#### Лекция 1.

#### Психокоррекция и психотерапия: основные понятия, история развития.

#### План

1. История развития психокоррекции и психотерапии как отрасли медицины.
2. История развития психокоррекции и психотерапии как отрасли психологической практики.
3. Возникновение гипноза.
4. Психотерапия и психокоррекция, как и любые другуе отрасли психологии, имеют свою историю — как науки и практики врачевания.

Развитие науки, в том числе и психотерапии, — не линейный, а сложный, многогранный процесс развития с зигзагами, возвратами к уже пройденным этапам. История науки воспроизводит этот путь, прослеживает процесс накопления знаний, эволюцию идей, смену теорий, эскалацию мощи методов и полученных результатов. Она пользуется различными «измерениями», рассматривая их в контексте времени. Имея в поле своего зрения весь спектр «измерений», история науки делает акцент на главном — на развитии содержательной стороны, которая представляет для нее доминирующий интерес.

При рассмотрении накопления психотерапевтических знаний в хронологической последовательности их появления, при постоянном внимании к оценке достижений и неудач на каждом временном этапе открывается неисчерпаемый резервуар «материалов» для новых направлений, теорий, концепций этой молодой и, одновременно, старой отрасли медицинской науки.

В истории психотерапии можно выделить два больших (основных) периода. Первый, донаучный, охватывающий тысячелетия, и второй — всего два столетия, XIX-XX века — научный период психотерапии. История отечественной психотерапевтической мысли включена составляющей частью в развитие мировой психотерапии. Описание истории психотерапии опирается на два основных критерия — внутреннюю логику развития самой науки и влияние внешних социально-экономических, культурных факторов (так называемый исторический фон) на развитие психотерапии, как аспекта психиатрии, а в широком смысле и медицины, психологии, педагогики, социологии, философии.

Важной закономерностью развития психотерапии как науки, вышедшей из врачевания, опирающейся на философию, находящейся на стыке физиологии, психологии, педагогики и социологии, является ее направленность на выработку единой теории. Психоанализ, бихевиоризм, экзистенциализм и др. претендовали именно на такую теорию, однако ни одно из этих направлений на современном этапе не удовлетворяет требованиям единственной теории.

В рамках данного издания нет необходимости в детальном рассмотрении донаучного периода психотерапии. Он пронизан магическими практиками, опирающимися на мифологию древних культур, теологическими толкованиями, мистериями, «тонким чувствованием» и тайными интуитивными знаниями адептов, верой в существование сверхъестественных сил. Именно эти мистические стремления нашли свое выражение в многоликих и причудливых обрядах — от невзыскательно-простых до весьма сложных, но всегда окруженных ореолом таинственности. При всем многообразии мистических подходов, будь то гулкие удары гонга в египетских храмах, неистовый ритм бубна шамана, хоровые пения и танцы африканских колдунов, запах и дым благовонных курений в индийских монастырях, бесконечный речитатив молитв, мерцание свечей и блеск церковного убранства, результаты этих приемов и средств очень похожи. За всей их таинственностью зачастую стояло внушение и самовнушение, развивающееся на фоне наведенного транса или гипнотического состояния. Столетиями мистика была властительницей в толковании подобных феноменов, да и душевных болезней в целом.

Теологическая медицина сменилась медициной метафизической, в которой время от времени возникали научно-реалистические подходы. Заболевания, в том числе и психические, начали рассматриваться как явления естественного порядка и появились попытки соответствующего их лечения. Так, например, в сочинениях Сорана, жившего в Риме в царствование Адриана (II век н. э.), описаны следующие терапевтические приемы: «Следует внимательно изучать содержание неправильных мыслей больного, в соответствии с чем пользоваться полезным действием тех или иных внешних впечатлений, занятных рассказов и новостей; в период выздоровления надо уметь уговорить больного пойти на прогулку, заняться гимнастикой, упражнять свой голос, заставляя читать вслух. Целесообразно при этом подбирать текст, содержащий ошибки, чтобы таким образом вновь пробудить критическую способность... В дальнейшем можно пользоваться и театральными представлениями, способными рассеять печаль, разогнать нелепые страхи».

Впоследствии, в Средние века, научная мысль вообще и медицинская в частности вновь оказывается во власти мистики и схоластики. Особенно ярко это отмечалось в раннем Ренессансе с его процессами ведьм и казнями психически и нервнобольных. Существовали детально разработанные пособия по диагностике ведовства и одержимости демонами (достаточно вспомнить «Молот ведьм», опубликованный в 1487 г. доминиканскими монахами Шпренгером и Иститориусом). По всей Европе на протяжении столетий пылали костры инквизиции, на которых сжигали депрессивных больных с идеями самообвинения, истерическими расстройствами в сумеречном состоянии, параноиков с бредом преследования, с индуцированным помешательством, охватывавшими иногда целые деревни (последняя «колдунья» погибла в 1782 г.!).

И лишь в XVIII веке, во времена Великой французской революции, стимулировавшей коренные изменения всей структуры Средней Европы и одновременно с этим прогресс целого ряда наук, в том числе и медицины, был нанесен удар по вековым суевериям, сопряженным с психическими заболеваниями. Именно в этот период, в эпоху Пинеля (1745-1826), закладываются истинно научные предпосылки дальнейшего развития психиатрии и психотерапии. По разрешению Центрального Бюро Коммуны Пинель снимает цепи с душевнобольных в Бисетре в 1793 г., что явилось переломным моментом в психиатрии — к лицам с психическими расстройствами стали относиться как к обыкновенным больным, которые нуждаются в хорошем обращении и лечении. Пинель заложил основы лечебного режима пребывания и условий содержания душевно больных, что в дальнейшем, через полтора столетия послужило основными предпосылками возникновения научно обоснованной социотерапии, коллективной психотерапии.

В это же время, в 1776 г. была предпринята первая, весьма наивная попытка научного объяснения лечебного влияния внушения в виде теории «животного магнетизма» Месмера (1734-1815). Еще за несколько веков до этого философы, алхимики и врачи уделяли большое внимание таинственной силе магнита, притягивающего или отталкивающего железо. Так, Парацельс (1493-1541), который впервые употребил термин «магнетизм», прикладывал магнит к телу больного, считая, что он притягивает к себе болезнь. Иногда во время лечения магнитом у некоторых пациентов возникало мгновенное излечение. После смерти Парацельса теорию магнетизма развивал Ван Гельмонт (1577-1644), считая посредником притяжения и отталкивания эфироподобный дух, который пронизывает все мировые тела и приводит их в движение. Мессмер в основу своего учения положил магнитно-флюидную теорию Ван Гельмонта и полагал, что магнетическая сила находится в природе повсюду и обусловливает взаимодействие небесных сил, земли и одушевленных существ. В 1766 г. он защитил диссертацию «О влиянии планет...», где обобщил свои умозаключения. Лишь через восемь лет после этого Месмер начинает заниматься лечением магнитом. Вскоре он замечает, что излечение может наступать и при обычном прикосновении или проведении ладоней над телом больного (так называемые «пассы»), и приходит к выводу, что магнит является лишь передатчиком особого флюида, исходящего от человека. Будучи широко образованным человеком и пытливым экспериментатором, Месмер пытается привлечь к обсуждению полученных результатов венскую научную элиту, однако наталкивается на стену полного неприятия и переезжает в Париж, куда уже докатилась молва о его чудодейственном методе. Вообще, в конце XVIII века всякое начинание, чтобы иметь шансы на успех и сделаться активным фактором в историческом смысле, должно было пройти через мировой центр — Париж. Здесь Месмер обретает популярность, проводит коллективные сеансы магнетической терапии при помощи изобретенного им магнетического чана, пользуется покровительством королевы Марии Антуанетты. В 1774 г. Французская академия назначает комиссию для проверки магнетической теории. В комиссию входили крупнейшие ученые авторитеты того времени — Лавуазье, Франклин, Байли и др. После тщательного изучения вопроса и проверки данных комиссия приходит к выводу, что магнетического флюида не существует и все, что связывали с действием последнего, может быть отнесено лишь к влиянию воображения. А ведь именно в нем и заключалась действительная основа терапевтического воздействия месмеровских сеансов, которая в дальнейшем наукой была облечена в термины «внушение» и «самовнушение». Месмер умер в 1815 г. почти в полной безвестности. У него были как свои сторонники и последователи, так и противники. Но несмотря ни на что, надо признать, что он первый предпринял экспериментальное изучение психотерапевтических отношений, до тех пор использовавшихся только в магических опытах. В практике Месмера существовал раппорт (словесный или невербальный контакт гипнотизирующего и гипнотизируемого), однако он не придавал этому большого значения. Когда его ученик и последователь маркиз де Пюсегюр в 1784 г. сообщил о своем открытии сомнамбулизма (наиболее глубокая степень гипнотического состояния) и возможности войти в словесную связь с магнетизируемым, Месмер уже сталкивался с этим явлением и отмахнулся от этого факта, как от малозначащего. Он интересовался исключительно физиологией. Вот почему Месмера можно считать инициатором физиологического течения в объяснении гипноза.

Опыты магнетизеров будоражили умы конца XVIII — начала XIX столетий. По всей Европе проходили выступления магнетизеров, создавались магнетические общества, публиковались головокружительные результаты носителей магнетической силы. Широкое увлечение магнетизмом невольно приковывало внимание научно мыслящих людей. Большинство из них считало, что магнетизм — это обман со стороны магнетизеров и притворство магнетизируемых. К числу таких скептиков относился и английский врач Брэд. В 1841 г. он присутствовал на выступлении магнетизера Лафонтена с целью разоблачить мошенничество месмериста, однако увиденное им заставило Брэда повторно посещать эти сеансы и приступить к самостоятельным опытам. Посредством фиксации взгляда Брэд довольно быстро усыпил своего знакомого и тщательно описал происходящие изменения с испытуемым. (Будет несправедливым не отметить, что фиксация взгляда была впервые применена португальским аббатом Фариа, который описал ее как метод фасцинации еще в 1813 г. Состояние, вызываемое фасцинацией, он называл «люцидным сном»).

Круг испытуемых у Брэда ширился, все более уточнялись детали и способы усыпления. Брэд считал, что вызываемое им состояние — это искусственный нервный сон, возникающий вследствие концентрации внимания и утомления взора. Это состояние он определил специальным термином — гипноз, что, собственно, по гречески и означает сон. Всю свою дальнейшую жизнь Брэд посвятил изучению гипноза. Свой опыт он обобщил в монографии «Неврогипнология» (1843), в которой детально и подробно описано многое из того, что в дальнейшем переоткрывалось вторично из-за незнания трудов Брэда. Брэд решительно опровергал флюидные представления о гипнозе и излагал нейрофизиологическую его теорию, согласно которой гипнотическое состояние возникает при зрительной фиксации. В последние годы жизни Брэд допускал развитие гипнотического состояния и при словесном внушении. Умер он в 1860 г. В этом же году во Франции вышло несколько книг, где в общих чертах был описан метод вызывания искусственного сна и его лечебного применения.

Продолжателем дела Брэда стал врач Льебо (Нанси, Франция), которому в 1860 г. попалась книга с описанием нового метода лечения больных, разработанного Брэдом. Льебо, испытав несколько вариантов усыпления больных, предложил вызывать гипнотический сон, внушая пациенту представления о засыпании неторопливым тихим голосом. Гипнотический сон Льебо разделил на несколько степеней и тщательно описал характерные признаки каждой из них. Заслуга Льебо заключается в том, что он первый систематически использовал словесное внушение в терапевтических целях, уделяя основное внимание психологическим аспектам гипноза. Так с 1860 по 1885 годы к Льебо обратилось 7500 пациентов, причем многим из них он проводил десятки сеансов. В 1866 г. он подытожил свои наблюдения в книге «Сон и подобные ему состояния...», где отстаивал естественно-научный взгляд на природу гипноза. Медицинское сообщество встретило этот труд глухим молчанием. И лишь в 1882 г. главный терапевт медицинского факультета в Нанси Дюмон решил использовать словесное внушение в гипнотическом состоянии для лечения больных в психиатрическом приюте Марвиль. Он приглашает к сотрудничеству Льебо, который охотно делится своим опытом. Вскоре эта работа привлекла внимание профессора терапевтической клиники Бернгейма. Он применяет гипноз в своей клинике и настолько широко вводит его в практику, что лечение словесным внушением используется на равных правах с другими лечебными методами. Бернгейм и до этого практиковал гипноз, опираясь на технику Шарко, но случаи гипнотизации удавались редко, а используя технические приемы Льебо, Бернгейм вызывал гипнотическое состояние у 90 % пациентов. Вокруг Льебо, Бернгейма, Дюмона и тогда еще молодого исследователя Бонн формируется круг нансийских ученых, интересовавшихся проблемами внушения и гипноза, и считавших, что гипноз — это психологически нормальный феномен, вызываемый внушением. Круг исследователей возрос, появлялись новые факты. Так возникла Нансийская школа гипноза, или школа Бернгейма.

Чуть раньше в Париже, в госпитале Сальпетриер знаменитый невропатолог того времени Шарко изучал явления гипнотизма в связи с проверкой теории и метода металлотерапии. Но особенно интенсивно Шарко начинает изучать гипноз и в клинических наблюдениях, и в специальных экспериментах после посещения выступлений магнетизера Донато. Шарко приходит к выводу, что гипноз является патологическим состоянием — искусственным истерическим неврозом. Слушать лекции известного Шарко с яркими показательными демонстрациями съезжались врачи со всех концов Европы. Вокруг Шарко сосредотачиваются многие видные ученые Парижа — Рише, Жане, де ля Туретт, Фере, Бине, Бабинский. Они вели свои исследования в том же русле, разделяя в общем предложенную Шарко точку зрения. Так возникла Сальпетриерская школа, или школа Шарко.

Между двумя научными школами шла ожесточенная многолетняя борьба, развернувшаяся на страницах медицинской печати и конгрессах. По характеру взглядов Сальпетриерская школа во главе с Шарко считалась физиологической, а Нансийская, возглавляемая Бернгеймом — психологической.

Сальпетриерская школа рассматривала гипнотическое состояние как экспериментально вызванное невротическое расстройство илиискусственный невроз, разнообразные проявления которого зависели от воли экспериментатора. Способы вызывания гипнотического состояния могли быть как физическими, так и психическими. Согласно взглядам Нансийской школы гипноз — это особое психическое состояние или сон, вызванный непосредственно внушением. Состояние гипноза можно вызвать у совершенно здоровых людей, и это состояние ничего болезненного собой не представляет, а, напротив, благодаря повышению восприимчивости человека к внушениям во время гипнотического состояния, последнее является важным и действенным методом лечения различных расстройств. В конечном итоге взгляды Нансийской школы были поддержаны большинством исследователей в области гипноза.

В России изучением гипноза занимались многие видные ученые своего времени: Данилевский, Токарский, Бехтерев, Янушкевич, Тарханов.

Данилевским в 1878 г. на заседании Харьковского медицинского общества было сделано официальное сообщение о результатах наблюдения гипноза у лягушки. В своем докладе он высказывал идею о родстве гипноза у животных и человека. В начале 80-х годов XIX века Токарский впервые начал читать курс гипнологии в Московском университете. Молодой Бехтерев в 1884 г. находился на стажировке в Сальпетриере у профессора Шарко и по возвращении в Россию много времени уделял изучению гипноза и его лечебного воздействия.

Изучение гипноза в России имело свои препятствия, возникшие из-за одного казуистического случая. В 70-х годах XIX века по Европе гастролировал известный магнетизер Ганзен. Во время выступления в одном, близком к высшим медицинским сферам того времени, доме Санкт-Петербурга, куда были приглашены видные психиатры во главе с профессором Мержеевским, Ганзен безуспешно пытался магнетизировать двух молодых людей, у которых практически все его действия вызывали насмешку. Сеанс провалился, Ганзен с позором уехал, а профессор Мержеевский с негодованием по поводу такого шарлатанства обратился в Медицинский Совет. Медицинским Советом были запрещены публичные сеансы гипнотизма и наложены ограничения на применение гипноза и врачами (сеансы гипнотизации необходимо было проводить в присутствии третьего лица, обязательно врача). Серьезные врачи отказались от применения гипноза в своей практике, чтобы не рисковать своим именем и положением, а это привело к тому, что гипноз как лечебное средство начали использовать профессиональные гипнотизеры-шарлатаны. Потребовались годы, чтобы добиться отмены ограничений на использование гипноза в медицинских целях. Будучи уже профессором, Бехтерев докладывал Медицинскому Совету о необходимости снятия запрета, что и было сделано соответствующим постановлением.

Таким образом, к 80-м годам XIX века относится усиленная научная разработка гипноза как лечебного метода, что оказало в свою очередь доминирующее влияние на выяснение этиологической роли психогенных факторов в развитии неврозов. Гипноз стал началом всей научной психотерапии, во всем многообразии ее методов.

Вообще, вторая половина XIX века характеризовалась небывалым интересом к естественно-научным проблемам. Успехи физики и химии дали значительный толчок развитию физиологии. Работы Мюллера, Холла, Брока определили экспериментальные подходы к изучению мозга. Патологическая анатомия и гистология достигли необычайного рассвета в трудах Вирхова. В 1859 г. мир узнал эволюционную теорию Дарвина. В 1866 г. в России были отпечатаны «Рефлексы головного мозга» Сеченова и в этом же году книга была запрещена властями, в Лейпциге Вундтом была открыта первая лаборатория экспериментальной психологии, Тьюк в 1872 г. впервые ввел в научный обиход термин «психотерапия».

В Европе золотой век гипноза подходил к концу. Апогеем стал Первый Интернациональный конгресс «Гипнотизм экспериментальный и лечебный», проходивший в Париже в августе 1889 г. под почетным председательством Шарко. В конгрессе участвовали Ломброзо, Льебо, Бернгейм, Дежерин, Жане, Бабинский, Форель, Маньян, Фрейд, Джеймс, Бехтерев и многие другие известные ученые, что подтверждало большой интерес и официальное признание этого вида психотерапии.

Школа Нанси стала приписывать большее значение внушению, чем самому гипнозу. Фармацевт Куэ в 1910 г. открыл в Нанси собственную клинику, где лечил по своей методике. В создание метода лечебного самовнушения внесли вклад Тарханов, Бехтерев, Боткин, разработав собственные оригинальные приемы. Скромная по содержанию формула самовнушения Куэ легла в основу таких методов, как аутогенная тренировка, биологическая обратная связь, медитация, релаксация и др.

С конца 90-х годов XIX века, как реакция на чрезмерную экспансию гипноза, стали разрабатываться принципиально иные методы психотерапевтических воздействий. Говоря о стыке веков, нельзя не вспомнить о том, что это было переходное время от постклассицизма к модерну в литературе и искусстве, математика окончательно уступает «пальму первенства» физике, стремительно развивается психология. Это переходное время в России получает поэтическое название «серебряный век».

В Швейцарии увлеченно занимается психотерапией невропатолог Дюбуа, он был знаком с работами Шарко и Льебо, посещал Бернгейма в Нанси, одно время был увлечен гипнозом, но по мере накопления наблюдений полностью отошел от гипноза и внушения, разработал метод рациональной психотерапии, который противопоставил гипнозу и описал в книге «Психоневрозы и их психическое лечение». Рациональная психотерапия, опираясь, по словам Дюбуа, на «убедительную диалектику» и «силлогистические доказательства» , рассеивает ошибки в суждениях больного о характере и природе его заболевания. Снятие неопределенности, коррекция противоречивости, непоследовательности в представлениях пациента, касающихся его болезни — таковы основные звенья воздействия рациональной психотерапии. Направление психотерапии, заложенное Дюбуа, несомненно явилось принципиально новым и не утратило своего значения и в настоящее время. Рациональная психотерапия входит практически во все виды психотерапии. Взгляды Дюбуа критиковались, в первую очередь, из-за отсутствия эмоциональной поддержки пациента. В 1910 г. французский невропатолог Дежерин, критикуя прямое внушение, с одной стороны, и рациональную психотерапию — с другой, предложил метод психотерапии посредством убеждения, основанный на безусловном эмоциональном доверии пациента к врачу. «Между рассуждением и принятием его данным лицом существует... элемент чрезвычайной важности, это — чувство. И одно только чувство создает эту атмосферу доверия, без которого не может быть психотерапии...». Оригинальный психотерапевтический метод — «арететерапия» был предложен в 1908 г. русским врачом-терапевтом Яроцким, профессором медицинского факультета Юрьевского университета. Греческое слово arete включает такие понятия, как доблесть и добродетель, стремление к осуществлению высоких идеалов и нравственному совершенствованию. Психотерапевтическое воздействие опиралось на высшие проявления духовной жизни, а именно на нравственные стороны человеческой личности. В своей работе «Идеализм как физиологический фактор», вышедшей в свет в 1908 г., Яроцкий обосновывал положение о важнейшей роли нравственной стороны духовной жизни человека в развитии и течении его болезни. Этические (идеалистические) стороны личности не только обусловливают поведение человека и его жизненный путь, но являются также важными факторами, влияющими на особенности протекания физиологических процессов в организме. Истинная причина заболевания, по убеждению Яроцкого, находится в глубоких пластах духовной жизни, с чем он и связывал роль предложенного им метода в сохранении и восстановлении здоровья человека.

Своеобразный метод психотерапии был предложен немецким врачом Марциновским в 1909 г. — лечение идеалами (психотерапия миросозерцанием), суть которого заключалась в формировании у пациентов целительного духовного миросозерцания: пациент поднимается над своей страдающей, обремененной проблемами личностью и начинает видеть себя частицей человечества в целом и вообще всей Природы. Возвращая личность страдающего пациента в лоно общечеловеческих и духовных ценностей через осознание своей индивидуальности и самоценности собственного существования, достигаются изменения болезненных представлений, снижение и исчезновение нервности и тревожности. Психотерапия идеалами проходит в теплой и открытой атмосфере, располагающей пациента к доверительному общению с врачом.

Сравнивая методы психотерапии Дежерина и Марциновского с некоторыми современными подходами, можно увидеть нечто общее и с гуманистической школой, и с экзистенциальным направлением в психотерапии.

В 1895 г. Брейер и Фрейд публикуют совместную работу «Исследования по истерии», где описан психокатарсический метод лечения истерических расстройств. Для достижения лечебного эффекта, находящемуся в гипнотическом сне пациенту предлагалось вспомнить о событиях, которые предположительно вызывали тот или иной симптом. Феномен избавления от симптома при воспоминаниях в состоянии гипнотического сна о психотравмирующей ситуации Брейер и называл «катарсисом». Фрейд считал, что метод катарсического отреагирования Брейера дал ему ключ к пониманию истерии. В этом же году Фрейд отказывается от использования гипноза и начинает развивать психотерапевтическую систему, основанную на выявлении особенностей переживаний и действий человека, обусловленных неосознаваемыми мотивами — психоанализ. Фрейд тщательно занимался самоанализом и многие его теоретические рассуждения основывались на собственных невротических расстройствах. Основным средством самоанализа Фрейд считал анализ сновидений и в 1900 г. обобщил свой опыт в книге «Толкование сновидений», которая и сегодня считается одной из главных его работ. В 1901 г. Фрейд опубликовал книгу «Психопатология обыденной жизни», где высказал и обосновал предположение о том, что бессознательные идеи, конкурируя между собой за прорыв в сознание, оказывают существенное влияние на мысли, поступки и действия человека, изменяя их. Оговорка или простая забывчивость на самом деле отражают реальные, но еще не осознанные мотивы. Идеи Фрейда обрели популярность в среде студентов, практикующих врачей, художников и писателей, образованных людей того времени. Его теоретические представления о доминировании сексуального в жизни человека вызвали жесткую критику со стороны ученых мира. В 1902 г. к Фрейду обратилась группа студентов, в том числе Адлер и Юнг, с просьбой руководить еженедельным семинаром по проблемам психоанализа. Так возникла психоаналитическая школа Фрейда, которая создала основные теоретические предпосылки для формирования одного из трех доминирующих направлений современной психотерапии — динамического направления, объединяющего в себе большое число видов психотерапии, опирающихся на концепцию бессознательного. В 1905 г. Фрейд издал «Три очерка по теории сексуальности», где описал психосексуальные стадии развития ребенка, когда его психика концентрируется вокруг определенных эрогенных зон, и считал, что истоки невротических расстройств следует искать в детских переживаниях пациентов, бессознательном влечении ребенка к родителю противоположного пола и желании заменить собой или устранить родителя своего пола — эдипов комплекс. Фрейд стал первым теоретиком, указавшим на важность исследования детства для понимания природы психики человека. В период с 1900 по 1910 г. профессиональное положение Фрейда значительно упрочилось, частная практика процветала, пришло международное признание, ширились ряды последователей.

В 1911 г. из-за теоретических расхождений от Фрейда отошел Адлер — основатель индивидуальной психологии, идеи которого стали распространяться по всей Европе. Адлер утверждал, что цели и ожидания человека больше влияют на поведение, чем прошлый опыт, а основным побудительным мотивом является достижение превосходства и адаптация к среде. Он подчеркивал значительное влияние социума на каждого человека и большую важность социальных интересов — чувство общности, кооперации и альтруизма. Адлер отвергал антагонизм сознательного и бессознательного в человеке. Одним из первых он привлек внимание к роли неправильного семейного воспитания (эмоционального отвержения и попустительства) в возникновении неврозов. В 1914 г. от Фрейда отошел и швейцарский психиатр Юнг, которого он считал своим духовным сыном и наследником психоаналитической школы. Юнг разработал собственную аналитическую психологию, в которой интерпретировал либидо не как сексуальную энергию, а как жизненную энергию вообще, где секс присутствует как один из компонентов. Он ввел понятие коллективного бессознательного как наиболее глубокого уровня психической деятельности, содержащего в себе архетипы (врожденный опыт прошлых поколений). В дальнейшем Юнг выделяет психологические типы, определяет понятия интроверсии и экстраверсии, так широко известные в настоящее время.

В 1914 г. мир всколыхнула Первая мировая война, в которую были вовлечены не только страны Европы, но и Соединенные Штаты Америки. Наблюдая эту кровавую бойню, Фрейд развивает тезис, что агрессия является такой же побудительной силой, как и секс. Это стало еще одним поворотным пунктом в системе психоанализа и дополнило теорию Фрейда об общем психическом развитии человека. Психоанализ приобрел статус законченной и целостной теоретической системы, включавшей в себя теории развития человека, психологического происхождения неврозов и психоаналитической терапии. В дальнейшем последователи психоанализа разрабатывали собственные теории, опираясь на эти три прочные основы. Помимо индивидуальной психологии Адлера и аналитической психологии Юнга психоанализ Фрейда явился основой активной аналитической терапии Штекеля, волевой теории Ранка, интерперсональной психотерапии Салливана, характерологического анализа Райха, интенсивной психотерапии Фромм-Райхманн, Эго-анализа Кляйн, характерологического анализа Хорни, гуманистического психоанализа Фромма и многих других. Период создания этих теорий охватывает десятилетия как до Второй мировой войны, так и после нее. В последние годы жизни Фрейд в своих работах все больше уделял внимание психоаналитическому толкованию развития общества. Психоанализ проник не только в психиатрию и психологию, но и в литературу и искусство, культурологию, антропологию и социологию. Не случайно Фрейда причисляют к выдающимся ученым XX века. После того, как к власти в Германии пришли фашисты, официальная их позиция в отношении к психоанализу нашла свое отражение в публичном сожжении книг Фрейда в мае 1933 г. Многие евреи, ученики Фрейда — психологи и психоаналитики, эмигрировали в другие страны, в основном в США, начиная уже с 1934 г. Фрейд оставался в Вене до 1938 г., а когда германские войска вошли в Австрию — выехал в Англию, где и умер в 1939 г. С тех пор мировым центром психоанализа стали Соединенные Штаты Америки.

В России интерес к психоанализу опосредовался клинической проверкой гипотез Фрейда и имел как своих сторонников, так и противников. Российские ученые встретили идеи Фрейда о ведущем значении в происхождении неврозов сексуальных переживаний со спокойным интересом.

К этому времени в России уже были известны сенсационная «Сексуальная психопатология» Крафт-Эбинга, работы Молля, посвященные проблемам детской сексуальности, исследования Бине о сексуальных извращениях. Критические замечания в адрес психоанализа касались лишь односторонности взглядов Фрейда, игнорирования им других факторов в происхождении неврозов, помимо сексуальности. Практически каждая публикация Фрейда отражалась в реферативных обзорах на страницах «Журнала невропатологии и психиатрии». Большинство крупных работ было переведено на русский язык и издано отдельными книгами. С 1910 по 1914 г. регулярно выходил журнал «Психотерапия. Обозрение вопросов психического лечения и прикладной психологии», где публиковались статьи русских последователей Фрейда, обзоры зарубежных публикаций. Вопросам психоанализа особое внимание уделяли такие русские врачи и ученые, как Осипов, Вырубов, Асатиани, Вульф, Розенталь, Лурия, Лившиц и др. После Октябрьской революции 1917 г. и гражданской войны в Советской России еще продолжалось изучение психоанализа. Были наивные попытки объединения психоанализа с марксизмом, носивших общее название фрейдомарксизма (Лурия, Фридман). После того как марксизм-ленинизм в СССР стал единственной теорией, фрейдизм, как и бихевиоризм и другие психологические концепции, были подвергнуты жесткой критике и запрещены, как пропаганда буржуазной идеологии. В январе 1930 г. прошел Первый Всесоюзный съезд по изучению поведения человека, а вслед за ним реактологическая дискуссия 1930-1931 гг., которые определили «единственно верный» методологический фундамент советской психологии на основе ленинской теории отражения. «Самокритика» не обошла таких выдающихся психологов того времени, как Выготский, Корнилов, Добрынин и др. Развитие прикладной психологии у нас в стране было приостановлено на многие годы после Постановления ЦК ВКП(б) в июле 1936 г. «О педологических извращениях в системе наркомпросов». Идеологизация психологии и психотерапии, длительная изоляция от ведущих направлений этих наук в других странах, тенденция к биологизации медицины в целом явились причиной задержки развития психотерапии при формальном признании значимости ее роли в медицине. В эти особенно сложные для научной и практической психологии и психотерапии годы, продлившиеся вплоть до 60-х, Выготский, Лурия, Мясищев, Лебединский, Зейгарник и сравнительно небольшое число других исследователей своими трудами поддерживали развитие психотерапии и психологии в медицине в нашей стране.

Внутренняя логика развития отечественной психотерапии соответствовала теоретическим исследованиям таких ведущих ученых с мировым именем, как академики Бехтерев и Павлов (лауреат Нобелевской премии 1904 г.), которые были воспитаны на учении о нервизме, разработанном плеядой выдающихся русских врачей конца XVIII-XIX века — Зыбелиным, Мудровым, Дядьковским, Захарьиным, Манассеиным, Боткиным. Экспериментальное изучение высшей нервной деятельности в лабораториях Павлова, выделение типов нервной деятельности (физиологический эквивалент темперамента) , взаимосвязей между первой и второй сигнальными системами привело к теоретическому обоснованию экспериментальных неврозов, которое Павлов перенес в клинику нервных болезней. Таким образом был заложен методологический фундамент патофизиологической теории неврозов и их психотерапии. Это направление получило название — павловская психотерапия, использовавшая на практике экспериментальные данные о возникновении и угашении условных рефлексов, понятия о торможении, иррадиации, индукции, фазовых состояниях. Этими терминами описывался и сам психотерапевтический процесс. Павловская психотерапия привлекла внимание многих врачей и исследователей, которые в теории и на практике развивали и дополняли ее новыми данными. Бирман разработал в 30-е годы глубокую аналитически-диалектическую психотерапию, отводя ведущую роль исправлению извращенной целевой социо-рефлекторной установки невротической личности посредством социо-рефлексотерапии. Платонов в систематических экспериментальных исследованиях изучал гипноз и его использование в терапевтических целях, опираясь на физиологическое воздействие вербальных стимулов на кору головного мозга. Объяснение, убеждение и суггестивное влияние, воздействуя на динамику корковых процессов, изменяют в желаемом направлении сознание пациента, его эмоциональную сферу, эндокринно-вегетативные и другие физиологические процессы. Значительный вклад в развитие павловской школы в психотерапии внесли также Майоров, Буль, Лебединский, Вольперт, Слободяник, Свядощ, Рожнов и многие другие.

Большим авторитетом в психиатрических кругах Москвы пользовался известный психотерапевт Консторум (1890-1950). Он разработал оригинальный подход, названный им активирующей психотерапией, которая имела своей целью перестройку неадекватно переживающей и реагирующей психики не только и не столько путем словесного обращения к интеллекту и эмоциям больного, к его мироощущению и мировоззрению, сколько через изменение и корригирование его мироотношения. Активирующая психотерапия Консторума включала разъяснение роли целенаправленности и воли пациента к здоровью, обратимости имеющихся расстройств в сочетании с суггестивной психотерапией. Результаты научной и практической деятельности Консторума были опубликованы в книге «Опыт практической психотерапии» в 1959 г. уже после его смерти.

В 30-40-е годы в Ленинграде была разработана патогенетическая психотерапия, теоретическую основу которой составила психология отношений Мясищева (1893-1973). Ученик Бехтерева, Лазурского, Басова, Мясищев развил теоретические построения о взаимоотношениях личности и среды своих учителей и развил концепцию психологии личности как системы отношений индивида к окружающей действительности, в отличие от обычного понимания, рассматривающего личность как систему функций. На основании психологии отношений Мясищев в 1939 г. сформулировал клинико-патогенетическую концепцию неврозов, согласно которой основным патогенным звеном в возникновении невротических расстройств выступают противоречия в тенденциях и возможностях личности с требованиями и возможностями, предоставляемыми средой и воспринимаемые личностью как неразрешимые. Теоретические положения Мясищева были развиты его соратниками, учениками и последователями: Авербухом, Яковлевой, Плотниковой, Хвиливицким, Зачепицким, Страумитом. Таковы были истоки Ленинградской (Санкт-Петербургской) личностно-ориентированной школы психотерапии.

Вернемся вновь к началу XX века. В 1913 г. в США журнал «Психологическое обозрение» публикует статью Уотсона, молодого профессора университета Хопкинса, в которой он критиковал структурную и функциональную психологию, доминировавшую в то время. Уотсон призывал рассматривать психологию как объективную экспериментальную область естественных наук, основной теоретической задачей которой должно быть прогнозирование поведения человека и управление поведением. С этого момента начинает свое развитие бихевиоризм, как отдельное направление в психологии, антагонистичное психоаналитической системе и определившее теоретические основы поведенческой психотерапии. Значительное влияние на формирование бихевиоризма оказали условно-рефлекторная теория Павлова и теория сочетательных рефлексов Бехтерева. Павлов продемонстрировал в своих экспериментах, что высшая нервная деятельность может описываться в терминах физиологии, на подопытных животных и без привлечения понятия сознания. Работы Павлова позволили изучать сложное и многогранное поведение человека в лабораторных условиях. Уотсон воспользовался этой идеей и сделал ее основой своей программы. Павлов с удовлетворением отмечал, что работы Уотсона и дальнейшее развитие бихевиоризма в США являются убедительным подтверждением его идей и методов. Бехтерев опубликовал свои представления о сочетательных рефлексах в семитомнике «Основы учения о функциях мозга» (1903-1907). Он полагал, что поведение высшего уровня можно объяснить как сочетание или накопление моторных рефлексов более низкого уровня. Процессам мышления присущ аналогичный характер в том смысле, что они зависят от внутренних действий речевой мускулатуры. Это положение и было развито позднее Уотсоном. «Основы учения о функциях мозга» были переведены на немецкий и французский языки в 1913 г., именно тогда эту книгу и прочитал Уотсон. Бихевиоризм Уотсона представлял собой попытку построить науку, свободную от менталистических понятий и субъективных методов, науку столь же объективную и здравомыслящую, как и физика. Это означало, что все сферы поведения должны были рассматриваться в объективных терминах «стимул-реакция». Эксперименты Уотсона с условными рефлексами привели его к заключению, что эмоциональные расстройства невозможно свести только к сексуальным факторам, как утверждал Фрейд. Уотсон считал, что проблемы взрослого человека связаны с обусловленными реакциями, сформированными в детстве или подростковом возрасте. А если они являются следствием неправильного воспитания в детстве, то соответствующим воспитанием можно предотвратить появление расстройств в более зрелом возрасте. Он разработал программу оздоровления общества — экспериментальную этику, основанную на принципах бихевиоризма. Несмотря на то, что эта программа так и не достигла поставленных целей, сам Уотсон получил широкое признание.

К 1930 г. бихевиоризм представлял собой уже крупную научную школу и в дальнейшем продолжил свое развитие в работах необихевиористов Толмена, Халла и Скиннера, опиравшихся на принципы операционизма Бриджмена. Толмен в 1932 г. описал собственную систему целенаправленного бихевиоризма, определяющую целенаправленность поведения, ввел важное для бихевиоризма понятие промежуточной переменной и латентного научения, чем оказал большое влияние на дальнейшее развитие теории научения. Халл дополнил теорию научения законом о первичном и вторичном подкреплении, ввел в науку гипотетико-дедуктивный метод, который он считал единственно адекватным методом бихевиоризма. Самой влиятельной фигурой необихевиоризма на протяжении нескольких десятилетий был Скиннер (всеобщее признание его пришлось на послевоенные годы). Он выдвинул концепцию оперантного научения, согласно которой организм приобретает новые реакции, благодаря тому, что сам подкрепляет их, и только после этого внешний стимул вызывает реакции. Речь человека Скиннер считал вербальным поведением, подлежащим подкреплению, прогнозированию и управлению. Взгляды на природу процесса научения вышли за пределы лабораторий и воплотились в концепции программированного обучения. Начиная с 50-х годов, методы оперантного бихевиоризма распространились на психотерапевтическую практику и воплотились в поведенческой психотерапии, главной целью которой стали формирование и укрепление способности к действиям, приобретение техник, позволяющих улучшить самоконтроль. 1950-1960-е годы — период становления поведенческой психотерапии как самостоятельного направления. Работы Вольпе и Лазаруса в ЮАР, Шапиро и Айзенка в Англии, Азрина и Айллона в США привели к растущей популярности поведенческой психотерапии в 60-70-е годы, когда она стала одним из ведущих психотерапевтических направлений мировой психотерапии. Мощным толчком для дальнейшего развития бихевиоризма и поведенческой психотерапии явилась социальная когнитивная теория Бандуры, определившая социально-бихевиористский подход в психологии. Социальное научение, согласно теории Бандуры, формируется через наблюдение. Одно лишь наблюдение за моделью позволяет формировать новые стереотипы поведения, ранее отсутствовавшие у животного или человека. В дальнейшем это привело к теоретическим обобщениям, получившим название концепции самоэффективности.

Последующий отход от первоначальной парадигмы поведенческой психотерапии (стимул-реакция), рассматривающий когниции как промежуточные переменные, как структурирующие и регуляционные компоненты эмоциональных, мотивационных и моторных процессов, отражают теории Эллиса и Бека. В рационально-эмоциональной психотерапии Эллиса главной промежуточной переменной, делающей понятной связь между стимулом и поведением, являются рациональные и иррациональные когниции. В когнитивной психотерапии Бека определяющей переменной являются реалистичные и нереалистичные (связанные с ошибками в когнитивных выводах) когниции. И Элис, и Бек признают связь когнитивных и поведенческих переменных при доминирующем значении первых. С их точки зрения центром воздействия психотерапии должны быть промежуточные когнитивные переменные.

Попытка интеграции когнитивного и поведенческого подходов связана с именем Мейхенбаума. Его работы можно рассматривать как дальнейшее развитие идей Лурия и Выготского о внутренней речи. Разработанные им методика самоинструктирования, прививка против стресса представляют собой способы овладения внутренней речью в виде самовербализации.

Таково же направление работ Махони, рассматривающего когнитивные переменные и их модификации как главный объект и цель когнитивно-поведенческой психотерапии.

Таким образом, поведенческая психотерапия сегодня — это развивающееся направление в психотерапии. Начав с теорий научения, построенных по схеме «стимул-реакция», она использовала далее когнитивные и социальные теории научения, а в последние годы пытается опереться на теории переработки информации, коммуникации и даже больших систем.

Во второй половине XX века, после Второй мировой войны 1941-1945 гг., два ведущих направления — психоанализ и бихевиоризм — претерпевают изменения и существенно преобразуются. В философии, психологии и психотерапии, вначале в Европе, а затем и в США начинает активно развиваться экзистенциализм, который зародился в недрах французского сопротивления немецкой оккупации. Первыми представителями этого течения, сплотившего вокруг себя интеллектуалов того времени, считаются философ Сартр и романист Камю, лауреаты Нобелевской премии по литературе. Идеи экзистенциализма в религиозной философии кристаллизовались благодаря работам Бубера и Тиллиха. На развитие этого учения в психологии значительно повлияли труды Хайдеггера. Его центральной идеей является понимание человеческого существования через «бытие-в-мире». Швейцарские психиатры Бинсвангер и Босс перенесли онтологию абстрактного Бытия на проблемы изучения бытия индивидуального и, на основе богатейшего клинического материала, разработали так называемый бытийный (дазайн) анализ, направленный на реконструкцию внутреннего мира опыта. Наряду с ними Ясперс и Франкл предпринимали небезуспешные попытки внедрить положения экзистенциальной психологии в клиническую психотерапию. В США крупнейшим представителем экзистенциализма в психологии и психотерапии считается Мэй, идеи которого способствовали значительной популяризации экзистенциальной психотерапии среди специалистов. Экзистенциализм становится основанием для развития гуманистически ориентированной психологии.

В 60-е годы XX века в американской психологии возникает новое направление, получившее название гуманистической психологии. Это направление возникло как противовес дилемме бихевиоризм — психоанализ и открыло новый взгляд на природу психики человека. Основные принципы гуманистического направления заключаются в признании ведущей роли сознательного опыта и целостном характере природы человека с акцентом на свободе воли, спонтанности и творческой силе индивида. Основоположниками гуманистического направления считаются Маслоу (1908-1970) и Роджерс (1902-1987). Стремление личности к самоактуализации по Маслоу является высшей человеческой потребностью, которая достигается удовлетворением всей иерархии нижележащих потребностей человека от физиологических до потребности в уважении и самоуважении. Патология же — это ослабление человека, потеря или неосуществленность человеческих возможностей. В отличии от Маслоу, Роджерс пришел к концепции о стремлении человека к самоактуализации через осмысление опыта занятий с эмоционально неуравновешенными детьми в годы работы в консультационном кабинете «Общества по предотвращению насилия над людьми». Роджерс известен, прежде всего, своей клиент-центрированной психотерапией, которую он разработал в 40-50-х годах. Основу клиент-центрированной психотерапии составляет позитивная вера во врожденную тенденцию человека к развитию своих оптимальных способностей. Психотерапевтические встречи действуют через сам факт их новизны. Во время их проведения психотерапевт служит катализатором, с помощью которого пациент реализует свои латентные и лучшие способности для саморазвития. Бурный рост интереса к гуманистической психотерапии приходится на 60-70-е годы, когда миллионы людей записывались в группы встреч, сеансы развития способности чувствовать, на курсы раскрытия потенциала человека и т. д. Само гуманистическое направление, как третья сила в психотерапии, является наименее однородной и объединяет такие разнообразные методы, как гештальт-терапию Перлса, экзистенциальный анализ Сартра, дазайнанализ Бинсвангера, логотерапию Франкла, психоимажинативную терапию Шорра, эмпирическую психотерапию Витакера, первичную терапию Янова, биоэнергетический анализ Лоуэна, структурную интеграцию Рольф, трансцендентальную медитацию, дзен-психотерапию, психоделическую психотерапию и ряд других методов.

После Второй мировой войны наша страна пережила вторую волну государственно-идеологического прессинга. Не обошел он науку и медицину.

Объединенная павловская сессия Академии наук СССР и Академии медицинских наук СССР 1950 г. и научная дискуссия в 1951 г. на объединенном заседании расширенного президиума Академии медицинских наук и пленума правления Всесоюзного общества невропатологов и психиатров, вскрыв «идеологические извращения и ошибки», привели к снижению роли психологии и прикладных ее отраслей, подмене ее физиологическим учением о высшей нервной деятельности академика Павлова, умершего еще в 1936 г. На самом высоком уровне проводились инструктивные «совещания» с целью новой перестройки психологии, перевода ее на малопродуктивную для этой науки физиологическую почву. И только после 1953 г., во время «хрущевской оттепели», началось возрождение научной психологии и психотерапии в нашей стране. В частности, начал издаваться журнал «Вопросы психологии», где ведущие ученые страны выступили с программными статьями. В 1956 г. Мясищев опубликовал в этом журнале работу «О значении психологии для медицины». Можно сказать, что физиологический редукционизм относительно психологии в медицине был преодолен лишь после «Совещания по методам исследования в патофизиологии высшей нервной деятельности человека и медицинской психологии» в октябре 1962 г. Сложились более благоприятные условия для развития медицинской психологии и психотерапии. При АМН СССР в 1962 г. была создана проблемная комиссия «Медицинская психология», которую возглавил Мясищев. Тогда же стали появляться монографические работы крупных отечественных психологов. Появились условия для дальнейшего развития личностно-ориентированной школы психотерапии. Вокруг Мясищева сплотился круг перспективных ученых, которые развили концепцию патогенетической психотерапии своего учителя: Карвасарский, Мягер, Либих, Тупицын и др. Разрыв в уровне развития отечественной и зарубежной психотерапии стал сокращаться в конце 60-х — начале 70-х годов, особенно после введения в университетах специализации по медицинской психологии. Большое влияние на дальнейшее развитие психотерапии в нашей стране оказало активное межинститутское научное сотрудничество с польскими, чешскими и немецкими психотерапевтами. Начало тесным контактам с психотерапевтами социалистических стран было положено рабочей группой по психотерапии, созданной на Первом международном симпозиуме социалистических стран по психотерапии, который состоялся в Праге в 1959 г.

Вмедицинских институтах для усовершенствования врачей в Харькове (1962), Москве (1966) и Ленинграде (1982) были открыты кафедры психотерапии. В создании отечественной психотерапии в ее современном виде важную роль сыграли ученые Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева и исторически связанный с ним коллектив кафедры психотерапии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования. В этих учреждениях на базе патогенетической психотерапии Мясищева была разработана личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия, являющаяся пока единственной отечественной системой динамической психотерапии. Московскими учеными была создана эмоционально-стрессовая психотерапия. Харьковские специалисты, развивая наследие Платонова, внесли значительный вклад в гипнотерапию, аутогенную тренировку и другие методы суггестивной психотерапии.

В последнее десятилетие интерес к психотерапии в нашей стране резко возрос, открылись возможности изучения всего спектра ее теорий и методов, повысилось качество подготовки специалистов, совершенствуются организационные модели психотерапевтической службы. В медицинских институтах начато преподавание основ психотерапии для ориентировки начинающих врачей в этой сложной и многогранной области медицинских знаний.

**Контрольные вопросы**

1. Термин «гипноз» ввел в медицинскую практику:

1) Льебо;

2) Месмер;

3) Брэд;

4) Шарко.

2. Методику самовнушения впервые предложил:

1) Тарханов;

2) Бернгейм;

3) Бехтерев;

4) Куэ.

3. Автором «патогенетической психотерапии» является:

1) Консторум;

2) Бирман;

3) Мясищев;

4) Рожнов.

4. Основоположником гуманистического направления в психологии является:

1) Айзенк;

2) Маслоу;

3) Лазарус;

4) Адлер.

#### Лекция 2.

**Понятие «психотерапия» и его основные определения. Психотерапия и психиатрия.**

План:

1. методологические основы возникновения дисциплины
2. Понятие психокоррекции и психотерапии
3. Отличие психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии.
4. Модели психотерапии.
5. Классификация методов.

1.Психотерапия как научная дисциплина должна иметь свою теорию и методологию, собственный категориальный аппарат и терминологию и т. д., одним словом, все то, что характеризует самостоятельную научную дисциплину. Однако разнообразие направлений и течений, школ и конкретных методов психотерапии, основанных на различных теоретических подходах, приводит к тому, что в настоящее время не существует даже единого определения психотерапии. В литературе их насчитывается около 400. Одни из них четко относят психотерапию к медицине, другие акцентируют внимание на психологических аспектах. Отечественная традиция состоит в том, что психотерапия определяется прежде всего как метод лечения, то есть входит в компетенцию медицины. Зарубежные определения психотерапии в большей степени подчеркивают ее психологические аспекты.

В качестве примера медицинского подхода к пониманию психотерапии, можно привести следующие ее определения, которые обязательно включают такие понятия, как лечебные воздействия, больной, здоровье или болезнь.

Психотерапия —

— «система лечебных воздействий на психику и через психику — на организм человека»;

— «специфическая эффективная форма воздействия на психику человека в целях обеспечения и сохранения его здоровья»;

— «процесс лечебного воздействия на психику больного или группы больных, объединяющий лечение и воспитание».

В качестве определений, в большей степени фиксирующих психологические подходы и включающих такие понятия, как межличностное взаимодействие, психологические средства, психологические проблемы и конфликты, отношения, установки, эмоции, поведение, можно указать следующие:

психотерапия —

— «особый вид межличностного взаимодействия, при котором пациентам оказывается профессиональная помощь психологическими средствами при решении возникающих у них проблем и затруднений психологического характера» ;

— «средство, использующее вербальные методики и межличностные взаимоотношения с целью помочь человеку в модификации отношений и поведения, которые интеллектуально, социально или эмоционально являются негативными»;

— «длительное межличностное взаимодействие между двумя или более людьми, один из которых специализировался на коррекции человеческих взаимоотношений»;

— «персонализованная техника, которая представляет собой нечто среднее между техникой планируемых изменений отношений, чувств и поведения человека, и познавательным процессом, который, в отличие от любого другого, ставит человека лицом к лицу с его внутренними конфликтами и противоречиями».

Хотя и является довольно общим, но при этом в какой-то мере объединяет эти два подхода определение Кратохвила: «Психотерапия представляет собой целенаправленное упорядочение нарушенной деятельности организма психологическими средствами».

Обращает на себя внимание, что в определениях, которые условно можно назвать медицинскими, психотерапия рассматривается как форма воздействия на психику (и через психику — на организм), то есть подчеркивается объект воздействия. Психологический же подход акцентирует внимание не столько на объекте или предмете, сколько на средствах воздействия. И одна, и другая позиции являются объяснимыми. С одной стороны, психотерапия дословно означает лечение души (от греч. psyche — душа, therapeia — лечение), то есть указывает на объект воздействия. С другой стороны, сходные по образованию термины — физиотерапия, фармакотерапия, иглотерапия и пр. — указывают не на объект, а на средства воздействия: физиотерапия — воздействие, лечение физикальными средствами, фармакотерапия — лечение медикаментозными средствами и т. д. Что является более адекватным и правильным, сказать трудно. Можно надеяться, что процесс развития психотерапии как научной дисциплины внесет когда-нибудь большую определенность и в сам этот термин. Однако следует обратить внимание на то, что понятие «воздействие» (вмешательство, интервенция) входит в самые различные определения психотерапии.

**Психотерапевтическое вмешательство.** Психотерапевтическое вмешательство, или психотерапевтическая интервенция — это вид (тип, форма) психотерапевтического воздействия, который характеризуется определенными целями и соответствующим этим целям выбором средств воздействия, то есть методов. Термин психотерапевтическое вмешательство может обозначать конкретный психотерапевтический прием, например, разъяснение, уточнение, стимуляция, вербализация, интерпретация, конфронтация, научение, тренинг, советы и пр., а также общую стратегию поведения психотерапевта, непосредственно связанную с теоретической ориентацией. На основании этого выделяют три основных типа психотерапевтического вмешательства, соответствующих трем основным направлениям в психотерапии: психоаналитический, поведенческий и опытный (гуманистический), каждый из которых характеризуется собственной концепцией здоровья и болезни, терапевтическими целями, плоскостью вмешательства и соответствующими приемами и средствами.

Психология и медицина применяют различные виды вмешательств (интервенций). Перре и Бауманн подразделяют все виды интервенций, используемые в медицине, на четыре группы: медикаментозные (фармакотерапия), хирургические, физикальные (физиотерапия) и психологические (психотерапия). Психологические интервенции в медицине, или клинико-психологические интервенции и составляют сущность психотерапевтического вмешательства.

**Клинико-психологические вмешательства.** Для более четкого понимания соотношения понятии психотерапевтические и клинико-психологические вмешательства следует рассмотреть основные характеристики последних. С точки зрения Перре и Бауманна клинико-психологические интервенции характеризуются: 1) выбором средств (методов); 2) функциями (развитие, профилактика, лечение, реабилитация); 3) целевой ориентацией процесса на достижение изменений; 4) теоретической базой (теоретическая психология); 5) эмпирической проверкой; 6) профессиональными действиями. Рассмотрим основные характеристики клинико-психологических интервенций в связи с психотерапией.

Методы клинико-психологических интервенций — это психологические средства, который выбирает психотерапевт. Они могут быть вербальными или невербальными, ориентированными в большей степени либо на когнитивные, либо на эмоциональные, либо на поведенческие аспекты и реализуются в контексте взаимоотношений и взаимодействий между пациентом или пациентами (теми, кто нуждается в помощи) и психотерапевтом (тем, кто эту помощь оказывает). Однако психологические средства воздействия могут быть направлены не только на изменение психологических характеристик, психических процессов и состояний, но и, опосредованно, на изменение состояния организма. Типичными психологическими средствами являются беседа, тренировка (упражнения) или межличностные взаимоотношения как фактор влияния и воздействия. Функции клинико-психологических интервенций состоят в профилактике, лечении, реабилитации и развитии. Подробнее функции клинико-психологических интервенций будут рассмотрены ниже, так как это имеет значение для понимания соотношения таких понятий, как психотерапия, психологическое консультирование, психологическая коррекция и др. Цели клинико-психологических интервенций отражают целевую ориентацию на достижение определенных изменений. Они определяют общую стратегию воздействий и тесно связаны с теоретической ориентацией. Клинико-психологические интервенции могут быть направлены как на более общие, отдаленные цели (например, восстановление полноценного личностного функционирования, гармонизация личности, развитие личностных ресурсов и т. д.), так и на конкретные, более близкие цели (например, преодоление страха выступления перед аудиторией, тренировку памяти или внимания, развитие определенных коммуникативных навыков и т. д.). Однако всегда психологические средства воздействия должны четко соответствовать целям воздействия, которые, кроме выбора средств, определяют общую стратегию воздействий и тесно связаны с теоретической ориентацией. Теоретическая обоснованность клинико-психологических интервенций состоит в ее взаимосвязи с определенными психологическими теориями научной психологии. Эмпирическая проверка клинико-психологических интервенций связана прежде всего с изучением их эффективности.

Научная оценка эффективности психотерапевтических воздействий является чрезвычайно важной проблемой. Ответить на вопрос об эффективности того или иного метода психотерапии или психотерапевтического подхода могут не самоотчеты отдельных пациентов, а научные исследования, проведенные на репрезентативной выборке и соответствующие определенным требованиям (четкое определение метода психотерапии, гомогенность материала, случайная выборка, наличие независимых экспертов, разделений функций психотерапевта и исследователя, сопоставление непосредственных и отдаленных результатов лечения, репрезентативная выборка в катамнезе, наличие контрольных групп и пр.). Профессиональные действия — важная характеристика клинико-психологических интервенций. Это означает, что они должны осуществляться в профессиональных рамках, то есть профессионалами (подготовленными в области клинической психологии и психотерапии врачами, психологами и социальными работниками).

Перре и Бауманн подчеркивают, что три последние характеристики (теоретическая обоснованность, эмпирическая проверка и профессиональные действия) являются существенными для разграничения клинико-психологических интервенций и иных существующих в настоящее время воздействий, которые либо базируются на обыденной психологии, либо не имеют в своей основе никаких теорий, а также не подвергаются эмпирической проверке.

Сходных взглядов придерживаются Шмидхен и Бастин. Они выделяют три основных цели клинико-психологической интервенции в соответствии с различными фазами развития психических расстройств: профилактика, терапия и реабилитация. Клинико-психологическая интервенция, осуществляемая в целях терапии и реабилитации, является психотерапевтической интервенцией и соответствует термину психотерапия.

Таким образом, понятие «клинико-психологическая интервенция» является более общим по отношению к понятию «психотерапия» («психотерапевтическая интервенция») и охватывает сферы профилактики, лечения, реабилитации и развития.

Роль клинико-психологических вмешательств в профилактических целях состоит в выявлении контингентов риска и разработке соответствующих профилактических мероприятий, работе с лицами, имеющими разнообразные трудности и проблемы психологического характера, кризисными личностными и травматическими стрессовыми ситуациями, характеризующимися прогностически неблагоприятными личностными особенностями, повышающими риск возникновения нервно-психических и психосоматических расстройств. Клинико-психологические вмешательства в целях реабилитации, прежде всего, направлены на восстановление (сохранение) личностного и социального статуса больного. При нервно-психических заболеваниях, которые характеризуются достаточно выраженными личностными изменениями, нарушениями в системе отношений пациента, в сфере межличностного функционирования, клинико-психологические вмешательства играют чрезвычайно важную роль, выполняя функцию психотерапии (лечения). Клинико-психологические воздействия в целях реабилитации направлены на изменение реакции личности на болезнь, психологические и социально-психологические последствия хронических заболеваний и пр. Следует также указать, что кроме «личностного блока» клинико-психологические вмешательства играют важную роль (возможно, более важную, чем какие-либо другие, например, фармакологические) в реабилитации пациентов с нарушениями психических функций (памяти, внимания, речи, моторики).

Развитие рассматривается как одна из самостоятельных функций клинико-психологических вмешательств далеко не всеми авторами и понимается по-разному. Это связано с тем, что психотерапия, психопрофилактика, реабилитация, наряду с собственными прямыми функциями (лечебной, профилактической, реабилитационной), способствуют также развитию и гармонизации личности за счет совершенствования самопонимания и самосознания, переработки и преодоления внутри- и межличностных конфликтов, развитию новых более адекватных способов эмоционального и поведенческого реагирования, более точного понимания других людей и взаимодействия между ними в целом. В ряде психотерапевтических систем (например, в клиент-центрированной психотерапии Роджерса) личностный рост является одной из важнейших задач. Следовательно, с одной стороны, функция развития для клинико-психологических интервенций (психологических интервенций в клинике) является вторичной, дополнительной. С другой стороны, психологическое консультирование в клинике (например, консультирование пациентов с соматическими и нервно-органическими заболеваниями, не проходящими собственно психотерапевтическое лечение, а обратившимися за помощью в связи с личными проблемами, прямо не связанными с их заболеванием) способствует новому видению человеком самого себя и своих конфликтов, эмоциональных проблем и особенностей поведения, что в дальнейшем может приводить к определенным изменениям в когнитивной, эмоциональной и поведенческих сферах и, таким образом, способствовать развитию личности.

**Психологическая коррекция.** Термины «психологическое (клинико-психологическое) вмешательство», широко распространенные в зарубежной литературе, у нас используются еще редко. Более употребительным является термин «психологическая коррекция». Психологическая коррекция представляет собой направленное психологическое воздействие для полноценного развития и функционирования индивида. Термин получил распространение в начале 70-х годов. В этот период психологи стали активно работать в области психотерапии, главным образом, групповой. Длительные дискуссии о том, может ли психолог заниматься лечебной (психотерапевтической) работой, носили, преимущественно, теоретический характер, потому что на практике психологи не только хотели, могли и успешно реализовывали эту возможность, но и были в то время за счет базового психологического образования более подготовлены к такого рода деятельности, во всяком случае, к работе в качестве групповых психотерапевтов. Но поскольку психотерапия является лечебной практикой, а ею по закону может заниматься только врач, имеющий высшее медицинское образование, то распространение термина «психологическая коррекция» в определенной мере было направлено на преодоление этой ситуации: врач занимается психотерапией, а психолог — психологической коррекцией. Однако вопрос о соотношении понятия «психотерапия» и «психологическая коррекция» остается открытым и сегодня, причем здесь можно указать две основные точки зрения.

Одна из них заключается в признании полной идентичности понятий «психологическая коррекция» и «психотерапия». Однако при этом не учитывается, что психологическая коррекция, как направленное психологическое воздействие, реализуется не только в медицине (можно указать две основные области ее применения: психопрофилактика и собственно лечение — психотерапия), но и в других сферах человеческой практики, например, в педагогике. Даже обычное, обыденное человеческое общение может содержать в большей или в меньшей степени целенаправленно используемую психологическую коррекцию.

Другая точка зрения основана на том, что психологическая коррекция преимущественно призвана решать задачи психопрофилактики на всех ее этапах, в том числе при осуществлении вторичной и третичной профилактики.

Однако такое жесткое ограничение сферы применения в медицине психологической коррекции представляется в определенной степени искусственным. Во-первых, если подобные представления кажутся вполне убедительными в отношении соматических заболеваний, то в области неврозов, например, полностью развести понятия «психологическая коррекция» и «психотерапия», «лечение» и «профилактика» не удается, так как невроз — это заболевание динамическое, при котором не всегда можно отделить состояние предболезни от собственно болезни, а сам процесс лечения в значительной степени включает в себя и вторичную профилактику. Во-вторых, в настоящее время в системе восстановительного лечения различных заболеваний все шире реализуется комплексный подход, учитывающий наличие в этиопатогенезе биологического, психологического и социального факторов, каждый из которых нуждается в лечебных или корригирующих воздействиях, соответствующих его природе. Если психологический фактор при том или ином заболевании выступает как один из этиологических, то его коррекция в значительной степени совпадает с содержанием психотерапии (одного из компонентов лечебного процесса). Определить общую схему соотношения психологической коррекции и психотерапии вне конкретной нозологии практически невозможно. Значение психологического фактора в этиопатогенезе того или иного заболевания обусловливает направленность методов психологической коррекции на решение собственно лечебных (психотерапевтических) задач и позволяет рассматривать методы психологической коррекции как методы психотерапии. Таким образом, задачи психологической коррекции могут существенно варьировать от направленности на вторичную и третичную профилактику основного заболевания и первичную профилактику возникающих последствий вторичных невротических расстройств при соматической патологии до практически полной идентичности задачам психотерапии при неврозах (во всяком случае, в рамках различных психотерапевтических систем, направленных на личностные изменения). Следует также подчеркнуть, что как психотерапия, так и психопрофилактика не ограничивают свою практику лишь методами психологической коррекции, что еще раз указывает на разноуровневый, динамический характер соотношения задач и методов психологической коррекции и психотерапии, которые взаимопересекаются, но полностью не исчерпывают друг друга.

Об обоснованности использования понятия «психологическая коррекция» наряду с понятием «психологическое вмешательство» ответить однозначно довольно трудно. Их сопоставление обнаруживает очевидное сходство. Психологическая коррекция, так же как и психологическое вмешательство, понимается как целенаправленное психологическое воздействие. Психологическая коррекция, как и психологическое вмешательство, реализуются в различных областях человеческой практики и осуществляются психологическими средствами. Психологическая коррекция в медицине может быть направлена на решение задач профилактики, лечения (психотерапия) и реабилитации. Психологические вмешательства в медицине (клинико-психологические вмешательства) также выполняют функции профилактики, лечения и реабилитации. И психологическая коррекция, и психологическое вмешательство, используемые с целью лечения, выполняют психотерапевтическую функцию. Очевидно, что по существу эти понятия совпадают. Возможно, наиболее точным и адекватным был бы термин «психологическое вмешательство с целью психологической коррекции», однако это слишком громоздко. В заключение можно лишь указать, что в отечественной литературе более распространенным является понятие «психологическая коррекция», а в зарубежной — «психологическое вмешательство».

**Психологическое консультирование.** Психологическое консультирование традиционно рассматривается как процесс, направленный на помощь человеку в разрешении (поиске путей разрешения) возникающих у него проблем и затруднений психологического характера, Можно выделить три основных подхода к психологическому консультированию: а) проблемно-ориентированное консультирование, фокусирующееся на анализ сущности и внешних причин проблемы, поиск путей разрешения; б) личностно-ориентированное консультирование, направленное на анализ индивидуальных, личностных причин возникновения проблемных и конфликтных ситуаций и путей предотвращения подобных проблем в будущем; в) консультирование, ориентированное на выявление ресурсов для решения проблемы.

Личностно-ориентированное консультирование по своей направленности близко к психотерапии и провести четкую границу между этими понятиями трудно. Определение психотерапии как работы с больными, а консультирования — со здоровыми, удовлетворяет не полностью даже формальному критерию. Психологическое консультирование используется и в медицине (например, психологическое консультирование беременных или пациентов с соматическими и нервно-органическими заболеваниями, не проходящими собственно психотерапевтического лечения, а обратившимися за помощью в связи с личными проблемами, прямо не связанными с их заболеванием). Психологическая работа с лицами, имеющими серьезные личностные проблемы, содержательно ничем не отличается от психотерапии.

Соотношение понятий «психотерапия» и «психологическое консультирование» обсуждается и в литературе. Так, известный специалист в этой области Нельсон-Джоунс рассматривает психологическое консультирование как психологический процесс, ориентированный на профилактику и развитие. Он выделяет в консультировании цели, связанные с коррекцией (например, преодоление тревоги или страха) и с развитием (например, развитие коммуникативных навыков). С его точки зрения, консультирование преимущественно является коррекционным, это обеспечивает выполнение профилактических функций. Развитие связано с решением задач индивида на различных этапах жизни (профессиональное самоопределение, отделение от родителей, начало самостоятельной жизни, создание семьи, реализация собственных возможностей, раскрытие ресурсов и пр.). Большое значение придается повышению личной ответственности за собственную жизнь, Конечная цель консультирования — научить клиентов оказывать помощь самим себе, стать для самих себя консультантами. Нельсон-Джоунс видит различия между психотерапией и психологическим консультированием в том, что психотерапия делает акцент на личностном изменении, а консультирование — на помощи человеку в лучшем использовании собственных ресурсов и улучшении качества жизни. В отличие от психотерапии большая часть информации, полученной при консультировании, проявляется в сознании пациента в интервалах между занятиями, а также в периоды, когда клиенты пытаются помочь себе сами после окончания консультирования.

Существует точка зрения, согласно которой основное отличие психологического консультирования от психотерапии состоит в том, что клиент (здоровый или больной человек, предъявляющий проблемы экзистенциального кризиса, межличностных конфликтов, семейных затруднений или профессионального выбора) воспринимается консультантом как дееспособный субъект, ответственный за решение своей проблемы. Такая позиция представляется не слишком оправданной. В психотерапии пациент или клиент в подавляющем большинстве случаев также является дееспособным субъектом, а проблеме личной ответственности отводится чрезвычайно важная роль и в процессе психотерапии.

Перре и Бауманн, рассматривая соотношение психологического консультирования и психотерапии, в качестве различий указывают следующее: а) в психологическом консультировании среди средств воздействия на первом месте стоит информирование (передача информации человеку, обратившемуся за помощью); 6) психологическое консультирование в медицине выполняет в основном функцию гигиены и профилактики; в) в рамках консультирования анализируются варианты решений конкретной проблемы, но их осуществляет сам человек и не в рамках консультирования, а самостоятельно; г) в практике консультирования изменения происходят по окончании самого консультирования без сопровождения специалистом, в психотерапии — сущностью является сам процесс изменений, сопровождаемый специалистом.

Представляется целесообразным рассмотреть сходства и различия между психотерапией и психологическим консультированием, как видами психологического вмешательства, с точки зрения их основных и дополнительных характеристик.

Основные характеристики:

1. Средства воздействия (методы): психотерапия и психологическое консультирование используют психологические средства воздействия, однако в психологическом консультировании информирование является ведущим приемом.

2. Цели: психотерапия и психологическое консультирование имеют своей целью достижение более выраженных позитивных изменений в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах в сторону увеличения их эффективности, психотерапия при этом направлена на достижение значительных личностных изменений, а консультирование — на помощь человеку в лучшем использовании собственных ресурсов и улучшении качества жизни.

3. Функции: психотерапия выполняет функцию лечения и частично реабилитации, а психологическое консультирование — профилактики и развития (естественно, что речь идет о преимущественной направленности психотерапии и психологического консультирования, так как в ряде случаев эти функции могут пересекаться).

4. Теоретическая обоснованность: психотерапия и психологическое консультирование имеют в качестве своей научной основы психологические теории.

5. Эмпирическая проверка: психотерапия и психологическое консультирование нуждаются в изучении эффективности воздействий.

6. Профессиональные действия: психотерапия и психологическое консультирование осуществляются специалистами в профессиональных рамках. Дополнительные характеристики:

7. Продолжительность воздействий: психотерапия предполагает продолжительность не менее 15-20 сеансов, психологическое консультирование может ограничиваться 1-5 сеансами.

8. Место изменений: в психотерапии изменения происходят непосредственно в ходе терапии и являются сущностью психотерапевтического процесса, в психологическом консультировании анализируются варианты решений конкретной проблемы, но решение и изменения осуществляются человеком не в рамках консультирования, а по его окончании.

9. Степень самостоятельности клиента: в психотерапии процесс изменений сопровождается психотерапевтом, в психологическом консультировании изменения осуществляются человеком самостоятельно без сопровождения консультанта.

**Теория психотерапии.** В современной психотерапии теоретические проблемы приобретают особое значение. С одной стороны, значимость теории обусловлена распространением в последний период множества самых разнообразных методов психотерапии, достаточно широко использующихся в практике, но при этом далеко не всегда имеющих соответствующую теоретическую базу. С другой стороны, даже при обоснованности метода определенной теоретической концепцией, последняя не всегда в полной мере осознается даже профессиональными психотерапевтами. Однако именно теоретические представления, раскрывающие содержание понятий «норма» и «отклонение» («дефект», «патология»), и определяют характер и специфику психотерапевтических воздействий и позволяют осознанно их осуществлять. Обусловленность характера и направленности воздействий при устранении любого «дефекта», например, технического, ни у кого не вызывает сомнения. Нужно иметь представление об общих принципах работы любого механизма, чтобы определить, в чем состоит дефект, и, тем более, для того, чтобы устранить «поломку». В медицине в целом существует четкое соответствие между представлениями о норме, патологии и системе воздействий (лечении), в психотерапевтической практике такое соответствие просматривается далеко не всегда. Если речь идет не просто о симптоматическом лечении, а о психотерапии, направленной на личностные изменения, то здесь в качестве теории психотерапии выступает теоретическая психология, в частности, психология личности. При всем разнообразии психотерапевтических подходов существует три основных направления в психотерапии, иными словами, три психотерапевтические теории (психодинамическая, поведенческая и гуманистическая, «опытная») соответственно трем основным направлениям психологии, и каждое из них характеризуется своим собственным подходом к пониманию личности и личностных нарушений и логически связанной с этим собственной системой психотерапевтических воздействий.

Если в рамках психодинамического подхода в качестве основной детерминанты личностного развития и поведения рассматриваются бессознательные психические процессы, а невроз (и нарушения личности) понимается как следствие конфликта между бессознательным и сознанием, то психотерапия будет направлено на достижение осознания этого конфликта и бессознательного. Этой задаче подчинен и собственно психоаналитический метод. Осознание достигается за счет анализа (включающего определенные процедуры) свободных ассоциаций, символических проявлений бессознательного, а также сопротивления и переноса. Сама психоаналитическая процедура строится таким образом, чтобы способствовать проявлению бессознательного. Именно этим определяется содержание процесса психотерапии, степень его структурированности, стратегия и тактика психотерапевта, его роль и позиция, уровень активности, интенсивность и частота сеансов и пр. Можно принимать или не принимать, разделять или не разделять основные положения психоаналитической теории, но невозможно не видеть обоснованности каждого шага психоаналитика определенными теоретическими взглядами.

Представители поведенческого направления фокусируют свое внимание на поведении как единственной психологической реальности, доступной непосредственному наблюдению. Норма — это адаптивное поведение, а невротический симптом или личностные расстройства рассматриваются как неадаптивное поведение, сформировавшееся в результате неправильного научения. Таким образом, целью психологического вмешательства является научение, то есть замена неадаптивных форм поведения на адаптивные (эталонные, нормативные, правильные). Методически научение осуществляется на основании базовых теорий или моделей научения, существующих в бихевиоризме (классическое и оперантное обусловливание, научение по моделям, социальное научение). Не имея четких представлений о научно-психологических основах того или иного конкретного метода поведенческой психотерапии, невозможно применять его эффективно. Поведение психотерапевта в рамках этого подхода также строго обусловлено теоретической концепцией.

Гуманистическое, или «опытное», направление исходит из признания уникальности человеческой личности и в качестве основной потребности рассматривает потребность в самореализации и самоактуализации. В самом общем виде невроз является следствием невозможности самоактуализации, следствием блокирования этой потребности, что связано с недостаточным самопониманием и принятием себя, недостаточной целостностью Я. В этом случае целью психологического вмешательства будет создание условий, в которых человек сможет пережить новый эмоциональный опыт, способствующий осознанию и принятию себя, а также интеграции. Необходимость создания условий, в рамках которых человек получает наилучшие возможности для приобретения нового эмоционального опыта, определяет специфические особенности поведения психотерапевта, его роль, позицию, ориентацию и стиль.

В рамках каждого из трех основных направлений существует разнообразие школ, но основные теоретические подходы являются общими. Можно вспомнить слова Хорни, которая, в значительной степени отойдя от ортодоксального психоанализа, тем не менее, писала: «Если рассматривать психоанализ как определенную систему взглядов на роль бессознательного и способов его выражения, а также как форму терапии, с помощью которой бессознательные процессы доводятся до сознания, то и моя система взглядов есть психоанализ».

Только четкие представления о теоретической основе, на базе которой осуществляется психотерапевтическое вмешательство, может помочь в овладении основными методами и навыками практической работы.

**Методы психотерапии.** Понятие метода в психотерапии крайне размыто. Прежде всего, это проявляется в их классификациях. Вот несколько примеров различных подходов к классификации психотерапевтических методов.

**Таблица. Классификации методов психотерапии**

|  |  |
| --- | --- |
| № Классификации | Методы психотерапии |
| 1 | Гипнотерапия.  Внушение и самовнушение.  Аутогенная тренировка.  Рациональная психотерапия.  Коллективная и групповая психотерапия.  Наркопсихотерапия. |
| 2 | Поддерживающая психотерапия.  Переучивающая психотерапия.  Реконструктивная психотерапия. |
| 3 | Личностно-ориентированная психотерапия.  Суггестивная психотерапия.  Поведенческая психотерапия. |
| 4 | Симптомо-центрированные методы.  Личностно-центрированные методы.  Социо-центрированные методы. |
| 5 | Методы, направленные на понимание и преодоление проблем.  Методы, направленные на понимание себя, своих мотивов, ценностей, целей, стремлений и пр. |
| 6 | Методы, направленные на подавление эмоций.  Методы, направленные на выражение эмоций. |
| 7 | Механистические методы.  Гуманистические методы. |
| 8 | Методы, связанные с индентификацией.  Методы, связанные с созданием условий.  Методы, связанные с проникновением в сущность. |
| 9 | Динамическая психотерапия.  Поведенческая психотерапия.  Опытная психотерапия. |

Этот перечень может быть продолжен. Совершенно очевидно, что существующие подходы к классификации методов психотерапии значительно различаются и отражают различные основания или критерии классификации. В одних речь идет о конкретных психотерапевтических методах, в других — о самостоятельных психотерапевтических направлениях. В качестве оснований для классификации в одних случаях рассматривается цель психотерапевтического воздействия, в других — психологические структуры, к которым это воздействие обращено, в третьих — инструменты воздействия и пр. Разноуровневый характер этих оснований обнаруживается не только при сопоставлении различных классификаций, но даже внутри некоторых из них.

Например, в первой из приведенных классификаций выделяется рациональная психотерапия (то есть в качестве основания для классификации избираются психологические, психические феномены, к которым обращена психотерапия). При этом более частные методы суггестивной психотерапии включаются как самостоятельные (речь идет о конкретных приемах и техниках), или, там же, выделяется коллективная и групповая психотерапия (то есть основа — инструменты воздействия). В этом случае такая классификация должна включать и индивидуальную психотерапию, но ее в данной классификации нет, и пр. Из этого следует, что сам термин «метод» в психотерапии понимается неоднозначно.

На многообразие значений понятия «психотерапевтический метод» обращают внимание многие авторы. Александрович сделал попытку проанализировать те значения, в которых используется понятие «метод» в психотерапии. Он выделил 4 уровня или 4 плоскости использования этого термина:

1-й уровень — методы психотерапии как *конкретные методические приемы* или техники (гипноз, релаксация, беседа, дискуссия, психогимнастика и пр.);

2-й уровень — методы психотерапии, *определяющие условия,* в которых протекает психотерапия и которые должны способствовать оптимизации достижения психотерапевтических целей (семейная психотерапия, стационарная и амбулаторная психотерапия);

3-й уровень — методы психотерапии в значении основного *инструмента психотерапевтического воздействия* (индивидуальная и групповая психотерапия, в первом случае инструментом лечебного воздействия выступает психотерапевт, во втором — психотерапевтическая группа);

4-й уровень — методы психотерапии в значении *терапевтических интервенций* (вмешательств), которые рассматриваются либо в параметрах стиля (директивный и недирективный), либо в параметрах теоретического подхода, который и определяет характер этих вмешательств (интерпретация, научение, межличностное взаимодействие).

Понятию «метод» соответствует 1-й уровень — это собственно *методы как конкретные техники и приемы,* 2-й уровень отражает *виды психотерапии* (на основании условий, в которых она протекает), 3-й уровень — *формы психотерапии* (на основании инструментов психотерапевтических воздействий), 4-й уровень — *теоретические направления.*

Представляет интерес замечание известного психотерапевта Граве относительно возможной группировки методов психотерапии. Он отмечает, что поскольку психотерапия направлена на преодоление проблем пациента, то естественно, с помощью одних методов психотерапевт стремится понять проблемы пациента и активно их преодолевать. При этом он не ищет скрытой мотивации и не придает проблемам иного значения, нежели сам пациент, а смотрит на них как на трудности, которые пациент без помощи не может преодолеть. При использовании другой группы методов психотерапевт не помогает преодолевать проблемы (например, при клиент-центрированной психотерапии), а способствует лучшему пониманию пациентом себя, своих мотивов, ценностей, цели своего поведения и стремлений. Если в первом случае психотерапия является помощью в преодолении проблем, то во втором — помощью в лучшем понимании себя. Граве, основываясь на метаанализе существующих данных по эффективности психотерапии, полагает, что большинству пациентов нужна помощь в преодолении своих проблем, а не в обнаружении скрытых мотивов.

Учитывая, что в настоящее время возрастает значение искусства в жизни современного человека — более высокий уровень образования, культуры, повышение престижности искусства в обществе, — существуют многочисленные методы, в которых искусство и природа выступают как терапевтический фактор. Это методы психотерапии, основанные на лечебном влиянии: а) общения с искусством (музыкотерапия, библиотерапия и др.), б) творческой деятельности (имаготерапия и др.) и в) природы (натурпсихотерапия и др.).

В рамках каждого из указанных психотерапевтических направлений возникают новые течения, подходы, формы, виды, методы, методики, технические приемы, названия которых нередко призваны отразить уникальность каждого из них (Карасу), замаскировать производный их характер по отношению к основным направлениям в психотерапии и уже существующим в них методам. Это во многом объясняется тем, как замечает Шкода, что мечтой каждого честолюбивого психотерапевта является создание нового, необычного приема, внесение своего оригинального вклада в историю психотерапии.

Увеличение числа психотерапевтических методов в последнее время, приведшее к усилению интегративного движения в психотерапии, подтверждает положение о том, что имеющиеся психотерапевтические подходы не столько различаются по отношению к единому объекту — человеческой личности, сколько концентрируются на разных ее аспектах и проблемах, чем и обусловлено различие в методах психотерапии и множество их классификационных делений.

**Личностный подход в психотерапии.** Это понятие отражает важнейший методологический принцип медицины и медицинской психологии, традиционно подчеркиваемый в отечественной литературе. Личностный подход — это подход к больному человеку как к целостной личности с учетом ее многогранности и всех индивидуальных особенностей.

Иногда различают личностный и индивидуальный подход. Последний принимает во внимание конкретные особенности, присущие данному человеку. Индивидуальный подход может включать и личностный (если при этом учитываются и личностные, и соматические характеристики), а может быть и более ограниченным (в том случае, когда учитываются только какие-либо отдельные личностные или отдельные соматические особенности). В целом личностный подход в психотерапии реализуется в трех основных направлениях: 1) изучение личности больного, закономерностей ее развития и специфики нарушений в целях оптимизации психотерапевтических воздействий; 2) учет личностных особенностей при использовании любых психотерапевтических методов; 3) ориентация психотерапевтического процесса на личностные изменения. Первые два аспекта касаются использования практически всех психотерапевтических методов. Третий относится к психотерапевтическим направлениям, целью которых является достижение личностных изменений. Рассмотрим каждый из этих аспектов.

Изучение личности больного, закономерностей ее развития и специфики нарушений в целях оптимизации психотерапевтических воздействий. Очевидно, что в психотерапии личностный подход реализуется в полной мере. По сути психотерапия является инструментом реализации личностного подхода. Поэтому психотерапевтическое воздействие предполагает знание врачом основ медицинской психологии, объект изучения которой — личность больного. Развитие психотерапии тесно связано с разработкой учения о личности, ее механизмах, закономерностях и расстройствах ее функционирования. Реализация личностного подхода в психотерапии предполагает детальное изучение личности больного, особенностей его эмоционального реагирования, мотивации, поведения и их трансформации в процессе заболевания. Такая информация необходима для решения задач патогенетической и дифференциальной диагностики, лечебно-восстановительной, психотерапевтической и психокоррекционной практики. Она необходима также для лечебно-профилактической работы в соматической клинике с учетом психосоциальных реакций на соматические болезни и их последствия. Одной из узловых проблем здесь является разграничение преморбидных особенностей личности и характеристик, привнесенных заболеванием и его развитием. Другая важная задача исследования личности больного состоит в определении участия психологического компонента в генезе различных заболеваний: от большого круга болезней, в этиопатогенезе которых психологическому фактору принадлежит решающая (неврозы) или существенная роль (другие пограничные расстройства, психосоматические заболевания), или в которых психический фактор проявляется как реакция личности на болезнь, приводящая к изменению психологического функционирования индивида в связи с соматическим расстройством.

Понятие «личностный подход» является широким и распространяется на все психотерапевтические методы, в том числе и на симптомоориентированные, решающие тактические задачи. Это означает, что любое психотерапевтическое воздействие (а также сам выбор методов) должно учитывать личностные особенности пациента и специфику личностных нарушений, анамнез жизни и болезни, установки и отношения, особенности поведения и эмоционального реагирования, симптоматику и ситуации, в которых она проявляется и усиливается, и т. п. Так, например, в суггестивной психотерапии выбор применяемых методов и их направленность (внушение в состоянии бодрствования, косвенное внушение) зависят от особенностей личности больного, его внушаемости и податливости гипнозу, степени личностных изменений, связанных с болезнью, отношения больного к своему заболеванию и т. п.

*Ориентация психотерапевтического процесса на личностные изменения —* это аспект личностного подхода в психотерапии и отражает направленность психотерапевтической системы на достижение личностных изменений, а не только на редукцию симптоматики. Такие психотерапевтические школы часто называют личностно-ориентированными. Само название указывает, что здесь понятие личности является центральным. В личностно-ориентированной психотерапии наиболее наглядно реализуется личностный подход, а ее многочисленные методы и приемы базируются на различных теориях и концепциях личности (например, психоаналитической, гуманистической и т. д.). Следует различать личностный подход в психотерапии и личностно-ориентированную психотерапию в целом от конкретной психотерапевтической школы — личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, — которая представляет собой не общий подход или общую ориентацию на личностные изменения, а самостоятельную психотерапевтическую систему с собственной концепцией личности и личностных нарушений.

**Общие факторы психотерапии.** