся, напрмиер, для женпшн ассертивное поведение никогда не считалось нормой и рассматривалось как агрессивное. Тем не менее, большинство клиентов и терапевтов

Саратовский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского

стремятся свести к минимуму риск того, что ассертивность клиента вызовет наказание, особенно в форме агрессии и насилия по отношению к клиенту.

Применение «**минимально эффективной реакции**» снижает вероятность того, что ассертивность натолкнется на возможные негативные реакции, такие как агрессия. Минимально эффективная реакция заключается в том, что необходимо проявлять лишь тот минимум негативной эмоции, который необходим для достижения желаемой цели. Если цель клиента в том, чтобы начальник не заставлял его дожидаться в приемной, то клиент может постучать в дверь и с минимумом раздражения в голосе сообщить начальнику, что уже 2:00, и у него назначено на это время. Минимально эффективная реакция имеет меньше вероятности вызвать гнев в другом человеке, поэтому менее вероятно приводит к наказанию. Если минимально эффективная реакция не приводит к достижению поставленной цели, то клиент должен приготовиться к эскалации собственной ассертивности, к тому, что придется проявить больше эмоций и больше решительности, чтобы добиться уважения своих прав.

Нескотря на то, что теория Вольпе является ведущей в разработке тренингов ассертивности, современные тренеры применяют не только контробусловливание. Многим клиентам требуется сначала переоценить собственные установки в отношении того, что, по их мнению, значит быть эффективно ассертивной личностью. Одним требуются методы, при помощи которых они смогли бы осознать, что у них есть право на самоутверждение, им необходимо пересмотреть ценность своей цели быть всегда милым и вежливым. Например, психотерапевт может представить клиенту «Билль о правах», которым опровергается убеждённость клиента в том, что невозможно одновременно быть порядочным человеком и ассертивной личностью. Терапевт может предложить ролевое проигрывание агрессивных моделей поведения, в которых ставится задача причинить страдание чувствам других людей и, по контрасту с этим, показать клиенту, что ассертивное поведение направлено на то, чтобы не допустить нарушения прав клиента другими людьми.

Тренинг ассертивности также предусматривает оперантное обусловливание в форме подкрепления терапевтом попыток клиента добиваться эффективного ассертивного поведения. Применение процедуры «**шейпинг**» позволяет подкреплять последовательное приближение клиента к конечной цели ассертивного иоведения. Например, на начальных этапах, подкрепляется настойчивость в контакте глазами и разговор на повышенных тонах. Обычно тренинги ассертивности прововодятся в группах, поэтому участники rрупп могут создавать друг для друга дополнительное подкрепление. Сам процесс сообшения эффективного подкрепления позволяет клиенту практиковаться в более эффективном выражении позитивных эмоций в отношении других людей.

Тренинг ассертивности также требует значительной обратной связи, по мере того, как клиент всё более осознает, какие именно вербальные и невербальные реакции препятствуют ассертивному поведению. Непосредственную

Саратовский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского

обратную связь можно осуществлять при помощи демонстрации видеозаписей, на которых видно, как клиент не способен установить контакт глазами, как он предпочитает действовать в обход, вместо тово, чтобы вести себя ассертивно.

Другой важный прием, применяемый в тренингах ассертивности – **моделирование**. Терапевт предлагает модель ассертивного поведения либо через ролевую игру, либо через непосредственное взаимодействие с клиентами. Минимальным требованием для проведения тренингов ассертивности является то, что тренер должен быть сам ассертивен.

Из первоначальных тренингов ассертивности развилось множество форм применения контробусловливания к проблемам в межличностном поведении.

- **Тренинг социальных навыков** включает те формы поведепия, которым обучали первые тренинги ассертивности. Они широко применяются в работе с людьми, страдающими психозами или дефицитарным развитием.
- **Тренинг навыков отказа** – программа терапии для алкоголиков, наркоманов и лиц, склонных к перееданию (bulimia nervosa). Клиент обучается тому, как вежливо, но настойчиво отказываться от предлагаемого угощения.
- **Тренинг навыков коммуникации** включает обучение, моделирование, практическую отработку, ролевые игры и домашние задания в области основных навыков коммуникации, таких как активное слушание и конструктивное обсуждение.

Несмотря на то, что все эти процедуры предусматривают когнитивные механизмы изменени, все они получают импульс из контробусловливания:

- надекватное социальное поведение взаимно тормозится адекватным социальным поведением;
- употребление вещества, вызывающего зависимость, несовместимо с квалифицированным отказом;
- деструктивные доводы контробусловливаются конструктивной коммуникацией.

7.2.2.3. Сексуальное возбуждение

Многие современные форыы секс-терапии явно либо неявно предусматривают контробуслование в качестве неотъемлемой части терапии сексуальных дисфункций. Вольпе одним из первых пришел к мысли о том, что сексуальные дисфункции (импотенция/фригидность) можно подвергать успешной терапии при помощи техник контробусловливания.

Сексуальное возбуждение – это, прежде всего, парасимпатическая реакция, которая может тормозиться тревожностью, а тревожность – это реакция симпатической нервной системы. Поскольку в нашем обществе традиционно превалировало негативное отношение к сексу, то не удивительно, что многие люди проявляют в соответствуюших ситуациях реакцию тревожности. Если они переживают достаточно интенсивную обусловленную тревож-

Саратовский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского

ность, то эта тревожность будет тормозить сексуальное возбуждениое. Следовательно, сексуальное возбуждение можно применять для торможения реакции тревожности, при помощи процесса контробусловли:вания реакцю тревожности можно заменить на сексуальную реакцию.

Подход Вольпе к секс-терапии во многом аналогичен его подходу к десенситизации через реальное предъявление стимула. Сначала клиента просят определить – в какой момент сексуального контакта клиент начинает переживать тревожность. Клиент должен ограничиться только там моментом, когда он начинает чувствовать в сеое тревогу. Важное значение имеет сотрудничество партнера/партнерши клиента. В большинстве случаев, тревожность возникает перед самым началом коитуса. Если в этот момент прекратить и просто лежать и разговаривать, то тревога будет уменьшаться, а возбуждение будет нарастать. Тревога будет подвергаться торможению и контробусслоливанию со стороны сексуального возбуждения. Постепенно пара может переходить к ласкам неэрогенных частей тела, далее – гениталий, а затем совершить коитус, не испытывая тревоги.

Вольпе сообщает, что его подход к секс-терапии лучше всего срабатывает при мужских половых дисфункциях. К женщинам применяется систематическая десенситизация, при которой контробусловливание проводится не с реальными стимулами, а с вображаемыми, а затем переходят к реальным стимулам.

Сейчас контробусловливание не считается единственным эффективным способом секс-терапии. Для уменьшения тревожности применяется такой приём, как «**концентрация на ощущениях**», т. е. не на самом акте, а именно на ощущениях. Партнеры по очереди ласкают друг друга, начиная с неэрогенных зон, а затем всё тело. Тот, кого ласкают, вербально и невербально сообщает о своих ощущениях. Когда неэрогенная стимуляция перестает вызывать тревогу, можно переходнть к более глубокой стимуляции и к коитусу.

В секс-терапии применяются и иные процессы изменений.

- Развитие сознания достигается
  - через *образование* – сообщение важной информации,
  - через *обратную связь* между партнерами, через переоценку партнерами своих целей в сексе. Налаживание обратной связи между партнерами предусматривает развитие навыков коммуникации.

7.3. Контроль за вероятностями

7.3.1. Теория психопатологи

Человеческое поведение – и адаптивное, и дезадаптивное – в большой мере управляется его последствиями. Личность называют патологической, как будто патологические – это особая разновидность людей. В действительности, и патологическое, и непатологическое поведение может быть объяснено действием одних и тех же оперантных принципов. Следовательно, деза-

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

даптивные реакции, такие как приступы головной боли, имеют вероятность становиться более частыми, если за ними следует подкрепление, например, когда нам уделяют особое внимание лишь тогда, когда у нас возникают приступы головной боли. Напротив, дезадаптивные реакции имеют вероятность становиться менее частыми, если за ними будут следовать наказания, например, лишение особого удовольствия или необходимость выполнить уборку в доме. Дезадаптивное поведение также имеет вероятность делаться менее частым тогда, когда оно систематически не получает позитивного вознаграждения. В этом случае оно будет мало-помалу угасать.

Подкрепление и наказание – это те вероятности, которые обусловливают конкретные реакции. Они определяют не только возникновение паттернов дезадаптивного поведения, но и отвечают за формирование новых реакций.

Владельцы уличных лотерей, в которых вам предлагают крутить колесо и набирать очки, имеют ясное представление о том, что такое «шейпинг» поведения. Если бы они прямо говорили прохожим: «Выкладывайте ваши денежки», то люди бы шли мимо. Но они начинают с подсказки: «Выиграйте большую плюшевую игрушку». Вам нужно поставить 50 копеек и набрать 800 очков в общей сумме, вращая барабан. Если одна из попыток оказалась нерезультативной и не принесла вам очков, то вы снова должны делать ставку. Вам напоминают, что новую ставку нужно делать обязательно, потому что проиграть невозможно. По мере того, как вы делаете всё новые и новые ставки, вам уже не делают никаких подсказок и напоминаний. Человек начинает ставить деньги быстрее, чем крутится барабан. Перед владельцами подобных лотерей сам Скиннер бледнеет от собственной незначительности. А перед игроками в подобные лотереи бледнеют голуби, с которыми экспериментировал Скиннер.

Дезадаптивное поведение происходит не в вакууме. Определенное окружение или стимульные ситуации являются условием дезадаптивного поведения.

- ❖ Муж бьёт свою жену дома каждый уик-энд, но вежливо обращается с ней на людях.
- ❖ Женщина крадёт только в дорогих магазинах одежды, но никогда не крадёт на дешёвых распродажах.

Зависимость дезадаптивного поведения от средовых стимулов вытекает, в частностн, из того факта, что отдельные стимулы выступают в качестве сигналов того, что данная реакция получит подкрепление в данной конкретной ситуации. Такие стимулы называются **характерными (дифференциальными)**. Другие стимулы сигнализируют о том, что данная реакция не получит подкрепления в данных условиях. Следовательно, человек усваивает то, что агрессивное поведение или кража могут получать подкрепление в одной ситуации и не получать подкрепления в другой ситуации, а вместо подкрепления может последовать наказание. Следовательно, поведенческий или функциональный анализ заключается в конкретизации тех стимульных ситуаций, в которых

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

- ❖ осуществляется дезадаптивное поведение (antecedents – анамнез),
- ❖ операционализируется само поведение (behaviour – поведение) и
- ❖ уточняется вероятность последующего подкрепления (concequences – последствия).

Такая последовательность **A → B → C** называется «поведенческой цепочкой». На её основе могут пониматься и модифицироватьсяч вероятности.

Поведенческий анализ указывает на три часто встречающиеся категории проблем:

- ❖ избыточность поведения
- ❖ дефицитарность поведения
- ❖ неадекватность поведения

Проблемы **первого типа** связаны с избыточным реагированием, например, когда человек моет руки тридцать раз в день. Мытьё рук само по себе не является дезадаптивным, но избыточное мытьё рук может стать дезадаптивным.

Проблемы **второго типа** связаны с дефицитом реагирования, например, минимальное взаимодействие с другими людьми. Основной проблемой дефицитарности часто оказывается отсутствие научения. Например, социальное окружение не может научить адекватным навыкам, необходимым для эффективного социального взаимодействия. Когда бихевиоризм только начинался, бихевиористы занимались, в основном, редуцированием дезадаптивного поведения, а не развитием адаптивного поведения. В настоящее время между двумя этими задачами наметилось устойчивое равновесие.

Проблемы **третьего типа** связаны с теми реакциями, которые неадекватны применительно к данной ситуации или к данному времени. Адекватно ведущие себя люди не рассчитывают, что данное конкретное поведение в данной конкретной ситуации не будет сопровождаться подкреплением, а, возможно, повлечёт за собой наказание. Однако, когда человек ведёт себя неадекватно, он, по-видимому, получает в той же самой ситуации какой-то сигнал о том, что сушествует вероятность подкрепления того, как он себя ведет. Либо человек не сумел точно дифференцировать стимульную ситуацию. Значит, либо это человек в состоянии опьянения, либо умственно отсталый, и он усматривает в ситуации какое-то сильное вероятное подкрепление, невидимое постороннему наблюдателю.

В качестве наблюдателя, мы часто забываем о том, что подкрепление носит сугубо индивидуальный характер и определяется историей подкреплений, которые человек получал на протяжении своей жизни. Для одного из нас подкрепление, например, шоколад, может быть нейтральным либо аверсивным (внушающим антипатию), если у нас аллергия на шоколад. Последствие поведения можно считать подкреплением только если оно действительно увеличивает вероятность повторения данной реакции, а не просто доставляет удовольствие. Неадекватиое поведение обычно вызывает удивление и кажется нам неожиданным до тех пор, пока мы не провели анализ индивидуального поведения и не выяснили – что же в действительности явля-

Саратовский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского

етвя подкреплением? Почти всегда удивлявшее нас поведение, например, мазохистское влечение к боли, проясняется в результате истории социального научения индивида.

7.3.2. Теория терапевтического процесса

Ситуационные вероятности во всех случаях

- формируют,
- поддерживают и
- приводят к угасанию

поведение человека.

Модифицирование поведения направлено на то, чтобы систематическим образом управлять вероятностями, для того, чтобы формировать и поддерживать адаптивное поведение и вызывать угашение дезадаптивного поведения. В теории, терапевтический процесс прямолинеен: измените вероятности, и поведение изменится. На практике, эффективное управление вероятностями включает шесть следуюших этапов:

- Сформулируйте **общую проблему** с точки зрения бихевиоризма, включая дезадаптивные реакции и ту ситуацию, в которой они возникают. Этот этап называется *операционализацией целевого поведения*.
- Определите **поведенческие цели**, включая конкретизацию целевого поведения (которое должно быть достигнуто в процессе модификации), а также требуется ли сделать поведение меенее или более интенсивно проявляющимся либо подкрепляемым тогда, когда оно осуществляется в опре-деленных условиях, т. е. когда оно адекватно, а также каков будет допустимый уровень осуществления каждого целевого поведения.
- Разработайте **критерии** для измерения интенсивности и адезкватности поведения и выберите точку отсчёта, чтобы судить об эффективности проводимой терапии. Часто применяют несколько точек отсчёта, потому что устанавливают критерии не только для того поведения, которое необходимо модифицировать. Это делается для того, чтобы выявить согласованность производимых терапевтических изменений.
- **Наблюдайте** в естественных условиях: как ведет себя клиент в естественных для него обстоятельствах. Это позволяет установить, какие вероятности подкрепления для него существуют, следовательно, какие подкрепления будут для данного клиента самыми эффективными.
- **Модифицируйте** существующие вероятности подкреплений, а для этого уточните – при каких условиях подкрепления вероятны более, а при каких условиях – вероятны менее, какими должны быть подкрепления и от кого они должны исходить.
- Ведите **мониторинг**, вычерчивая график интенсивности реакций и сравнивайте результаты с тем критерием, который вы приняли

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

за точку отсчёта. Это позволит вам определить эффективность проводимой интервенции. Вносите в терапию изменения при необходимости, и прекратите её тогда, когда поставленные цели будут достигнуты.

Таким образом, процедуры управления вероятностями можно обобщить в виде следующих категорий:

- ❖ стационарный контроль
- ❖ самоконтроль
- ❖ обоюдный контроль или контракт
- ❖ контроль со стороны терапевта
- ❖ аверсивный контроль.

7.3.2.1. Стационарный контроль

В рамках данного типа управления вероятностями наиболее эффективными в деле изменения соответствующих вероятностей являются административные работники стационарных учреждений. В прошлом, клиники для хронических психиатрических пациентов, спецшколы для малолетних преступников, спецшколы для людей с задержкой в психическом развитии, спецклассы для отстающих учащихся и т. п. учреждения часто были ограничены в том, какое количество подкреплений они могли предложить. Когда же подкрепления предоставлялись, они предоставлялись несистематически. Так, приём пищи, просмотр телевидения, свободное время и прогулки не зависели от поведения обитателей этих учреждений. Некоторые подкрепления, такие как особое внимание со стороны персонала, часто предоставлялись в случаях дезадаптивных реакций, таких как оскорбительноеи агрессивное поведение по отношению к самому себе и другим. Следовательно, обитатели этих учреждений почти не получали стимулов к тому, чтобы поддерживать порядок, следить за собой, соблюдать личную гигиену, поскольку подкрепления никак не были связаны с действительным поведением.

По мере того, как в обиход входили оперантные принципы, администраторы закрытых учреждений стали следить за тем, чтобы применение подкреплений становилось последовательным. Такой метод назвали «жетонная система». Жетоны играют роль символических подкреплений, их можно обменивать на несимволические подкрепления, например, прогулки, конфеты, сигареты и т. д. Система обмена определяет то, какие жетоны и в каком количестве на что именно можно обменять. Система жетонов точно определяет, за какое поведение можно получить жетоны. Например, если щаправишь одну кровать – один жетон, два жетона можно обменять на билет в кино.

На первый взгляд представляется, что жетонная система проста, в действительности она сложна. В этой системе действуют множемтво правил. Прежде всего, эта система предъявляет более высокие требования к персоналу. Персонал должен быть более внимателен и наблюдателен, и более систематическим образом реагировать на клиентов, нежели при работе в условиях, когда подкрепления не применяются. Необходимо определить чёткие критерии требуемого поведения, потому что любые спорные моменты

Саратовский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского

формулировок будут вызывать конфликты (например, когда постель может считаться заправленной?) Самое важное – по мере того, как проблемное поведение будет ослабевать, необходимо постепенно отходить от практики применения жетонов. Тем самым, клиент будет подготавливаться к выходу в обычное общество, где ему никто жетонов выдавать не будет. Наряду с жетонами, необходимо применять и другие социальные одкрепления, стремясь к тому, чтобы подкрепление действовало в форме похвалы или признания сильнее, чем в форме жетонов. Стимулирование клиентов к самоподкреплению, например, научение клиентов гордиться своим внешним видом, становится важным шагом на пути постепенного отказа от жетонов. Все эти и другие процедуры способствуют «генерализации» адаптнвного поведения в ситуациях, отличных от тех, в которых адаптивное поведение было усвоено в условиях стационара, и сохранению адаптивного поведения в будущем.

7.3.2.2. Самоконтроль

Самоконтроль выступает противоположностью стационарного контроля. Для того, чтобы клиент стал «сам себе психотерапевтом», клиента необходимо обучить основам экспериментального анализа поведения. Клиент должен осознать, что проблемы с самоконтролем вызываются не слабостью какой-то мистической силы воли или моральных принципов, а, скорее, связаны с неадекватной оценкой того, каким образом систематическое манипулирование предпосылкми и последствиями поведения способно изменять поведение. Клиенты должны уяснить азы (ABC) анализа поведения, включая основное правило, согласно которому нопосредственные последствия оказывают более сильное воздействие на поведение, чем отдаленные последствия. Упрямство, курение, злоупотребление алкоголем, малоподвижный образ жизни, откладывание того, что нужно сделать сейчас, на потом, имеют позитивные последствия в непосредственном будущем, но в долговременной перспективе оборачиваются отрицателяьными последствиями.

Поняв то, какие именно предпосылки приводят к дезадаптивным реакциям, клиент может начинать реструктурировать собственное окружение, например, тучных клиентов можно научитъ контролировать свое поведение, связанное с употреблением пищи, путём сужения круга стимульных ситуаций, располагающих к приему пищи: просмотр телепередач, чтение газет, посещение гостей. Пищу следует принимать только при выключенном телевизоре. Ограничение круга реакций, связанных с приёмом пищи, позволяет сократить количество предпосылок к перееданию. Клиентам также сообшается об открытии, которое сделал Шехтер в 1971 году: для тучных людей поводом к приему пищи является не голод, а наличие еды. Клиенты могут сами ограничивать потребление высококалорийных продуктов.

Клиенты могут также интенсифицировать такое поведение, которое несовместимо с приемом пищи, например, занятия альпинизмом или езду на велосипеде. Если клиенту удалось ограничить потребление калорий установ-

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

ленной для себя нормой, то он/а, в качестве подкрепления, может позволить себе позвонить другу и рассказать о своих успехах. Похвала со стороны друга и членов семьи будет являться социальным подкреплением избегания переедания.

Понимание важности принципов поведенческого шейпинга – того, как формируется правильное поведение – должно выражаться в том, что за малые успехи клиент должен создавать себе малые подкрепления (по 10 минут), нежели откладывать подкрепление до тех пор, когда будет достигнута идеальная цель. Например, если человек в течение 10 минут учил уроки, он может себе позволить стакан фруктового сока лнбо в течение 15 минут послушать CD, потому что позитивные последствия учёбы всегда имеют отсроченный характер. Клиентов также обучают тому, чтобы они вторгались в долговременную поведенческую цепочку на ранних её этапах, чтобы прекратить возникновение у себя тех реакций, которые создают поведенческие проблемы. Например, легче остановить себя на пути к холодильнику, чем потом перестат жевать. Вместо того, чтобы подвергать испытанию свою силу воли, которой в действительности не существует, и заключить с собой пари на то, что я сумею остановиться, только чуть-чуть откушу, клиенты должны понять, что так называемая пресловутая сила воли означает способность вмешаться в действие поведенческой цепочки, не позволяя ей привести вас к проблемам.

7.3.2.3. Обоюдный контроль

В данной форме управления вероятностями подкреплений участвуют двое и более человек, совместно контролируя те последствия, которые для каждого из них желательны. Наиболее распространенной формой обоюдного контроля является контракт. Для того, чтобы заключить контракт, каждый участник должен сформулировать те последствия, к которым он/а стремится. Далее они договариваются о том, какое вознаграждение (подкрепление) каждый из них желал бы получить за то поведение, которого ожидают от него другие участники. Например: работа с четырьмя, супружескими парами, подавшими заявления о расторжении брака. Во всех парах жёны хотели больше разговаривать со своими мужьями, а мужья хотели чаще ходить играть в футбол. Был составлен контракт, по условиям которого за каждые пятнадцать минут разговоров с женой, муж получал жетон. Накопив восемь жетонов, он получал право пойти поиграть в футбол. Понятно, что разговоры в этих семьях стали более частыми.

Все четыре пары избежали развода. Контрактная форма отношений возвращает нас к теории поведенческого обмена, согласно которой наши межличностные отношения служат для обмена подкреплениями. Но, если это честный и справедливый обмен, то и отношения будут доставлять удовлетворение всем, кто в них участвуют.

7.3.2.4. Контроль со стороны терапевта

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

При амбулаторной психотерапии, терапевт обычно располагает малыми возможностями непосредственного управления повседневными вероятными подкреплениями, окружающими клиента. Однако, терапевт имеет возможность управлять такими социальными подкреплениями, как внимание, признание и похвала в процессе терапии. Терапевт может связать эти подкрепления с исправлением поведения клиента. Было показано, что вербальные подкрепления способны влиять на реакции клиента, но в большинстве стучаев терапевт подкрепляет, т. е проявляет особое внимание лишь по отношению к дезадаптивным реакциям, подаваясь вперед и внимательно слушая то, как клиент рассказывает об отсутствии самоуважения.

Большая степень контроля со стороны терапевта за вероятностями подкреплений поведения клиента достигается путём заключения контракта с клиентом. Например, клиенту предлагается внести определенную сумму залога, которую он получит обратно, если будет проявлять необходимые реакции, например, если каждую неделю будет сбрасывать вес. Такой контракт одновременно повышает эффективность самоконтроля клиента. Если клиент, вместо того, чтобы сбрасывать вес, начинает его набирать – он должен внести дополнительный залог за каждый набранный килограмм веса.

Разумеется, поведенческие терапевты не должны замсыкаться в стенах своих кабинетов. Для настоящего бихевиориста важно непосредственное наблюдение и интервенция в условиях реального окружения клиента. В естетсвенных условиях, терапевт может помочь клиенту переструктурировать стимулы и последствия, управляющие проблемными поведенческими реакциями. Работа непосредственно в естественной обстановке имеет преимущество, заключающееся в том, что не возникает необходимости преодолевать генерализацию – заботиться о том, чтобы реакции, усвоенные в кабинете терапевта, стали без потерь перенесены в естественное окружение клиента. Сама собой разрешается проблема перенсения того, что усвоено клиентом в процессе научения, потому что тренинг можно проводить на дому. Например, когда проводится терапия с ребенком, терапевт может прийти домой и обучить родителей тому, как стать терапевтами своему ребенку: применяя систему жетонов, заключая с детьи контракты, либо более деликатным образом – применяя социальное подкрепление позитивных реакций ребенка и избегание ребёнком негативных реакций.

7.3.2.5. Аверсивный контроль

В некоторых отдельных случаях управление *дифференцирующими стимулами* и подкреплениями неспособно изменить проблемное поведение. В этих случаях поведенческий терапевт обдумывает применение средств аверсивного контроля. Такие формы дезадаптивного поведения, как

- ❖ курение,
- ❖ алкоголизм,
- ❖ низкая самооценка

могут быть модифицированы с применением аверсивных средств, если более позитивные техники терпят неудачу. Это важный момент: аверсивное обу-

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

словливание может быть применено лишь после того, как многочисленные позитивные альтернативы потерпели неудачу. Применение аверсивного контроля предусматривает не подкрепление желательных реакций, а наказание за нежелательные реакции.

После того, как в 1944 году Истс опубликовал данные исследования того, как конкретная реакция сопровождалась аверсивными последствиями, применение наказания в поведенческих терапиях в целях модификации поведения стало сводиться к минимуму. В исследовании Истса указывалось, что наказание приводит к подавлению реакции, но не к отучению от неё. Никакую реакцию невозможно устранить только наказанием за неё. Спустя 20 лет, в 1964 году, Ричард Соломон провел лабораторное исследование наказания и установил, что на самом деле одно лишь наказание способно привести к новому научению.

Организм может научиться избегать наказания

- либо через активное обусловливание,
- либо через пассивное обусловливание.

- При **активном научении,** организм научается делать что-либо, научается альтернативным реакциям, которые приведут к избеганию наказания, например, ребёнок научается останавливаться при переходе через дорогу и смотреть налево и направо, чтобы не быть наказаным родителями.
- Аналогичным образом, организм может научиться простому **пассивному избеганию**, тому, чтобы не проявлять той реакции, за которой следует наказание, например, чтобы не быть наказаным, ребёнок вообще не будет переходить через проезжую часть улицы.

В многочисленных исследованиях были сформулированы те условия, при которых наказание оказывается наиболее эффективно для формирования долговременного влияния на поведение. Можно дать следующие инструкции по применению наказания:

- Наказание должно быть немедленным. Промедление с наказанием вносит неразбериху и увеличивает тревожность клиента.
- Наказание должно быть впечатляющим. Чем более неприятно наказание, тем оно эффективнее.
- Наказание должно быть характерным применительно к данному человеку, оно должно быть индивидуализировано.
- Наказание должно применяться в начале поведенческой цепочки, чтобы пресечь проблему до того, как она обострится.
- Наказывать нужно регулярно и систематически. Нерегулярное и несистематическое наказание делает реакцию более устойчивой к угасанию.
- Наказание должно применяться во всех стимульных ситуациях. В противном случае, человек научится избегать проявления реак-

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

ции в тех ситуациях, когда будет наказан, и не будет избегать проявления реакции в тех ситуациях, когда не будет наказан.

- ❖ Нужно наказывать, не демонстрируя никаких эмоций. Ваш гнев не долкен отождествляться с наказанием за конретное поведение.
- ❖ Наказание должно сопровождаться демонстрацией и подкреплением альтернативного, адаптивного поведения. Например, ребенка необходимо научить навыкам сдерживания себя и навыкам ассертивного поведения, вместо того, чтобы он колошматил младшего брата.

Проиллюстрируем применение аверивного обусловливания и принципов наказания в сочетании с контролем со стороны терапевта и аверсивным контролем. Девочка с задержкой психического развития отличалась пугающей привычкой бить себя кулаком в лицо. Четыре-пять раз в минуту, 3000 раз в день, миллион раз в год она била себя кулаком в лицо. Она начала бить себя кулаком в лицо в возрасте 3 лет. Сначала ей давали транквилизаторы, и она стала потише, но, когда ей стало 7 лет, она начала часто плакать. Невропатолог предложил на время прекратить принимать транквилизаторы. Тогда она стала чаше бить себя кулаком по лицу, а плакать меньше не стала. Увеличение дозировки и приём других препаратов улучшения не принесли. Другие методы также оказались бесполезными, и невропатолог направил её в клинику, где занимались модифицированием поведения.

Поведенческие терапевты в этой клинике изучили всё, что применялось до направления к ним в клинику, и обнаружили, что всё, что они могли придумать и предложить, уже было придумано и предложено: и подкрепление несовместимой реакцией, например, игрой на пианино, и попытки угашения реакции тем, что на её удары по своему лицу не обращали внимания, а её позитивное поведение позитивно подкрепляли. Но частота, с которой она била себя в лицо, оставалась стабильной во всех случаях, даже когда её помещали в изолятор, и она не могла знать, что за ней наблюдают через одностороннее зеркало.

Тогда было решено провести эксперимент с аверсивным обусловливанием. К ногам девочки подвели электроды, и при каждом ударе по лицу на электроды подавали электрический ток силой 2,5 миллиАмпер. Скоро стало заметно, что она стала бить себя в лицо реже. Была отмечена генерализация – она и в школе стала бить себя в лицо реже. Однако, вскоре она научилась разбираться, при каких условиях она подвергается воздействию электрическим током. Пока на неё не надевали электроды, она себя била, а когда электроды были надеты – переставала. Ещё спустя какое-то время, она поняла, что может бить себя в лицо тогда, когда её не видит психотерапевт, и никакого электрошока ей за это не будет. Генерализация за пределами клиники прекратилась. Умственно отсталый ребёнок перехитрил психотерапевтов.

Исходя из того, что применение наказания при аверсивном обусловливании может быть эффективным лишь на регулярной основе, клиника решила приобрести дистанционный аппарат, позволяющий наносить поражение электрическим током в лобое время в любой обстановке так, что ребёнок не

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

мог определить: где, когда и кто применяет электрошок. В первый же день дистанционного обусловливания она ударила себя всего 45 раз в течение дня, обычно было 3000 раз. Во второй день 17 раз, в третий день 6 раз. Затем сломался аппарат. Когда аппарат починили, потребовалось всего два дня и двенадцать электрошоков для того, чтобы количество ударов в лицо у ребёнка свести к нулю. На протяжении нескольких месяцев она не била себя в лицо вообще. В течение последующих пяти лет она ударила себя всего примерно 250 раз, вместо обычных пяти миллионов раз за такой же срок без применения аверсивного обусловливания.

Применение болевых наказаний поднимает ряд этических и правовых вопросов. В описанном случае, психотерапевтам пришлось в течение двух месяцев разъяснять департаменту о работе с психически отсталыми людьми необходимость применения электрошока. Во многих случаях аверсивное обусловливание запрещено законом и не может служить доступной терапевтической альтернативой. Например, в США запрещено применение аверсивного обусловливания по отошению к заключенным.

Меньше препятствий встречает применение **скрытой сенситизации** (активации) в качестве аверсивной техники, отчасти потому, что она была концептуализирована в качестве подхода к модификации поведения, основанного на самоконтроле. При скрытой сенситизации обусловливание производится с применением скрытых стимулов и реакций, таких как мысли и образы. При скрытой сенситизации обычно применяется наказание в виде аверсивной воображаемой сцены вслед за первой же реакцией в цепи дезадаптивных реакций. Поскольку первая реакция в дезадаптивной цепочке – это часто скрытая оперантная реакция, например, мысль о том, чтобы приблизиться к тому, что является стимулом, именно наказание, а не подкрепление скрытой оперантной реакции способно привести к увеличению самоконтроля за импульсивной цепью реакций. Если человек представит себе то, как он уходит от желательного, но дезадаптивного стимула, тогда новая скрытая оперантная реакция получит подкрепление. На практике, наказание за дезадаптивную скрытую оперантную реакцию и подкрепление более адаптивных мыслей и образов способно разорвать автоматическую цепь реакций, создающих проблемы для клиента. Поскольку скрытая сенситизация осуществляется на уровне мыслей и образов, её вполне можно отнести к когнитивно-поведенческим терапиям. О них пойдёт теперь речь.

7.4. Когнитивно-поведенчески терапии

Когнитивные подходы к изменению поведения образуют наиболее противоречивую альтернативу традиционным поведенческим терапиям. По определению, когнитивные техники несовместимы с основными принципами бихевиоризма. Бихевиоризм утвердился в качестве альтернативы менталистским теориям в психологии. Менталистские теории объясняют человеческое поведение с позиций когнитивных феноменов. Бихевиоризм заменил когнитивные феномены обусловливанием. Когнитивные роцессы не отрицаются,

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

они признаются менее релевантными эффективному анализу поведенческих расстройств.

Однако, экспериментальные психологи с пристрастием исследовали когнитивные процессы, и когнитивные объяснения снова приобрели респектабельность. Большинство современных поведенческих терапевтов не возражают против объединения с когнитивными системами под общим названием «когнитивно-поведенческие». Выдвигается такой тезис: поскольку поведенческим терапевтам приходится работать с детьми, с психически отсталыми людьми и с психотиками, необходимо учитывать также когнитивные процессы, которые играют решающую роль в поддержании и изменении комплексного поведения взрослых людей. Признанный теоретик социального научения Истс патетически заявлял: «Что касается животных, очень маленьких детей и в некоторой степени людей всех возрастов, характеризующихся умственной отсталостью либо страдающих от серьёзных неврологических и поведенческих расстройств, то поведение в каждый конкретный момент может быть описано и предсказано на основании реакций на конкретные стимулы и на основании вознаграждения или наказания реакций на стимулы в предшествующих поведенческих цепочках. У более зрелых людей значительная часть инструментального поведения, а особенно значительная часть вербального поведения организована в структуры высшего порядка и во многих случаях лучше всего может быть понята с опорой на действия правил, принципов, стратегий и т. п., а не на основе последовательностей реакций на определенные стимулы. Таким образом, во многих ситуациях индивидуальное поведение в каждый данный момент может управляться относительно широкой стратегией, которая, после того, как она усвоена, диктует последовательность реакций, заменяя собой прежнюю последовательность конкретных действий. В этих ситуациях именно выбор стратегии, а не выбор конкретной реакции на стимулы подвергается модификации со стороны прошлого опыта с его подкрепляющими или наказывающими последовательностями».

7.4.1. Теория психопатологии

Гибридные когнитивно-поведенческие теории психопатологии и психотерапии значительно менее четко сформулированы, чем соответствующие теории отдельно в рамках поведенческого и отдельно в рамках когнитивного направлений. Некоторые когнитивно-поведенческие психологи рассматривают свои теории и техники с поведенческой стороны, добавляя когнитивный элемент, другие начинают с когнитивной перспективы, разрабатывавшейся Альбертом Эллисом и Аароном Беком, и затем добавляют поведенческий элемент.

Отсутствие единодушно признанной когнитивной теории психопатологии необычно для бихевиористов. Мы будем придерживаться такой когнитивной модели дезадаптивного поведения, которая будет параллельна модели дезадаптивного поведения, основанной на допущении существования вероятностей подкрепления/наказания той или иной поведенческой реакции. Следовательно, существует такое дезадаптивное поведение, которое является

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

порождением дефицита когнитивной активности. Расстройства периферической нервной системы, такие как хроническая тревожность, головные боли от перенапряжения традиционно считались находящимися за пределами сферы когнитивного контроля, поскольку существует естественный дефицит психологической информации, доступной человеку, пытающемуся контролировать реакции периферической нервной системы. Когда человек не получает почти никакой обратной связи, он не может опираться на когнитивные процессы для того, чтобы произвольно управлять реакциями периферийной нервной системы.

Другие проблемы связаны с тем, что возможна избыточность конкретных когнитивных реакций, например, в случае с ипохондрией, когда человек постоянно поглощён вероятностью заболеть раком. Проблема здесь в том, что один и тот же вид когнитивной активности осуществляется непрерывно и интерферирует со способностью .человека применять когнитивные процессы к решению других проблем и, тем самым, эффективно взаимодействовать с окружением и адаптироваться. В таких случаях, требуется ослабить конкретные когнитивные реакции, например, добиться того, чтобы человек менее часто размышлял по поводу заболевания раком.

Наиболее общей проблемой, по-видимому, является неадекватность или неэффективность когнитивных реакций. Это проблема ошибочных когнитивных экспектаций, например, один студент считал, что все облеченные властью люди относятся к тем, кто стоит ниже их, с грубостью и пренебрежением, поэтому у него всегда сложно складывались отношения с преподавателями. С когнитивной точки зрения, проблемы у этих клиентов возникают потому, что они не реагируют на реальные стимулы и последствия, происходящие в их окружении. Вместо этого, они реагируют в первую очередь на собственные ожидания и представления, которыми ограничивают процесс переработки информации о происходящих вокруг них событиях. А поскольку их экспектации являются неточными, то их поведение является дезадаптивным.

На более сложном уровне у некоторых клиентов формируются **неэффективные стратегии** решения проблем. В быстро меняющемся обществе очень важно знать наиболее эффективные стратегии решения самых распространенных проблем, например, как обращаться с грубым начальником, как уберечь деньги от инфляции, как справляться с неизбежными в любом браке конфликтами. Подростки часто испытывают тревогу от неопределённости своего будущего. Если люди усваивают неэффективные стратегии решения насущных проблем, то вполне вероятно, что они будут совершать серьёзные ошибки, и эти ошибки будут приводить их к депрессии, фрустрации и другим эмоциональным нарушениям.

- Например, если человек усвоил стратегию, согласно которой о проблемах лучше всего не думать – тогда они уйдут сами собой, часто дожидается того, что проблемы разрастаются и выходят из-под контроля.

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

- ❖ Другие клиенты, которых называют слишком беспомощными, усвоили стратегию, согласно которой лучшее решение любой проблемы – обратиться к тому, у кого есть власть.

Усвоенная беспомощность таких людей рождает в них неспособность решить: одежду каких цветов им носить, какие книги чнтать и как готовиться к экзаменам. Они будут хорошо справляться со своими проблемами, если терапевт будет давать им конкретные указания в каждом конкретном случае, но тем самым у них подкрепляется и быстро разовьётся зависимость от обращений к психотерапевту. В действительности, таким людям необходима детальная информация о том, на основе каких базовых принципов решаются проблемы.

7.4.2. Теория терапевтического процесса

Если проблемой клиента является дефицит информации, затрудняющий когнитивный контроль за дезадаптивными реакциями, то решение проблемы будет заключаться в развитии сознания клиента путём сообщения такой информации, которая необходима для осуществления когнитивного контроля за своими реакциями. Например, если человек не знает о том, что у него увеличивается артериальное давление, то, по-видимому, нет никакого способа сознательно не допускать увеличения артериального давления. Что касается дезадаптивных реакций периферической нервной системы, то человек не сможет получать необходимую информацию до тех пор, пока не будут разработаны соответствующие технологии. Поскольку на протяжении последних 40 лет развитие медицинской техники прогрессировало быстрыми темпами, то сейчас стало возможным, чтобы человек устанавливал обратную связь с теми физиологическими процессами, которые происходят в его теле.

Такие техники **обратной биосвязи** позволяют человеку осознавать изменения

- ❖ артериального давления,
- ❖ частоты пульса,
- ❖ частот головного мозга,
- ❖ растяжения кровеносных сосудов

и иных биологических функций. Когда клиент подключен к аппарату обратной биосвязи, он может получать информацию о физиологических процессах, которая обеспечивает расширение когнитивного контроля за реакциями периферической нервной системы. Однако, немотря на то, что обратная биосвязь заинтересовала всё научное сообщество, она оказалась в равной или чуть большей мере эффективнее, по сравнению с тренингами мышечной релаксации и почти всегда применяется совместно с тренингами релаксации. По этой причине мы не будем особо останавливаться на процедуре обратной биосвязи.

Существуют различные когнитивные техники, позволяющие уменьшить частоту возникновения конкретных когнитивных явлений. Наиболее разработана техника «**остановки мышления**». Эта техника начинается

Саратовский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского

с того, что клиент громко вслух вербализует свои повторяющиеся мысли. В начале этой цепочки мыслей, терапевт кричит: "Стоп!" и разрывает всю цепь. Далее, клиент уже не проговаривает свои мысли, а делает знак рукой, что к нему вернулись тревожные мысли. Терапевт снова кричит: "Стоп!" Когда клиент усвоит основы техники остановки мышления, он сам себе будет кричать: "Стоп!" всякий раз, когда цепь тревожных мыслей будет повторяться.

Техника остановки мшшения оказывается более эффективной в сочетании с техникой «**скрытого утверждения**». Клиент мысленного утверждает себе то, что прямо противоположно навязчивым мыслям. 22-летний клиент страдал от навязчивой мысли о том, что он сходит с ума. Терапевт научил его сразу после того, как цепочка мыслей разрывается, утверждать самому себе: "Ничего подобного! Я совершенно нормальный!" Сначала клиент утверждает это всулх, затем привыкает делать самому себе конструктивные утверждения, противоречащие навязчивым мыслям.

Эффективность сочетания техники "остановки мышления" с техникой "скрытого утверждения" можно объяснять по-разному. Остановка мышления сама по себе может протекать в русле наказания, когда крик и скрытая вербализация слова "Стоп!" служат подавлению навязчивой цепочки мыслей. Скрытое утверждение может представлять собой технику контробусловливания, при котором тревожность, мотивирующая навязчивые мысли, может тормозиться реакцией скрытого утверждения. Самое когнитивистское объяснение заключается в том, что и остановка мышления, и скрытое утверждение выполняют отвлекающую функцию. Отвлекаясь, человек учится переключать своё внимание с тревожных навязчивых мыслей на более конструктивные мысли.

Когда возникает необходимость изменить ошибочные экспектации, то бихевиористы часто применяют техники, разработанные в рационально-эмоциональной терапии Альберта Эллиса и в когнитивной терапии Аарона Бека.

Адаптировав основные техники Альберта Эллиса, некоторые бихевиористы внесл в них важные измененимя. Например, техника, которая называется «**систематическое рациональное реструктурирование**» применяется параллельно систематической десенситизации. При таком подходе конструируется ситуация из всё более сложных ситуаций, в которых клиент испытывает проблемы. Клиенты воображают себе эти ситуации и придумывают выход из проблемной ситуации. После того, как клиент успешно справился с воображаемой ситуацией на одном уровне, он переходит далее вверх по иерархии. Систематическое рациональное реструктурирование позволяет клиентам попрактиковаться в переживании своих ошибочных экспектаций лицом к лицу с ними, прежде, чем столкнуться с ними в реальных жизненных ситуациях. Отмечается также, что для некоторых клиентов важно, чтобы терапевт не вторгался в их когнитивную сферу, что они активно сопротивляются попыткам других людей их изменить. Психотерапевтам рекомендуется стимулировать клиентов к тому, чтобы они были как можно

Саратовский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского

более активными, переживая свои мысленные образы, вопреки тому, что предлагал Альберт Эллис – следовать за терапевтом, который создает клиенту активную конфронтацию.

Дональд Мейхенбаум, автор техники «**самообучающего тренинга**», внес важный вклад в систему когнитивно-поведенческой модификации (СВМ). Мейхенбаум опирается на теории Лурии и Выготского, в первую очередь в работе с импульсивными детьми, развивая у них более адаптивные когнитивные механизмы контроля за своими реакциями. Лурия утверждает, что существуют три стадии формирования у детей произвольного контроля за своим поведением:

- ❖ Стадия 1 – контроль осуществляется благодаря вербальному поведению других людей, в первую очередь родителей и воспитателей.
- ❖ Стадия 2 – для контроля за собственным поведением дети вслух повторяют то, что говорят им их родители.
- ❖ Стадия 3 – поведением ребёнка начинает всё сильнее управлять его внутренняя речь.

По мысли Мейхенбаума, внутренне произносимые утверждения могут управлять поведением в той же степени, в какой управляют поведением утверждения, произносимые другим человеком. Психотерапевт может помочь ребенку лучше управлять собственным поведением, стимулируя ребенка к самообучению. Для этого терапевт должен громко разговаривать с ребенком. Тогда ребенок будет делать то, что ему говорит психотерапевт. Далее, ребенок выполняет задачу, но задания дает не психотерапевт, а сам ребенок произносит их вслух. Далее, ребенок выполняет задачу, но задания произносит шёпотом. В завершающей части ребенок управляет собой через внутреннюю речь.

Мейхенбаум приводит такой пример для Стадии 1: Терапевт говорит: "Итак, что я должен делать? Я должен срисовать эту картинку. Я буду рисовать медленно и осторожно. Проведу одну линию вниз, вниз, хорошо, теперь вправо, так, теперь ещё немного вниз и влево. Пока получается хорошо. Помни, не нужно спешить. Теперь снова назад. Нет, надо было рисовать вниз. Теперь хорошо. Осторожно стираем эту линию… Хорошо. Даже если я допущу ошибку, я буду рисовать медленно и осторожно. Сейчас нужно провести линию вниз. Готово. У меня получилось!"

Благодаря интернализации конструктивных и продуманных утверждений, импульсивный ребенок сможет научиться сам давать себе задания: не спешить при выполнении упражнений, исправлять сделанные ошибки, и при этом не впадать в ярость, не огорчаться до слез. Такое управление во внутренней речи не только обеспечивает замещение тех иррациональных представлений, которые вызывают эмоциональные расстройства, но также формируют когнитивные навыки решения проблем, обеспечивающие детям более адаптивное поведение.

СВМ Мейхенбаума также проводится в три этапа для взрослых.

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

- Стадия 1 – **Концептуализация проблемы** связана с помощью клиенту в понимании природы их проблемы и формулированием плана терапии.
- Стадия 2 – **Проверка концептуализации** помогает клиенту разобраться и практически опробовать совместно с терапевтом выработанное видение проблемы.
- Стадия 3 – **Модификация когнитивных процессов и формирование нового поведения**. Когнитивно-поведенческий терапевт помогает клиенту модифицировать свои внутренние диалоги и на практике осуществить новые формы поведения. Третья стадия призвана координировать взаимодействия между
  - когнитивной сферой,
  - эмоциональной сферой,
  - поведением и
  - средой,

  задавая клиенту более адаптивные перспективы на будущее.

И с детьми, и со взрослыми, эти стадии когнитивно-поведенческой модификации (СВМ) применяются в рамках **терапии инокуляцией стресса**. Этот терапевтический метод аналогичен прививкам в медицине, когда активный вирус в малых дозах вводится человеку с целью мобилизации его иммунной системы. Этот терапевтический метод позволяет клиенту сформировать

- скрытые когнитивные навыки преодоления стресса и
- явственные поведенческие навыки,

которые играют по отношению к текущим и будущим стрессам те же самую роль, которую играет прививка для иммунной системы. Прежние события, провоцировавшие тревожность, такие как

- учеба в школе,
- работа на производстве,
- выступление перед аудиторией,
- межличностные конфликты

могут быть подвергнуты переоценке, в них можно увидеть возможности для социального научения. Для проеодоления этих проблем, применяется гибкая комбинация рациональных и поведенческих навыков.

Ещё одна альтернатива ошибочным когнитивным структурам возникла в результате социально-психологических исследований теории атрибуции. **Атрибуция** – это объяснение наблюдаемого события и его причин. В классическом исследовании атрибуции Шехтер и Сингер вводили испытуемым инъекцию пинефрина. В одной группе говорили, что переживаемое испытуемыми эмоциональное возбуждение объясняется действием введенного препарата. Испытуемым в другой группе ничего не говорили о действии препарата, но создавали для них такую ситуацию, в которой они неизбежно должны были переживать определенные эмоции, например, подсадной помощник экспериментатора оскорбительно вёл себя по отношению к экспериментато-

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

ру. Те испытуемые, которые атрибутировали собственное возбуждение действию введенного препарата, проявляли менее эмоциональную реакцию, нежели те, кто не подозревали о том, какое действие может оказать введенный препарат.

Ошибочная атрибуция способна произвести поразительный психологический эффект. Достаточно сказать, что то, в каком свете человек воспринимает причины собственных проблем, значительным образом отражается на его психологическом состоянии и на ожиданиях по поводу этой проблемы в будущем.

На основании теории атрибуции было выдинуто несолько предположений по поводу того, каким образом в психотерапии можно было бы помочь клиенту сформировать более точную атрибуцию. Наппример, клиент с физикальными симптомами, такими как головные боли, может характеризоваться высокой степенью тревожности, потому что атрибутирует свои головные боли опухоли в головном мозгу. Для него будет несомненным облегчением узнать, что точным образом его страдания атрибутируются повышенной заботе о своем здоровье. То, чего ждёт человек от будущего, может сильно перемениться, если изменить атрибуции прошлых и настоящих событий.

Были выделены три стиля атрибуции:

- стабильность,
- интернальность,
- глобальность.

Психологическое здоровье характеризуется стабильным, интернальным и глобальным атрибутивным стилем, то есть, когда происходт позитивное событие, мы считаем его постоянным и всеобъемлющим. Наоборот, когда происходит что-то плохое, то психологическое здоровье характеризуется противоположным атрибутивным стилем: временным, внешним и конкретным, то есть плохую ситуацию мы будем считать преходящей и нетипичной. Когнитивно-поведенческая терапия помогает клиенту модифицировать пессимистичные атрибуции и сформировать «усвоенный оптимизм».

Далее, следующая альтернатива называется **терапией решением проблем**. Эта терапия применяется к тем клиентам, которые нуждаются в более эффективных стратегиях решения проблем.

- Стадия 1 – создаётся философская основа для терапии. Стадия общеё философской ориентации создаёт у клиента представление о том, что роблемы – это неотъемлемая часть нашей жизни, что иметь проблемы – это нормально. Клиента обучают умению выявлять проблемы н ранних стадиях и тормозить в себе стремление реагировать на проблему так, как подсказывает первый импульс. Например, эмоциональные проблемы воспринимаются не как признак патологии, а как сигнал о необходимости переключить своё внимание на ту проблемную ситуацию, которая огорчает человека.

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

- Стадия 2 – идентификация и формулирование проблемы. Клиент учится операционализировать проблему с точки зрения стимулов, реакций и последствий реакций. Когда все аспекты проблемной ситуации конкретно определены, клиент становится способен сформулировать проблему более абстрактно – как конфликт между несколькими целями либо как конфликт между целью и средствами. Например, одна студентка обратилась к психотерапевту за советом: не стоит ли ей бросить учёбу? Она обнаружила, что у её отца роман на стороне, и что родители затевают развод. Её стало трудно осредоточиться на учёбе, и она стала думать, что учёбу придётся бросить. Из того, как она формулировала свою проблему, очевидно, что её конфликт заключался между её целью (учёба) и желанием помочь своей матери.
- Стадия 3 – создание альтернатив после того, как проблема определена. Клиент тимулируется к тому, чтобы разработать несколько возможных реакций на слоржившуюся ситуацию. На этой стадии применяются *принципы мозгового штурма*:
  - ни одну из альтернатив нельзя критиковать
  - приветствуется полная свобода в придумывании альтернатив, чем необычнее альтернатива – тем лучше
  - чем больше альтернатив – тем лучше, возрастает вероятность того, что будет высказана эффективная идея
  - комбинирование и доработка альтернатив с целью создания подходящих идей
- Стадия 4 – принятие решения, выбор наилучшей альтернативы из имеющихся. Рекомендуются два критерия:
  - вероятность того, что выбранная альтернатива действительно решит проблему
  - вероятность того, что клиент действительно сумеет осуществить избранную стратегию

  Намерение действовать у многих людей оказывается парализованным, когда они осознают, что принятое решение может оказаться необратимым. Поэтому они должны выбрать наилучшую для себя альтернативу.
- Стадия 5 – проверка истинности избранной альтернативы. Необходимо сопоставить последствия принятого решения с его эффективностью. Если последствия не соответствуют ожиданиям, то происходит возврат к стадии 3 или к стадии 4, и разрабатываются новые альтернативы либо принимаются новые решения. Наличие стадии 5 само по себе играет важную роль, поскольку, когда человек начинает действовать в соответствии с принятым решением и оказывается, что он совершает ошибку, то он может её исправить, скорректировав стратегию решения проблемы.

Терапевтический подход, направленный на принятие решений, привлекателен и для психотерапевтов, и для клиентов, потому что ему просто обу-

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

читься и его легко применять к широкому спектру клинических ситуаций. Вообще, терапия принятием решения применима к тем клиентам, которые, как правило, хорошо справляются с жизненными ситуациями, но в настоящий момент испытывают трудности по разным причинам. В отношении тех клиентов, которые обычно плохо справляются с жизненными ситуациями, терапия решением проблем предусматривает более длительную интервенцию.

7.4.3. Терапевтические взаимоотношения

В различных формах поведенческих терапий, терапевтические взаимоотношения играют разную роль. При применении систематической десенситизации, терапевтические взаимоотношения не являются такими же последовательными, как, например, при когнитивно-поведенческой модификации СВМ. Систематическая десенситизация может с успехом применяться в больших группах, и вообще психотерапевта может заменить компьютер. Когнитивно-поведенческая модификация СВМ требует активного сотрудничества клиента с терапевтом. Взаимоотношения являются более значимыми при применении некоторых оперантных методов, особенно когда психотерапевт использует социальное подкрепление. В этих случаях, чем более значима для клиента личность психотерапевта, тем более эффективно выступает сам психотерапевт в качестве социального подкрепления.

Поведенческий терапевт действительно способен играть роль социального подкрепления, когда клиент ощущает со стороны терапевта эмпатию и теплоту. Распространено следующее сравнение поведенческой терапии и психоаналитической терапии: если записать и того, и другого на магнитофон, то между ними не будет большого различия в степени эмпатии и позитивного отношения. Различие заключается в глубине межличностного контакта – ри поведенческой терапии межличностный контакт глубже.

В поведенческой терапии терапевтические взаимоотношения не играют той роли, какую они играют в терапии Роджерса. Поведенческий терапевт по определению не может проявлять безусловного позитивного отношения, потому что в реальной действительности безусловное позитивное отношение не является широко распространённым подкреплением реакций. Для бихевиориста точность наблюдения важнее, чем точность эмпатии, потому что от наблюдения за интенсивностью проявления поведенческой реакции зависит эффективность психотерапии. Кроме того, поведенческий терапевт не стремится к тому, чтобы быть искренним или аутентичным. Он стремится к тому, чтобы быть компетентным.

Если терапевтические взаимоотношения имеют какую-либо ценность, то она заключается в создании условий для проведения психотерапии и моделирования. Поведенческий терапевт должен внушать достаточную степень доверия к себе, а также создавать для клиента надежду на позитивный исход терапии, для того, чтобы включить клиента в работу и во время сессий, и в перерывах между сессиями.

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

Моделирование – это процесс научения через наблюдение, при котором модель (психотерапевт) играет роль стимула, вызывающего у клиента аналогичные мысли, установки и поведение. Например, на тренингах ассертивности, терапевт непосредственно выступает в качестве модели, обучая клиента тому, как правильно наблюдать за ассертивным поведением со стороны и применячть ассертивное поведение к себе. Моделирование – это важная часть тренинга ассертивности, поэтому, если терапевт не является в действительности ассертивной личностью, он не сможет проводить тренинги ассертивности.

Эффект моделирования достигается не только при тренингах ассертивности, по и при других формах поведенческой терапии и когнитивно-поведенческой модификации СВМ. Например, при систематической десенситизации психотерапевт моделирует бесстрашие в отношении стимулов, вызывающих фобии, обучая клиентов тому, что с такими стимулами можно справляться, если подойти к ним постепенно и расслабляться. Если у психотерапевта фобия на змей, то он не сможет помочь клиенту, страдающему фобией на змей. Терапевт, заключающий договор с клиентом, моделирует позитивный подход к решению проблемы и обучает клиентов тому, что наилучшим способом решения конфликтов являются компромиссы и позитивное подкрепление, а не критика и другие формы наказания.

Моделирование способно выполнять много важных функций при изменении поведения. Через наблюдение, клиент усваивает новое поведение, например, когда он видит ассертивное поведение терапевта в первый раз, он начинает усваивать основы ассертивного поведения. Моделирование способно облегчать проявление клиентами тех форм адекватного поведения, которые они вообще способны проявлять, но не умели этого делать, например, проявление позитивных чувств в отношении супруга/и после того, как психотерапевт показал, как проявлять подобные чувства, а они за ним наблюдали.

Моделирование способно ингибировать то поведение, которое прежде избегалось по причине тревожности, и, наконец, моделирование способно приводить к викарному и непосредственному угашению тревожности, связанной с конкретным стимулом, например, угашение страха ребёнка перед собаками после того, как ребёнок наблюдал за тем, как дети психотерапевта играют с собаками.

Важный момент заключается в следующем: на материале многих исследований было доказано, что моделирование во многих случаях оказывается эффективным. Если поведенческий терапевт включает терапевтические отношения в качестве составляющей части процесса изменений, то он должен обращать внимание на то, что он модеолирует и насколько эффективной моделью он сам является.

7.4.4. Практическое применение поведенческой терапии

Практические аспекты поведенческой терапии существенно неодинаковы. Те терапевты, которые применяют контробусловливание и когнитивно-

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

поведенческие техники, более склонны работать в традиционном кабинете. Терапия обычно проводится в индивидуальном формате, в крайнем случае – в формате супружеской пары. Многие поведенческие и когнитивно-поведенческие техники, такие как тренинг ассертивности, тренинг релаксации и терапия решением проблемы применяются в групповом формате, поскольку при работе с группой облегчаются применение моделирования, практическая отработка новых навыков и форм поведения и обеспечивается подкрепление со стороны группы.

Некоторые поведенческие аналитики критически настроены в отношении работы в стенах кабинета. Они предпочитают проводить терпапевтическую интервенцию в естестсвенных для клиента условиях, что позволяет избежать проблем, связанных с генерализацией и переносом приобретенных навыков в естественную обстановку. Например, применение системы жетонов более предпочтительно в условиях реального окружения. В ряде случаев применение поведенческой терапии в естественных условиях не допускается, например, в США оно запрещено в местах лишения свободы.

Поведенческие терапевты и их когнитивно-поведенческие двоюродные братья удобно себя чувствуют в том, что касается технологических сторон терапевтической работы. Технологическое оборудование психотерапевта варьирует от кресла с откидной спинкой для проведения релаксации до дистанционно управляемых аппаратов для аверсивной терапии и приборов обратной биосвязи. В этот арсенал прочно вошли компьютеры, используемые для сбора и анализа данных и для проведения терапии в кабинете и на дому у клиента. Исследования показали, что компьютерные версии тренингов самоконтроля вполнее эффективны при различных проблемах, в первую очередь при тех, которые связаны с аддиктивностью.

Поведенческие терапевты не прекращают проверки эффективности своих технических возможностей на различных клиентах.

- **Контробусловливание** обычно применяется к взрослым невротикам, к лицам, имеющим психосоматические проблемы и к лицам, страдающим псхопатиями.
- **Когнитивно-поведенческие техники** обычно применяются к взрослым и подросткам, однако, терапия решением проблемы и терапия самообучением широко применяются при работе с детьми.
- **Техники управления подкреплениями реакций** применяются к тем условиям, когда вербальная терапия оказывается затруднена, например, при проблемах с контролем за собственной импульсивностью, при аддиктивных расстройствах, при дисфункциях у детей, при терапии лиц с сильной степенью умственной отсталости и регрессии на почве психотических расстройств.

Поведенческие терапевты имеют самую разную профессиональную подготовку, но психологов среди них в два – три раза больше, чем других специалистов. Вероятно, потому что психологи лучше других знакомы с проведением экспериментальных исследований, а другие психотерапевтические

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

системы традиционно избегают экспериментальных исследований. В Ассоциацию Развития Поведенческой Терапии (AABT) входят представители различных профессий, но к самостоятельной пратике допускаются только те, кто прошли специальную подготовку по поведенческой терапии.

Поведенческие и когнитивно-поведенческие терапевты являются наиболее профессионально компетентными среди всех психотерапевтов. Их компетеность основывается на применении научно-признанных методов.

Для того, чтобы практиковать поведенческую терапию, совершенно не обязательно самому подвергаться поведенческой терапии. Это проделала, по их собственному признанию, лишь половина поведенческих психотерапевтов, то есть меньше, чем в любой другой психотерапевтической системе. Интересно и парадоксально то, что, когда поведенческие психотерапевты сами обращаются за психологической помощью, они обращаются не к поведенческим терапевтам.

7.4.5. Краткая поведенческая терапия

Бихевиористы всегда придерживались краткой формы терапии ещё до того, как эта форма получила широкое распространение. Лишь применительно к 7% клиентов терапия длится более года. Краткосрочность поведенческой терапии определила охватившее сейчас весь терапевтический мир стремление сокращать сроки психотерапии. Поведенческие терапевты быстро проделывают следующее: определяют проблему, заключают контракт о целях и задачах терапии, применяют научно проверенные методы и оценивают результаты.

7.4.6. Эффективность поведенческой терапии

В отношении поведенческой и когнитивно-поведенческой терапий проведено больше исследований с применением контрольных групп, чем в отношении других психотерапевтических систем. Две трети исследований влияния психотерапии на подростков и на детей было проведено в рамках поведенческих систем. Подавляющее большинство исследований воздействия психотерапии на взрослых проведено в рамках поведенческой и когнитивно-поведенческой терапий. На основании проведенных исследований можно написать не одну книгу. Поэтому мы обобщенно изложим данные количественных исследований и данные мета-анализов эффективности поведенческой терапии. Но сначала рассмотрим исследования на малой выборке (n).

7.4.6.1. Исследования на малой выборке

Многие поведенечские терапевты настойчиво утверждают, что существуют альтернативы традиционным исследованиям с применением плацебо-групп и контрольных групп, в которых терапия не проводится. Они утверждают, что кейс-стади исследования на малой выборке могут быть не менее достоверными, чем исследования, построенные по принципу многочисленных базовых уровней или по принципу ABAB (обратный принцип).

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

В исследованиях с применением многочисленных базовых уровней, первоначально измеряются не одна, а несколько форм поведения клиента (не только то поведение, которое подлежит модификации). Затем проводится терапевтическая модификация какого-то одного вида поведения, а замеры остальных форм поведения продолжаются. Если интервенция устраняет роблему клиента в выбранном виде поведения, но не изменяет других форм поведения клиента, то утверждается, что между проведенной интервенцией и изменившимся видом поведения существует определенное взаимоотношение, при условии равенства остальных, неспецифических факторов, таких как длительность терапии и терапевтические взаимоотношения в отношении остальных форм поведения. При таком подходе не решается важная проблема: модификация данного вида поведения достигнута в результате неспеифических факторов (интервенции) либо она произошла под воздействием ожидания клиентом того, что в рещультате вмешательства психотерапевта наступит улучшение?

Аналогичная дилемма существует и при применении исследования, построенного по обратному принципу (АВАВ). Когда исследование построено по реверсивному (обратному) принципу, клиент, проходящий терапию, подвергается диагностическим имерениям неоднократно:

- до начала интервенции (А)
- во время осуществления интервенции (В)
- в последующий период, когда интервенция временно приостанавливается (А)
- снова под влиянием терапевтической интервенции (В).

Логическим обоснованием именно такого построения эксперимента является то, что в поведении клиента наступает улучшение в период проведения интервенции, что состояние клиента хуже всего до начала интервенции и в любой момент, когда интервенция приостановлена, и, если в действительности всё оказывается именно так, то предполагается, что именно терапевтическая интервенция обеспечила улучшение состояния клиента. Но и в этом случае, мы оказываемся не в состоянии установить, какой именно компонент терапевтической интервенции произвёл отмеченное изменение в поведении клиента. Что именно оказало решающее влияние: установка клиента на благополучный исход терапии, особое внимание со стороны психотерапевта, терапия сама по себе либо иная неучтенная переменная? Более того, большинство клиентов и терапевтов стремятся к тому, чтобы терапия обеспечивала долговременный эффект, а не эфемерный – не такой, колторый исчезнет вскоре после того, как будет прекращена терапия.

В основе исследования, проводимого на малой выборке, лежит следующий принцип: исследование проводится на небольшом количестве испытуемых. В этом есть свои плюсы и минусы.

7.4.6.2. Эффективность поведенческой терапии применительно к детям

В 1987 году Вайш провёл мета-анализ 108 исследований, испытуемыми в которых являлись дети от 4 до 18 лет, опубликованных в период с 1958 по

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

1984 гг. В среднем, в эхтих исследованиях ребёнок после терапии более чем в 79% случаев чувствовал себя лучше, чем ребёнок, не проходивший терапии. Поведенческая терапия оказалась более эффективной, чем неповеденческая терапия, независимо от возраста клиента, опыта терапевта и типа проблемы.

В 1995 году, Вайш провёл мета-анализ ещё 150 исследований, опубликованных между 1983 и 1993 гг. Общая эффективность поведенкечской терапии снова оказалась положительной, и превысила эффективность неповеденческих терапий.

Размер эффекта в двух мета-анализах оказался следующим (мы помним, что 0,50 – считается средним эффектом, а 0,80 – большим):

Бихевиористский метод:	**Количество групп**		**Размер эффекта**	
	1987	1995	1987	1995
Оперантный (т. е. подкрепление)	39	19	0,78	0,69
Десенситизация/релаксация	17	31	0,75	0,70
Моделирование	25	12	1,19	0,73
Тренинг социальных навыков	5	23	0,90	0,37
Когнитивно-поведенческий	10	38	0,68	0,67
Различные поведенческие	10	35	1,04	0,86

Эти размеры эффектов демонстрируют значительное превосходство эффективности различных поведенческих методов терапии по сравнению с отсутствием терапии, плацебо и альтернативными терапиями.

Последнее утверждение – о превосходстве эффективности поведженческих терапевтических методов перед неповеденческими – неоднократно вызывало полемику. Шёрк и Рассел утверждают, что различия могут быть вызваны следующими причинами:

- качественными различиями в методологии при исследовании поведенческих и неповеденческих терапий
- влиянием на результаты исследований предпочтенияч исследователем той или иной терапевтической системы
- отсутствием конкретной психотерапии среди исследуемых психотерапевтических систем.

Однако, при тщательном анализе данных, первый и второй аргументы не подтверждаются. Что касается третьего аргумента, то, действительно, в данных исследований слабо представлена реальная практика детской психотерапии, в частности, игротерапия и психодинамическая терапия, представлены неадекватно.

Что касается конкретно когнитивно-поведенческих методов, то в 1991 году бул проведен мета-анализ 64 исследований, испытуемыми в которых были дети от 4 до 13 лет. Средняя величина эффекта оказалась 0,56. После терапии, в 71% случаев дети чувствовали себя лучше, чем их ровесники в контрольных группах. Примечательно, что наиболее волсприимчивыми к когнитивно-поведенческой терапии оказались дети на той стадии развития мышления, которую Пиаже назвал стадией формально-логических операций,

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

завершающейся к 15 годам (размер эффекта 0,92), чем на дооперациональной стадии 5 – 7 лет (размер эффекта 0,57) и на стадии конкретных операций 7 – 11 лет (размер эффекта 0,55).

7.4.6.3. Эффективность поведенческой терапии применительно к взрослым

В классическом мета-анализе Смит, Гласс и Миллер рассмотрели 101 исследование по систематической десенситизации, 54 исследования по модификации поведения и 34 исследования когнитивно-поведенечской терапии. Средние размеры эффектов оказались равны 1,05, 0,73 и 1,13 соответственно, все они превзошли величину эффекта 0,56 плацебо-терапии.

Аналогичный мета-анализ других 143 исследований, в которых было не менее двух терапевтических групп и одной контрольной группы, большинство в котором составляли поведенческие терапии, позволил рассчитать средние величины эффектов:

Бихевиористский метод:	Количество групп	Размер эффекта
Репетирование и самоконтроль	38	1,01
Скрытые поведенческие	19	1,52
Релаксация	42	0,90
Десенситизация	77	0,97
Подкрепление	28	0,97
Моделирование	11	1,43
Тренинг социальных навыков	14	0,85

Все эти размеры эффектов считаются большими, все они значительно больше, чем отсутствие терапии или плацебо-терапия. Различия вызваны, главным образом, различиями в проблемах, а не разоличиями между психотерапевтическими системами. Однако, авторы мета-анализа делают вывод о неоспоримом преимуществе в эффективности поведенческих и когнитивных методов, и, соответственно, об ущербности психодинамических и гуманистических методов.

Вопросы для самоконтроля к теме 7
«Поведенческие терапии»

1. В чем отличие поведенческих терапий друг от друга?
2. Что рассматривают в качестве идеологической основы поведенческой терапии?
3. Кто авторы альтернативных теорий научения?
4. Что объединяет все поведенческие подходы?
5. Что обычно обозначает современное употребление термина «поведенческая терапия»?
6. Что выступает основной характерной особенностью поведенческих терапий?
7. Раскройте концептуальные постулаты поведенческих терапий.

Саратовский государственный университет имени Г. Чернышевского

8. С каких позиций оценивается результативность проведенной терапии?
9. Соответствуют ли медицинской концептуальные постулаты поведенческих терапий модели психопатологии?
10. В каких отношениях находятся концептуальные постулаты поведенческих терапий с медицинским термином «симптом»
11. Какой фокус включает в себя перечисление концептуальных постулатов поведенческой терапии?
12. Каким образом объяснял Вольпе поведенческие проблемы, связанные с тревожностью?
13. Как назвать терапевтов, которые применяют техники контробусловливания?
14. Какой подход нацелен на изменение тех вероятностей (подкреплений), которые управляют поведением?
15. Как называют данный подход к терапии?
16. Как назвать бихевиористов, которые, в целях изменения поведения клиента, используют когнитивные объяснения и когнитивные техники?
17. Какими исследованиями занимался Джозеф Вольпе?
18. Если обусловленная тревожность тормозит приём пищи, то что возможно при правильном обусловливании?
19. Какую тревожность сумел ингибировать Вольпе при помощи пищевой реакции?
20. Какие человеческие реакции могут быть использованы для ингибирования и контробусловливания тревожности?
21. Сформулируйте определение тревожности на языке бихевиористов.
22. Каковы физиологические изменения при тревожности?
23. Какие безусловные стимулы способны спровоцировать подобные физиологические изменения?
24. Как Вольпе определял научение?
25. Тревожность как реакцию на какие стимулы учатся проявлять люди?
26. Каким образом такой нейтральный стимул, как собака, может стать сопряжен с угрожающим стимулом, таким, как укус собаки?
27. Что такое первичная генерализация стимула?
28. Что такое градиент генерализации?
29. Что такое вторичная/опосредованная генерализация?
30. Что оказывается результатом любого стимула или опосредованной генерализации?
31. Каковы вторичные симптомы тревожности?
32. Какие функции затрудняются хроническими физиологическими реакциями тревожности?
33. Что способны вызывать вторичные симптомы сами по себе?
34. Каким образом создается «порочный круг», который формирует более комплексные симптомы?
35. Сформулируйте первую задачу эффективного контробусловливания.
36. В чём заключается принцип «взаимного торможения»?
37. Сформулируйте вторую задачу эффективного контробусловливания.

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

38. Какая реакция несовместима с тревожностью при систематической десенситизации?
39. Как проводится тренинг мышечной релаксации?
40. Каков следующим шаг при десенситизации?
41. Что такое стимульные сцены?
42. Каким образом упорядочены стимульные сцены в иерархии?
43. Каким образом проводить десенситизацию?
44. Каким образом тестируют эффективность терапии?
45. Где применяется систематическая десенситизация?
46. В чём состоит главное различие между десенситизацией и тренингами ассертивности?
47. Кто оказываются вероятными кандидатами на участие в тренингах ассертивности?
48. Как Вольпе определял ассертивное поведение?
49. В какой степени совместимы друг с другом Ассертивность и тревожность?
50. Чем подкрепляется ассертивность?
51. Какие техники применяются в тренингах ассертивности?
52. В какой форме репетирует клиент новые ассертивные реакции?
53. Для чего нужны репетиции ассертивного поведения?
54. Что происходит с клиентом по мере того, как тревожность уменьшается?
55. Какой формулой определяется правильная степень трудности?
56. В чём особенность работы с теми клиентами, которые желают быть ассертивными в тех ситуациях, когда ассертивность может быть наказана?
57. В чём заключается минимально эффективная реакция?
58. Что должен делать клиент, если минимально эффективная реакция не приводит к достижению поставленной цели?
59. Какая теория является ведущей в разработке тренингов ассертивности?
60. Можно ли одновременно быть порядочным человеком и ассертивной личностью?
61. В какой форме тренинг ассертивности предусматривает оперантное обусловливание?
62. Какой связи требует тренинг ассертивности?
63. Каково минимальное требование для проведения тренингов ассертивности?
64. Какие формы применения контробусловливания развились из первоначальных тренингов ассертивности?
65. Какой импульс из контробусловливания получают эти процедуры?
66. Чем управляется адаптивное и дезадаптивное человеческое поведение?
67. Действием каких принципов может быть объяснено патологическое и непатологическое поведение?

Саратовский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского

68. Когда дезадаптивные реакции имеют вероятность становиться более частыми?
69. Когда дезадаптивное поведение имеет вероятность делаться менее частым?
70. Какие вероятности обусловливают конкретные реакции?
71. Что является условием дезадаптивного поведения?
72. Из какого факта следует зависимость дезадаптивного поведения от средовых стимулов?
73. Какие стимулы называются характерными (дифференциальными)?
74. В чём заключается поведенческий или функциональный анализ?
75. Из чего состоит поведенческая цепочка?
76. На какие категории проблем указывает поведенческий анализ?
77. С какими реакциями связаны проблемы первого типа?
78. С какими реакциями связаны проблемы второго типа?
79. С какими реакциями связаны проблемы третьего типа?
80. Какой характер носит подкрепление и чем оно определяется?
81. Сколько этапов включает в себя эффективное управление вероятностями?
82. Охарактеризуйте каждый этап.
83. В каких категориях можно обобщить процедуры управления вероятностями?
84. В каких условиях применяется стационарный контроль?
85. Что характерно для стационарного контроля?
86. Что выступает противоположностью стационарного контроля?
87. Чему необходимо обучить клиента?
88. Чем вызываются проблемы с самоконтролем?
89. Каково основное правило анализа поведения?
90. Что может начать клиент, поняв то, какие именно предпосылки приводят к дезадаптивным реакциям?
91. Какое открытие сделал Шехтер в 1971 году?
92. Какие подкрепления должен создавать себе клиент за малые успехи?
93. Какой характер всегда имеют позитивные последствия учёбы?
94. Существует ли в действительности сила воли?
95. Кто принимает участие в управлении вероятностями подкреплений в форме обоюдного контроля?
96. Какова наиболее распространенная форма обоюдного контроля?
97. Каковы возможности психотерапевта для непосредственного управления повседневными вероятными подкреплениями при амбулаторной психотерапии?
98. Что подкрепляет терапевт в большинстве случаев?
99. Каким образом достигается большая степень контроля со стороны терапевта за вероятностями подкреплений поведения клиента?
100. Что повышает эффективность самоконтроля клиента?
101. Каково преимущество терапевтической работы непосредственно в естественной обстановке?

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

102. Когда может быть применено аверсивное обусловливание?
103. Что установил Ричард Соломон в лабораторном исследовании?
104. Каким образом организм может научиться избегать наказания?
105. Что происходит при активном научении?
106. Что происходит при пассивном избегании наказания?
107. При каких условиях наказание оказывается наиболее эффективным для формирования долговременного влияния на поведение?
108. В чём состоит применение скрытой сенситизации (активации) в качестве аверсивной техники?
109. С каких позиций объясняют человеческое поведение менталистские теории?
110. Чем заменил когнитивные феномены бихевиоризм?
111. Приведите пример неадекватности или неэффективности когнитивных реакций.
112. В чём проявляются неэффективные стратегии решения проблем?
113. Если проблемой клиента является дефицит информации, затрудняющий когнитивный контроль за дезадаптивными реакциями, то в чём будет заключаться решение проблемы? Приведите пример.
114. Что позволяют осознавать техники обратной биосвязи?
115. Какова эффективность обратной биосвязи, по сравнению с тренингами мышечной релаксации?
116. В чём состоит техника «остановки мышления»?
117. В чём состоит техника «скрытого утверждения»?
118. Чем объясняется эффективность сочетания техники "остановки мышления" с техникой "скрытого утверждения"?
119. В чём состоит техника «систематического рационального реструктурирования»?
120. В чём состоит техника «самообучающего тренинга»?
121. В чём состоит терапевтический метод инокуляции стресса?
122. Что возникло в результате социально-психологических исследований теории атрибуции?
123. Какой атрибутивный стиль характеризует психологическое здоровье?
124. В чём состоит терапия решением проблем?
125. Каковы принципы мозгового штурма?
126. Каковы терапевтические взаимоотношения в различных формах поведенческих терапий?
127. Что представляет собой моделирование?
128. Какие функции выполняет моделирование?
129. Почему некоторые поведенческие аналитики критически настроены в отношении работы в стенах кабинета?
130. Каково технологическое оборудование поведенческих и когнитивно-поведенческих терапевтов?
131. Какова эффективность технических возможностей поведенческих и когнитивно-поведенческих терапий?

Саратовский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского

132. Каковы профессиональная подготовка и профессиональная компетентность поведенческих и когнитивно-поведенческих терапевтов?
133. Что представляет собой краткая поведенческая терапия?
134. Какие сложности возникают при исследовании эффективности терапии с использованием принципа многочисленных базовых уровней?
135. Какие сложности возникают при исследовании эффективности терапии с использованием принципа ABAB (обратного принципа)?
136. Какова эффективность поведенческой терапии применительно к детям?
137. Какова эффективность поведенческой терапии применительно к взрослым?

Семинар 4. Поведенческие терапии.

Вопросы для обсуждения:

1. Концептуальные постулаты поведенческой терапии.
2. Теория терапевтических процессов в поведенческой терапии: контробусловливание.
3. Теория психопатологии в поведенческой терапии.
4. Теория терапевтических процессов в поведенческой терапии: систематическая десенситизация.
5. Теория терапевтических процессов в поведенческой терапии: тренинг ассертивности.
6. Теория терапевтических процессов в поведенческой терапии: контроль за вероятностями.

Темы для рефератов:

1. История развития и основные понятия поведенческой терапии.
2. Основные концепции поведенческой терапии.
3. Контроль последствий и прогнозирование вероятностей.
4. Биологическая обратная связь.
5. Тренинги ассертивности и релаксации.
6. Характеристики, общие для различных направлений когнитивно-поведенческого подхода.

Литература к семинару 4:

1. Базисное руководство по психотерапии / Хайл-Эварс А., Хайгл Ф., Отт Ю., Рюгер У. СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа: Речь, 2001. С. 393 – 409.
2. Гулина М.А. Терапевтическая и консультативная психология. СПб.: Речь, 2001. С. 93 – 103; 159 – 161.
3. Методы современной психотерапии. М.: Независимая фирма «Класс»,

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

2001. С. 440 – 445.
4. Романин А.Н. Основы психотерапии. М.: Издательский центр «Академия», 2004. С. 72 – 86.

МОДУЛЬ 5. Контрольные задания по дисциплине «Интегральная психотерапия»

Вариант I

1. Сформулируйте ответы на следующие вопросы:

1. Насколько стремительно увеличивалось количество направлений в психотерапии на протяжении последних десятилетий?
2. Сформулируйте определение психотерапии. Почему это определение представляется нейтральным?
3. Назовите общие терапевтические факторы. Сколько всего их выявлено?
4. На чём основаны все так называемые вербальные психотерапии?
5. Как определить корригирующее эмоциональное переживание?
6. Как определить контробусловливание?
7. В чём отличие содержания психотерапии от процесса психотерапии?
8. Что является ядром личности, по З. Фрейду?
9. Какие жизненные стадии выделял З. Фрейд в зависимости от развития сексуальности?
10. Какие защиты формируются на оральной стадии развития?
11. Чем характеризуются латентная и генитальная стадии?
12. Если суть психопатологии заключена на бессознательном уровне, и если человек не осознает психологического значения травмирующих событий, обуздываемых импульсов, тревожности, готовой перерасти в панику, защитного характера симптомов, то каким образом можно помочь человеку?
13. Каковы стандартные психоаналитические процедуры?
14. Что служит подтверждением правильности интерпретации?
15. На каких конфликтах сконцентрирован психоанализ?
16. Почему самоуважение не образует сколько-нибудь значимой содержательной области в психоанализе?
17. В каком случае люди будут стремиться контролировать взаимоотношения?
18. Каким функциям подчинены терапевтические отношения в психоаналитической терапии? Почему они называются двухчастными?
19. В чём состоит особенность неофрейдистских либо психодинамических подходов к психотерапии?
20. Какие проблемы являются центральными для эго-анализа?
21. Какие стадии развития выделяются теоретиками объектных отношений?

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

22. В чём специфика терапевтической работы с пограничными клиентами?
23. Что означает достичь превосходства?
24. Что означает понятие "маскулинный протест"?
25. Что представляет собой креативное "я"?
26. В какой семейной атмосфере формируются патологические личности?
27. Какой стиль жизни формируется, когда родители постоянно оскорбляют ребенка, унижают и высмеивают его, видят в нем одни недостатки?
28. Какие люди склонны констатировать свою неполноценность?
29. Может ли деструктивная жизненная цель сделать жизнь более полной? Почему?
30. Назовите цели библиотерапии?
31. Почему, в отличие от многих терапевтических систем, адлерианцы не останавливаются на анализе проблем клиента? Что ещё входит в их задачу?
32. Что показывает анализ сновидений?
33. Чему способствует терапевт, помогающий клиенту интерпретировать свои сновидения?
34. Какие задания дает клиенту адлерианский терапевт?
35. Что занимает центральное место в адлерианской терапии?
36. О чём свидетельствует врожденная способность к овладению языком?
37. У каких личностей развивается стремление к господству над другими?
38. За счёт чего стремится к полноте жизни креативное "я"?
39. Уверенность в чём создаёт терапевт у клиента?
40. Почему в экзистенциализме отсутствует доминирующая фигура?
41. Чем является мир с точки зрения феноменологии?
42. Чем характеризуется аутентичное существование?
43. Какова определяющая характеристика человеческого существования?
44. Из чего возникает «невротической тревожности»?
45. Приведите примеры "лжи-в-природе".
46. Назовите патологически-реактивные формы времени.
47. К чему стимулирует клиента экзистенциальный терапевт?
48. Какой процесс называется свободным переживанием?
49. Чем пользуется терапевт для понимания феноменологического мира клиента?
50. Аутентичный терапевт вписывается в патологические категории клиента?
51. К употреблению каких специфически человеческих сознательных процессов стимулирует клиента терапевт?
52. Как изменяется в экзистенциализме формула Фрейда?
53. От чего освобождает нас конфронтация "лжи-для-себя"?
54. Когда нам бывает по-настоящему хорошо?
55. Когда человек обнаруживает в себе невротическую вину?
56. Чем вызвана наша изоляция с точки зрения экзистенциалистов?
57. Почему Сартр сказал: "Ад – это другие люди"?

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

58. Можно ли ослабить управление импульсами, живя по собственной воле?
59. Какого осознания требует аутентичность?
60. Какова одна из наилучших возможностей для клиента сделать выбор в пользу аутентичного существования?
61. Почему на первом этапе терапии, терапевт разрешает клиенту лгать и объективировать и при этом не высказывает в открытой форме своего отношения?
62. Выходцами из каких терапевтических систем могут быть экзистенциальные терапевты?
63. На что обращают основное внимание американские экзистенциалисты?
64. Чему близка по форме логотерапия?
65. Контроль над чем необходим для того, чтобы достигать своих целей?
66. Почему клиента учат сосредоточиваться не на своих проблемах, а на своих сильных сторонах?
67. Какова формула терапии реальностью?
68. Что включает в себя актуализирующая тенденция?
69. Что позволяет нам испытывать актуализирующая тенденция?
70. Чему мы должны научиться, по мнению Роджерса?
71. К чему приводит усвоенное самоотношение?
72. При каком условии потребности в позитивном отношении и самоотношении не будут вступать в конфликт с оцениванием на уровне организма?
73. Между чем возникает неконгруэнтность?
74. Какие искажения при этом происходят?
75. Что может привести к сбою в функционировании ригидных защит и вызвать дезорганизацию личности?
76. Почему клиент является уязвимым перед лицом тревожности?
77. Для чего необходимо обесценить условия значимости клиента?
78. Как можно в настоящее время определить процессы изменений в клиентцентрированной терапии?
79. Что означает эмпатия в клиентцентрированном подходе?
80. В каком случае информация об угрожающих переживаниях вероятнее всего будет утрачиваться?
81. К чему обращается терапевт в процессе развития сознания клиента?
82. Как начинает воспринимать свои чувства клиент?
83. Когда клиент становится способен обратить внимание на свои чувства и выразить их?
84. Когда может начать жить в согласии с тем, что он чувствует?
85. Чему прямо пропорциональна ранимость вследствие низкого самоуважения?
86. Как Роджерс определяет идеальные близкие отношения?
87. Когда возникают проблемы контроля в межличностных отношениях?
88. Какую личность считал Роджерс способной войти в общество и полноценно в нем функционировать?

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

89. Каков критерий для оценки актуализирующей тенденции?
90. Какая практика индивидуального приема клиента наиболее распространена?
91. С каким подходом совместим гуманистический подход к терапии?
92. Охарактеризуйте поведение человека в эго-состоянии «Взрослый».
93. Что характерно для стабилизации эго-состояния личности?
94. Перечислите и охарактеризуйте безопасные трансакции.
95. С чем связано возникновение психопатологии на внутриличностном уровне?
96. Что характерно для жизненной позиции "Я ОК, а ты не ОК"?
97. Из чего складывается треугольник жизненной драмы?
98. Какой путь обычно проходит клиент в трансактном анализе?
99. В каком поле проводится осознание проблем клиента?
100. Что ставится в центр анализа эго-состояний?
101. Каким образом стимулировать проявления эго-состояния Ребенок?
102. Что формулируется в терапевтическом контракте?
103. Когда клиент впадает в панику?
104. Какая трансакция является причиной агрессивности?
105. Какое эго-состояние несёт ответственность за возникновение проблем, связанных с контролем?
106. Какой жизненной позиции придерживается здоровая личность?
107. Можно ли такие терапевтические отношения можно считать по настоящему безусловными? Объясните.
108. Что характерно для "психобиологического" подхода в межличностной терапии?
109. В чем отличие поведенческих терапий друг от друга?
110. Раскройте концептуальные постулаты поведенческих терапий.
111. Как назвать терапевтов, которые применяют техники контробусловливания?
112. Какую тревожность сумел ингибировать Вольпе при помощи пищевой реакции?
113. Тревожность как реакцию на какие стимулы учатся проявлять люди?
114. Каковы вторичные симптомы тревожности?
115. Сформулируйте вторую задачу эффективного контробусловливания.
116. Каким образом проводить десенситизацию?
117. В какой степени совместимы друг с другом Ассертивность и тревожность?
118. Что происходит с клиентом по мере того, как тревожность уменьшается?
119. Можно ли одновременно быть порядочным человеком и ассертивной личностью?

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

120. Чем управляется адаптивное и дезадаптивное человеческое поведение?
121. Из какого факта следует зависимость дезадаптивного поведения от средовых стимулов?
122. С какими реакциями связаны проблемы второго типа?
123. В каких условиях применяется стационарный контроль?
124. Что может начать клиент, поняв то, какие именно предпосылки приводят к дезадаптивным реакциям?
125. Какова наиболее распространенная форма обоюдного контроля?
126. Когда может быть применено аверсивное обусловливание?
127. В чём состоит применение скрытой сенситизации (активации) в качестве аверсивной техники?
128. Что позволяют осознавать техники обратной биосвязи?
129. В чём состоит техника «самообучающего тренинга»?
130. Каковы терапевтические взаимоотношения в различных формах поведенческих терапий?
131. Каковы профессиональная подготовка и профессиональная компетентность поведенческих и когнитивно-поведенческих терапевтов?
132. Какова эффективность поведенческой терапии применительно к взрослым?

Вариант II

1. Сформулируйте ответы на следующие вопросы:

1. С какой целью необходимо провести сравнительный анализ огромного количества психотерапевтических систем?
2. Что выступает критерием для сравнения различных систем психотерапии? Назовите и охарактеризуйте все критерии.
3. Что понимается под теорией в научном употреблении?
4. Чем может объясняться успех в половине опубликованных результатов психотерапий?
5. Как определить обратную связь?
6. Как определить самоосвобождение?
7. Что называют экзистенциалисты объективным уровнем психики?
8. В чём состоит различие между нормальной и невротической личностью?
9. Какие черты личности формируются на оральной стадии развития?
10. Почему личность, фиксированная на одной из стадий развития, не является патологической?
11. Каков характер рассуждений на бессознательном уровне?
12. Каковы стандартные психоаналитические процедуры?
13. Из чего состоит приём свободных ассоциаций?
14. Какая информация о клиенте подвергается интерпретации?
15. Почему психоаналитическая терапия прогрессирует медленно?

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

16. От чего зависит контроль в межличностных отношениях?
17. Что характерно для идеальной личности по З. Фрейду?
18. В чём состоит особенность неофрейдистских либо психодинамических подходов к психотерапии?
19. В каких направлениях совершается эволюция психоанализа?
20. Какой тип идентичности является идеальным по Х. Кохуту?
21. Каковы общие черты краткой динамической психотерапии?
22. По каким причинам возникает комплекс неполноценности?
23. Каким образом влияет на стиль жизни опыт раннего детства?
24. В какой семейной атмосфере формируются патологические личности?
25. Какими эгоистическими целями заменяется социальный интерес?
26. От чего защищает личность ритуал, или навязчивое повторение одних и тех же действий?
27. Какой человек способен судить обо всем обществе по нескольким людям?
28. Что способствует осознанию собственного стиля жизни и связанных с ним психологических расстройств?
29. Назовите наиболее распространенные базовые ошибки, допускаемые клиентами при выработке своего мировоззрения.
30. Какие сновидения снятся человеку, который решает подождать и пока не действовать?
31. Благодаря чему достигается уменьшение вероятности невротического реагирования?
32. Как называется наиболее распространенный механизм защиты?
33. Считал ли Адлер, что сексуальный мотив является определяющим в поведении человека?
34. У каких личностей развивается стремление к господству над другими?
35. За счёт чего стремится к полноте жизни креативное "я"?
36. Уверенность в чём создаёт терапевт у клиента?
37. Что может дать экзистенциальная психология психологической науке?
38. Что значит для экзистенциалиста понять другого человека?
39. Почему аутентичное существование является здоровым?
40. Какой характер имеют условия, образующие область "небытия"?
41. В чем отличие экзистенциальной тревожности от невротической тревожности?
42. Какой уровень лжи наиболее распространён?
43. В какой фантазии отрицается непрерывный поток времени?
44. Если в психоанализе клиент говорит первое, что приходит на ум, то в что требуется от клиента в экзистенциальной терапии?
45. Что полнее осознает клиент, свободно выражая свои переживания?
46. Какое решение принимает терапевт после того, как у терапевта сложилось феноменальное понимание клиента?

Саратовский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского

47. Какая необходимость существует с самого начала терапии?
48. Почему путь к аутентичному бытию субъекта вместо бытия объективного симптома клиент должен пройти в одиночестве и сам взять на себя ответственность за делаемые выборы?
49. Что является причиной перенесения по мнению экзистенциалистов?
50. Что оказывается в центре внимания формулы экзистенциалистов?
51. Что можно сказать вопреки утверждениям бихевиористов?
52. Ставит ли экзистенциальный терапевт перед собой задачу подъема самоуважения клиента?
53. Что испытывает человек, когда делает выбор в пользу того, чтобы быть собой?
54. К чему нас мотивирует экзистенциальная вина?
55. Какого желания не должен поддерживать в клиенте терапевт?
56. Может ли гедонистический стиль жизни быть аутентичным?
57. Какой единственной ценности обязан следовать каждый человек?
58. Что неизбежно осознает клиент, когда терапевт будет последовательно отказываться брать на себя заботу о клиенте?
59. Каким должен быть субъективный мир экзистенциального психотерапевта?
60. Какие два типа экзистенциальной терапии существуют?
61. Каково соотношение между экзистенциально-гуманистическими психотерапевтами и экзистенциально-аналитическими психотерапевтами?
62. Какую форму развития сознания представляет собой логотерапия?
63. На удовлетворение каких психологических потребностей нацелено поведение?
64. На чём центрирована терапия реальностью?
65. Какая базовая мотивационная сила имеется у каждого человека?
66. Какой вывод следует из того, что человеку от рождения дан процесс оценивания на уровне организма?
67. Из чего формируется наша "я"-концепция?
68. Когда у нас развивается потребность в позитивном отношении к нашему "я"?
69. В чём проявляется позитивное отношение к нам со стороны других людей?
70. Чем в раннем возрасте учимся мы подменять нашу базовую тенденцию к актуализации?
71. Почему люди начинают избирательно относиться к тому, что они переживают с позиций установленных их родителями условий значимости?
72. Ради чего мы перестаем быть собой и игнорируем естественное оценивание наших переживаний на уровне организма?
73. Как воспринимаются неконгруентные переживания всеми людьми?
74. Что обеспечивает реинтеграцию своего "я" и своих переживаний?
75. Что включает в себя искренность терапевта?

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

76. Когда клиент сможет свободно принять самого себя таким, какой он есть?
77. С какими фразами обращается терапевт к клиенту?
78. Какое устройство заменяется собой личностноцентрированная терапия?
79. Что создаёт клиент с помощью терапевта?
80. Как описывают клиенты свои чувства на начальном этапе терапии?
81. В какой форме часто протекают разрядка и принятие чувств?
82. Какими эмпирическими данными подтверждается возможность свободного самовыражения терапевта?
83. В чём состоит защита от тех переживаний, которые вызывают тревогу?
84. В каком переживании проявляется свобода личности?
85. Когда возможна точная эмпатия?
86. Чтобы необходимо сделать для того, чтобы перестать быть управляемым другими и перестать управлять другими?
87. Когда человеку не требуется злоупотреблять едой, спиртным или курить для того, чтобы уменьшить стресс и на какое-то время почувствовать себя лучше?
88. Какое состояние Роджерс назвал экзистенциальным существованием?
89. Что должно играть центральную роль в краткой терапии?
90. Чем являются эго-состояния?
91. Назовите категории эго-состояния "Родитель".
92. Охарактеризуйте стимульный голод.
93. Перечислите и охарактеризуйте возможные жизненные позиции.
94. В чём заключается смешение?
95. Охарактеризуйте жизненный скрипт "нет ума".
96. С чего начинается развитие сознания клиента в трансактном анализе?
97. В каком состоянии находятся большинство клиентов психотерапевта?
98. Что помогает клиенту лучше осознать собственные эго-состояния?
99. В каком случае клиент будет испытывать проблемы в том, что связано с его реакцией как объективно Взрослого?
100. В чём заключается терапевтическая техника «репетиции скрипта»?
101. На что направлен фокус трансактного анализа?
102. Охарактеризуйте терапию пересмотром решений.
103. При помощи каких игр клиенты пытаются переложить на других людей ответственность за свои жизни?
104. Чем характеризуются люди, которым постоянно необходимо контролировать других?
105. Когда утрачивается смысл?
106. Какое эго-состояние поначалу клиент воспринимает в терапевте?

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

107. Какие межличностные подходы являются основой для межличностной психотерапии?
108. Охарактеризуйте стадии межличностной психотерапии.
109. Что обычно обозначает современное употребление термина «поведенческая терапия»?
110. Какой фокус включает в себя перечисление концептуальных постулатов поведенческой терапии?
111. Какими исследованиями занимался Джозеф Вольпе?
112. Как Вольпе определял научение?
113. Какие безусловные стимулы способны спровоцировать подобные физиологические изменения?
114. Что такое вторичная/опосредованная генерализация?
115. Сформулируйте первую задачу эффективного контробусловливания.
116. Что такое стимульные сцены?
117. Кто оказываются вероятными кандидатами на участие в тренингах ассертивности?
118. Для чего нужны репетиции ассертивного поведения?
119. Какая теория является ведущей в разработке тренингов ассертивности?
120. Действием каких принципов может быть объяснено патологическое и непатологическое поведение?
121. Из какого факта следует зависимость дезадаптивного поведения от средовых стимулов?
122. С какими реакциями связаны проблемы второго типа?
123. В каких условиях применяется стационарный контроль?
124. Что может начать клиент, поняв то, какие именно предпосылки приводят к дезадаптивным реакциям?
125. Какова наиболее распространенная форма обоюдного контроля?
126. Когда может быть применено аверсивное обусловливание?
127. В чём состоит применение скрытой сенситизации (активации) в качестве аверсивной техники?
128. Что позволяют осознавать техники обратной биосвязи?
129. В чём состоит техника «систематического рационального реструктурирования»?
130. Каковы терапевтические взаимоотношения в различных формах поведенческих терапий?
131. Каковы профессиональная подготовка и профессиональная компетентность поведенческих и когнитивно-поведенческих терапевтов?
132. Какова эффективность поведенческой терапии применительно к детям?

Вариант III

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

1. Сформулируйте ответы на следующие вопросы:

1. Какого понимания каждой отдельной системы психотерапии требует сравнительный анализ? Что это означает?
2. Вокруг какого стержня формируются все терапевтические системы?
3. В чём заключается Хоторнский эффект? В чём его значение для психотерапии?
4. Чем может объясняться успех в половине опубликованных результатов психотерапий?
5. Как определить корригирующее эмоциональное переживание?
6. Как определить управление стимулами?
7. Какие основные динамические силы формируют мотивацию личности?
8. Кто переживает бессознательный конфликт?
9. Какие черты личности формируются на фаллической стадии развития?
10. Как можно стать зрелой личностью?
11. В чём состоит работа клиента по развитию сознания в психоаналитической терапии?
12. В чём состоит отличие разъяснения от конфронтации?
13. В чём состоит назначение проработки?
14. Почему у аналитика всегда есть материал для анализа?
15. На каких конфликтах сконцентрирован психоанализ?
16. Как З. Фрейд характеризовал конфликт между суперэго и ид?
17. На чём основан рабочий альянс в психоаналитической терапии?
18. Какие задачи стоят перед эго на ранних стадиях развития?
19. Кого З. Фрейд обозначил термином «объект»?
20. В чём специфика терапевтической работы с нарциссическими клиентами?
21. Что означает достичь превосходства?
22. В чем отличие Фрейда от Адлера в отношении к женщинам?
23. Какие интересы отражаются в здоровом стиле жизни?
24. Какой стиль жизни формируется, когда родители делают за своего ребенка то, с чем ребенок может вполне справиться сам?
25. Какие дети усваивают злобный стиль жизни?
26. От чего защищает личность ритуал, или навязчивое повторение одних и тех же действий?
27. Может ли деструктивная жизненная цель сделать жизнь более полной? Почему?
28. На что полагаются адлерианские терапевты при развитии сознания клиента?
29. Что входит в обучение клиента теории конструирования стиля жизни?
30. Какие сновидения снятся человеку, который хочет убедить себя не предпринимать каких-либо действий?
31. Что приобретает клиент, после того, как он полнее осознал цели своей жизни и сравнил свои эгоистичные цели с социальными?
32. Раскройте секрет решения проблем, связанных с самоуважением.

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

33. Почему адлерианская терапия не решает задачу по коррекции общения?
34. В чём заключается социализирующая роль родителей и терапевтов?
35. Во имя чего отвергается стремление к безопасности и к успеху?
36. С какими клиентами работают адлерианцы?
37. Как определяется экзистенциальная терапия самими экзистенциальными психологами?
38. Чем различаются личности?
39. Какие условия создают "экзистенциальную тревожность"?
40. Что включает в себя аутентичное бытие?
41. Что представляет собой патология?
42. Какой уровень лжи имеет самый сложный характер?
43. Сформулируйте определение понятия "интенциональность".
44. Что является причиной перенесения по мнению экзистенциалистов?
45. К какому переходу стимулирует клиента терапевт?
46. Что должен сделать терапевт для того, чтобы терапия была экзистенциальной?
47. Что должен испытывать клиент после осознания новых альтернатив?
48. В чем наилучшая альтернатива с точки зрения экзистенциализма?
49. Чего позволяет не допустить аутентичность терапевта?
50. Что оказывается единственной защитой от сознательной лжи?
51. Что важнее для аутентичной личности?
52. Какая проблема занимает центральное место в экзистенциальной терапии?
53. Что предполагают близкие отношения?
54. Что значит испытывать враждебность?
55. Каков единственный способ возвыситься над ложью и неаутентичностью?
56. Из чего возникает смысл нашего существования?
57. Чьё будущее мы можем предвидеть?
58. Согласны ли экзистенциалисты с утверждением Роджерса о необходимости точной эмпатии?
59. Кто должен определить, какой должна быть экзистенциальная терапия: длительной или краткой?
60. Каковы основные альтернативы экзистенциальному анализу?
61. На границе с чем существует экзистенциально-гуманистическая терапия?
62. Какой смысл создал для себя Франкл?
63. На что нацелена терапия реальностью?
64. Что происходит с человеком, который начинает игнорировать или отрицать реальность?
65. Каков основной процесс изменений в терапии реальностью?
66. Как определял Роджерс актуализирующую тенденцию? Сформулируйте определение актуализирующей тенденции.
67. Что означает переживаемый или феноменальный мир?

Саратовский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского

68. Когда у нас развивается потребность в позитивном отношении к нашему "я"?
69. Чем начинает руководствоваться человек, когда потребность быть любимым другими становится довлеющей?
70. Во что превращается личность, которая обрела условия собственной значимости?
71. Что утверждал Роджерс по поводу безусловного позитивного отношения?
72. Почему возникает неконгурэнтность?
73. На каком уровне восприятия переживается угроза неконгурэнтности?
74. Чем приходится расплачиваться за применение защит?
75. Какое восприятие друг друга должны обеспечивать терапевтические отношения?
76. Чем вызвана неконгруентность клиента?
77. Что требуется для того, чтобы клиент поверил в участие и эмпатию терапевта?
78. Почему в конце жизни Роджерс писал: "Я вздрагиваю при словах "отражение переживания""?
79. Что может произойти, если терапевт не отразил от себя какие-то из пугающих клиента переживаний?
80. Для чего терапевт выражает переживания клиента живым и богатым языком?
81. Что происходит с клиентом по мере того, как клиент понимает, что он принят терапевтом?
82. Что выразить помогает клиенту терапевт?
83. Что достигается благодаря эмпатической коммуникации терапевта с клиентом?
84. Какую потребность ставит Роджерс в центр внутриличностных проблем?
85. В чём отличие гетерономии от автономии?
86. О чём свидетельствует агрессия?
87. Какую тенденцию упоминал Роджерс среди естественных актуализирующих тенденций?
88. Где расположен источник оправдания смысла жизни?
89. Почему название "клиент-центрированная" нужно заменить словами "личностно-центрированная"?
90. Какое противоречие формирует мотивацию, стимулирующую изменения в поведении клиента?
91. Охарактеризуйте поведение человека в эго-состоянии «Родитель».
92. Что называют стабилизацией эго-состояния личности?
93. Как Хартман определял эго?
94. Что возникает из обмена поглаживаниями?
95. Как происходит выбор жизненного скрипта?
96. В чём заключается исключение (недопущение)?
97. Охарактеризуйте жизненный скрипт "нет радости".

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

98. Что такое структурный анализ?
99. Что такое структурный диагноз?
100. Какое эго-состояние обеспечивает наименьшее искажение при переработке информации?
101. В чём заключается терапевтическая работа с исключением (недопущением)?
102. Что способствует развитию волевой сферы клиента?
103. Какое эго-состояние реагирует тревогой?
104. Почему люди боятся близких отношений?
105. Когда неизбежны перекрестные трансакции?
106. Чем характеризуется идеальная или стабильная личность?
107. Когда терапию можно считать завершенной?
108. Что характерно для межличностной школы психоанализа?
109. В каких форматах можно проводить трансактный анализ?
110. Что выступает основной характерной особенностью поведенческих терапий?
111. Каким образом объяснял Вольпе поведенческие проблемы, связанные с тревожностью?
112. Если обусловленная тревожность тормозит приём пищи, то что возможно при правильном обусловливании?
113. Как Вольпе определял научение?
114. Что оказывается результатом любого стимула или опосредованной генерализации?
115. В чём заключается принцип «взаимного торможения»?
116. Что такое стимульные сцены?
117. Кто оказываются вероятными кандидатами на участие в тренингах ассертивности?
118. Для чего нужны репетиции ассертивного поведения?
119. В чём заключается минимально эффективная реакция?
120. Какая теория является ведущей в разработке тренингов ассертивности?
121. Какие формы применения контробусловливания развились из первоначальных тренингов ассертивности?
122. Что является условием дезадаптивного поведения?
123. С какими реакциями связаны проблемы третьего типа?
124. Что характерно для стационарного контроля?
125. Какое открытие сделал Шехтер в 1971 году?
126. Каковы возможности психотерапевта для непосредственного управления повседневными вероятными подкреплениями при амбулаторной психотерапии?
127. Что установил Ричард Соломон в лабораторном исследовании?
128. С каких позиций объясняют человеческое поведение менталистские теории?
129. Какова эффективность обратной биосвязи, по сравнению с тренингами мышечной релаксации?

Саратовский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского

130. В чём состоит терапевтический метод инокуляции стресса?
131. Что представляет собой моделирование?
132. Какие сложности возникают при исследовании эффективности терапии с использованием принципа АВАВ (обратного принципа)?

Вариант IV

1. Сформулируйте ответы на следующие вопросы:

1. На что направлен интегральный подход к психотерапии? Почему?
2. Зависит ли результат психотерапии от того, какая система применяется? Почему?
3. На чём основаны все так называемые вербальные психотерапии?
4. Как определяется выбор в бихевиоризме и в гуманистической психологии?
5. Что называется в психотерапии переоценкой?
6. Что называют экзистенциалисты объективным уровнем психики?
7. В чём заключается бессознательный конфликт?
8. От чего зависят защиты?
9. Какие защиты формируются на анальной стадии развития?
10. На что указывают симптомы с точки зрения психоаналитиков?
11. С чего начинается работа психотерапевта в психоаналитической терапии?
12. В чём отличие интерпретации от обратной связи с клиентом?
13. Какую роль играет катарсис в психоаналитической терапии?
14. Почему утверждают, что Фрейд избавил мир от генерации невротиков, заменив ее генерацией психопатов?
15. В чём ошибочность представления о том, что Фрейд внес свой вклад в разрушение цивилизации?
16. Что называется отношениями контрпереноса?
17. В чём отличие ид-психологии от эго-психологии?
18. В чём различие в рассмотрении латентной стадии развития З. Фрейдом и Э.Эриксоном?
19. В чём расходятся теоретики объектных отношений? Приведите примеры.
20. Каким принципам следует психоаналитическая психотерапия?
21. Что отражается в придуманном смысле жизни?
22. Что такое стиль жизни?
23. В какой семейной атмосфере формируется здоровая личность?
24. Чему препятствует стремление быть в центре внимания?
25. Где могут формироваться деструктивные цели патологических личностей?
26. Что применяется в адлерианской терапии для того, чтобы клиент осознал свой стиль жизни и тем самым облегчил свое психологическое состояние?

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

27. Что включает в себя анализ жизненного стиля клиента?
28. Какая терапия не является полной с точки зрения адлерианцев?
29. Чему способствует терапевт, помогающий клиенту интерпретировать свои сновидения?
30. Когда у клиента возникает тревога? В чём её назначение?
31. Какую цель преследует терапевтический приём «нажми на кнопку»?
32. О чём впрямую свидетельствует эгоизм?
33. Почему агрессивность – это наихудшее проявление убежденности в том, что эгоистичный интерес выше социального интереса?
34. Когда импульсы становятся проблемой для общества?
35. Прототипом чего выступают терапевтические взаимоотношения в адлерианской терапии?
36. Назовите наиболее видных представителей экзистенциальной терапии.
37. Что передают дефисы в экзистенциальной терминологии?
38. Какая проблема встает перед нами в процессе попыток создать здоровое существование?
39. С чем сопряжена ответственность за те решения, которые мы принимаем?
40. Какова основа любой психопатологии?
41. Как соотносятся друг с другом уровни бытия при психопатологии?
42. Что конструирует человек в процессе лжи?
43. Поскольку источник патологии – ложь, то каким способом можно устранить симптомы?
44. Какой процесс называется свободным переживанием?
45. Если клиент переживает "бытие-с-другими" как дистанцирование, то и как будет вести себя клиент в отношениях с терапевтом?
46. Когда терапия может считаться завершенной?
47. Что происходит с экзистенциальной терапией, если терапевт не способен быть аутентичным?
48. Что произойдёт после того, как клиент осознает, что в мире есть по крайней мере один аутентичный человек?
49. Назовите онтологическую характеристику каждой личности, неотделимую от самого существования и порождаемую угрозами со стороны небытия.
50. Когда защиты остаются ригидными?
51. Можно ли быть совершенно свободным от того, что думают о нас другие?
52. Какую конфронтацию переживает человек, делая выбор в пользу аутентичности?
53. Какая формула выражает объективированные отношения?
54. Что может развиться у человека, когда человек отгораживается от агрессивности?
55. Можно ли быть-с-другими и быть-с-миром, и при этом не становится объектом чужих манипуляций?

Саратовский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского

56. Какой вопрос нужно себе задать, чтобы определиться со смыслом существования?
57. Какова центральная задача экзистенциального терапевта?
58. Каким термином обозначается безусловное согласование переживаний и бытия терапевта с бытием клиента?
59. Какова продолжительность экзистенциального анализа?
60. Назовите три силы в психологии.
61. На что обращают основное внимание европейские экзистенциалисты?
62. С какого вопроса клиенту начинается логотерапия? Почему?
63. Какой подход к терапии разработал Глассер?
64. Зачем терапевт помогает клиенту осознать то, что делает клиент в настоящее время, чтобы у клиента возникла тревога?
65. В чём отправная точка изменения любого безнравственного аспекта общества?
66. Что включает в себя актуализирующая тенденция?
67. Что позволяет нам испытывать актуализирующая тенденция?
68. Чему мы должны научиться по мнению Роджерса?
69. К чему приводит усвоенное самоотношение?
70. При каком условии потребности в позитивном отношении и самоотношении не будут вступать в конфликт с оцениванием на уровне организма?
71. Между чем возникает неконгруэнтность?
72. Что вызывает самофальсификацию себя и своего опыта?
73. Что помогают сохранить защиты?
74. Что необходимо соблюдать для конструктивного изменения личности?
75. Как должен относиться к клиенту терапевт?
76. Без чего клиент не поверит в безусловное позитивное отношение к себе?
77. Что способствует развитию конгруэнтности клиента?
78. Почему Роджерс назвал свою терапию индирективной?
79. Что делает терапевт для компенсации ригидного и дефицитарного стиля переработки информации?
80. Какую переработку информации включает более актуализирующий стиль переживания?
81. В чём видит клиент причину своих проблем на начальном этапе терапии?
82. Какую основу для управления своей жизнью открывает в себе клиент?
83. В каких случаях терапевт не обеспечивает разрядку тех чувств, которые находятся в личности клиента?
84. Какой ценой устраняется угроза своему "я"?
85. Какую способность означает ответственность личности?

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

86. Агрессивность – это данный от рождения импульс, который нужно контролировать?
87. Что необходимо для того, чтобы преодолеть нашу зависимость от интернализированных нами условий значимости и стать цельной личностью?
88. Когда человеку не требуется искать смысл жизни?
89. Что можно порекомендовать тем, кто стремятся стать личностно-центрированными терапевтами и консультантами?
90. Какой конфронтации аккуратно избегает психолог-консультант при мотивационном интервью?
91. Охарактеризуйте поведение человека в эго-состоянии «Ребёнок».
92. В каких ситуациях адаптивно каждое эго-состояние?
93. Охарактеризуйте структурный голод.
94. Какова изначальная жизненная позиция ребёнка?
95. В чём заключается контаминация?
96. Охарактеризуйте жизненный скрипт "нет ума".
97. С чего начинается развитие сознания клиента в трансактном анализе?
98. В каком состоянии находятся большинство клиентов психотерапевта?
99. Что помогает клиенту лучше осознать собственные эго-состояния?
100. В каком случае клиент будет испытывать проблемы в том, что связано с его реакцией как объективно Взрослого?
101. В чём заключается терапевтическая техника «репетиции скрипта»?
102. На что направлен фокус трансактного анализа?
103. Какие функции выполняют игры?
104. При помощи каких игр клиенты пытаются переложить на других людей ответственность за свои жизни?
105. Чем характеризуются люди, которым постоянно необходимо контролировать других?
106. Симптомом чего выступает бессмысленность?
107. Какое эго-состояние чаще всего задействовано со стороны терапевта?
108. Как трансактный аналитик ведет себя с клиентом?
109. Какова связь между психоаналитическим признанием важности переживаний раннего детства и когнитивно-бихевиористским признанием важности средовых стрессоров?
110. Кто авторы альтернативных теорий научения?
111. Соответствуют ли концептуальные постулаты поведенческих терапий медицинской модели психопатологии?
112. Какой подход нацелен на изменение тех вероятностей (подкреплений), которые управляют поведением?
113. Какую тревожность сумел ингибировать Вольпе при помощи пищевой реакции?

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

114. Тревожность как реакцию на какие стимулы учатся проявлять люди?
115. Каковы вторичные симптомы тревожности?
116. Сформулируйте вторую задачу эффективного контробусловливания.
117. Каким образом проводить десенситизацию?
118. В какой степени совместимы друг с другом ассертивность и тревожность?
119. Какой формулой определяется правильная степень трудности?
120. В какой форме тренинг ассертивности предусматривает оперантное обусловливание?
121. Действием каких принципов может быть объяснено патологическое и непатологическое поведение?
122. Какие стимулы называются характерными (дифференциальными)?
123. На какие категории проблем указывает поведенческий анализ?
124. В каких категориях можно обобщить процедуры управления вероятностями?
125. Каково основное правило анализа поведения?
126. Кто принимает участие в управлении вероятностями подкреплений в форме обоюдного контроля?
127. Каково преимущество терапевтической работы непосредственно в естественной обстановке?
128. При каких условиях наказание оказывается наиболее эффективным для формирования долговременного влияния на поведение?
129. Если проблемой клиента является дефицит информации, затрудняющий когнитивный контроль за дезадаптивными реакциями, то в чём будет заключаться решение проблемы? Приведите пример.
130. В чём состоит техника «систематического рационального реструктурирования»?
131. Каковы принципы мозгового штурма?
132. Какие сложности возникают при исследовании эффективности терапии с использованием принципа многочисленных базовых уровней?

Вариант V

1. Сформулируйте ответы на следующие вопросы:

1. Что выступает критерием для сравнения различных систем психотерапии? Назовите и охарактеризуйте все критерии.
2. Назовите общие терапевтические факторы. Сколько всего их выявлено?
3. На что нацелены терапии, занимающиеся развитием самосознания?

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

4. Как определить драматическую разрядку?
5. Как определить управление стимулами?
6. В каких аспектах рассматривал личность З. Фрейд?
7. Какие черты личности формируются на оральной стадии развития?
8. Какие защиты формируются на фаллической стадии развития?
9. На что указывают симптомы с точки зрения психоаналитиков?
10. Из чего состоит приём свободных ассоциаций?
11. Какая аналитическая процедура самая важная? Почему?
12. В чём заключается аналитическая процедура проработки?
13. Почему психоаналитическая терапия прогрессирует медленно?
14. В чём смысл жизни человека по З. Фрейду?
15. Что называется отношениями контрпереноса?
16. В каких направлениях совершается эволюция психоанализа?
17. В чём задача развития по О. Кёрнбергу?
18. В чём специфика терапевтической работы с пограничными клиентами?
19. Какими способами может выражаться стремление к превосходству?
20. Что означает понятие "маскулинный протест"?
21. Какую компенсацию обеспечивают навязчивые состояния?
22. Какие дети усваивают злобный стиль жизни?
23. На основании чего могут формироваться деструктивные цели патологических личностей?
24. Что применяется в адлерианской терапии для того, чтобы клиент осознал свой стиль жизни и тем самым облегчил свое психологическое состояние?
25. В чём заключается адлерианская интерпретация?
26. Что включает интерпретация заключения о стиле жизни клиента?
27. О чём говорят краткие сновидения, в которых почти ничего не происходит?
28. Когда у клиента возникает тревога? В чём её назначение?
29. Чем оправдывает клиент нежелание изменять прежний стиль жизни?
30. Считал ли Адлер, что сексуальный мотив является определяющим в поведении человека?
31. Синонимом чего выступает стремление к трансцендированию?
32. В чём заключается социализирующая роль родителей и терапевтов?
33. Прототипом чего выступают терапевтические взаимоотношения в адлерианской терапии?
34. Чем является личность для экзистенциалистов?
35. Почему аутентичное существование является здоровым?
36. Какой характер имеют условия образуют область "небытия"?
37. Из чего возникает «невротическая тревожность»?
38. На каком уровне существования встречается ложь?
39. Какой уровень лжи имеет самый сложный характер?
40. Назовите патологически-реактивные формы восприятии пространства.

Саратовский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского

41. Разделяют ли экзистенциалисты положение психоанализа о том, что клиент будет повторять свое прошлое поведение и создавать отношения перенесения?
42. Почему клиенты обычно стараются манипулировать терапевтом?
43. Каким отношениям позволяет установиться аутентичность терапевта?
44. К употреблению каких специфически человеческих сознательных процессов стимулирует клиента терапевт?
45. Почему путь к аутентичному бытию субъекта вместо бытия объективного симптома клиент должен пройти в одиночестве и сам взять на себя ответственность за делаемые выборы?
46. Как изменяется в экзистенциализме формула Фрейда?
47. Что мы вынуждены делать, когда мы лжем сами себе?
48. На каком уровне строит самоуважение личность, ориентированная внутрь себя?
49. Что испытывает человек, когда делает выбор в пользу того, чтобы быть собой?
50. К чему нас мотивирует экзистенциальная вина?
51. В чём состоит самое большое насилие, которое может быть совершено?
52. Можно ли быть-с-другими и быть-с-миром, и при этом не становится объектом чужих манипуляций?
53. Какие процессы управляют зрелой личностью?
54. Какой единственной ценности обязан следовать каждый человек?
55. Что неизбежно осознает клиент, когда терапевт будет последовательно отказываться брать на себя заботу о клиенте?
56. Почему на первом этапе терапии, терапевт разрешает клиенту лгать и объективировать и при этом не высказывает в открытой форме своего отношения?
57. На границе с чем существует экзистенциально-гуманистическая терапия?
58. На какую из форм небытия более всего нацелена логотерапия?
59. Почему смысл жизни – это не абстракция?
60. Контроль над чем необходим для того, чтобы достигать своих целей?
61. При каких условиях формируется идентичность неудачи?
62. Как определял Роджерс актуализирующую тенденцию? Сформулируйте определение актуализирующей тенденции.
63. Какой процесс дан человеку от рождения?
64. Что означает переживаемый или феноменальный мир?
65. Что включает в себя наша "я"-концепция?
66. В чём проявляется позитивное отношение к нам со стороны других людей?
67. Что обретает человек, который начинает вести себя в соответствии с интернализованными ценностями значимых других?
68. Что утверждал Роджерс по поводу безусловного позитивного отношения?

Саратовский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского

69. Для чего искажаются переживания и поведение, противоречащие условиям значимости?
70. Что такое разделенная личность?
71. Что происходило бы с людьми, если бы люди осознавали те свои переживания, которые конфликтуют с условиями значимости?
72. Какое восприятие друг друга должны обеспечивать терапевтические отношения?
73. Что означает необходимость для терапевта быть искренним?
74. Каким образом можно обесценить условия значимости клиента?
75. Что требуется для того, чтобы клиент поверил в участие и эмпатию терапевта?
76. Какое устройство заменяется собой личностноцентрированная терапия?
77. Что делает терапевт для компенсации ригидного и дефицитарного стиля переработки информации?
78. Чем является процесс личностноцентрированной терапии?
79. Как описывают клиенты свои чувства на начальном этапе терапии?
80. В чём видит клиент причину своих проблем на начальном этапе терапии?
81. В какой форме часто протекают разрядка и принятие чувств?
82. Какими эмпирическими данными подтверждается возможность свободного самовыражения терапевта?
83. Что достигается благодаря эмпатической коммуникации терапевта с клиентом?
84. Почему стремление к самоуважению – это ловушка?
85. В каком переживании проявляется свобода личности?
86. Когда возможна точная эмпатия?
87. Почему мы позволяем другим людям управлять нами?
88. Почему попытки поставить импульсы под контроль, например диеты, дают кратковременный успех?
89. Каков критерий для оценки актуализирующей тенденции?
90. О чём свидетельствует открытость личности каждому новому переживанию?
91. Какие краткие формы личностно-центрированной терапии Вы знаете?
92. Какой конфронтации аккуратно избегает психолог-консультант при мотивационном интервью?
93. Почему эго-состояние «Ребёнок» считается лучшей частью личности?
94. Из чего образуется мотивация личности?
95. Перечислите и охарактеризуйте безопасные трансакции.
96. Перечислите и охарактеризуйте возможные жизненные позиции.
97. Как называются проблемы, связанные с внутриличностными эго-состояниями?
98. Что характерно для жизненной позиции "Я не ОК, а ты ОК"?
99. Охарактеризуйте жизненный скрипт "нет любви".
100. В каком поле проводится осознание проблем клиента?

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

101. Какое эго-состояние обеспечивает наименьшее искажение при переработке информации?
102. Что такое «комплементарная коммуникация»?
103. Какова терапевтическая функция перекрестных трансакций?
104. Каким образом оценивается развитие сознания клиента?
105. В каком случае терапевт создает клиенту поглаживания?
106. Когда клиент впадает в панику?
107. Когда неизбежны перекрестные трансакции?
108. Какое эго-состояние несёт ответственность за возникновение проблем, связанных с контролем?
109. Какой жизненной позиции придерживается здоровая личность?
110. Какое эго-состояние поначалу клиент воспринимает в терапевте?
111. Какие методы интервенций первоначально разрабатывали Клерман и Вайсман?
112. Какова связь между психоаналитическим признанием важности переживаний раннего детства и когнитивно-бихевиористским признанием важности средовых стрессоров?
113. Охарактеризуйте стадии межличностной психотерапии.
114. Что объединяет все поведенческие подходы?
115. Раскройте концептуальные постулаты поведенческих терапий.
116. Как назвать терапевтов, которые применяют техники контробусловливания?
117. Сформулируйте определение тревожности на языке бихевиористов.
118. В чём заключается принцип «взаимного торможения»?
119. Что такое стимульные сцены?
120. Какие техники применяются в тренингах ассертивности?
121. В чём особенность работы с теми клиентами, которые желают быть ассертивными в тех ситуациях, когда ассертивность может быть наказана?
122. В какой форме тренинг ассертивности предусматривает оперантное обусловливание?
123. Какие стимулы называются характерными (дифференциальными)?
124. Какой характер всегда имеют позитивные последствия учёбы?
125. Что подкрепляет терапевт в большинстве случаев?
126. Когда может быть применено аверсивное обусловливание?
127. Каким образом организм может научиться избегать наказания?
128. При каких условиях наказание оказывается наиболее эффективным для формирования долговременного влияния на поведение?
129. В чём проявляются неэффективные стратегии решения проблем?
130. В чём состоит техника «самообучающего тренинга»?
131. Какой атрибутивный стиль характеризует психологическое здоровье?
132. Какие функции выполняет моделирование?

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского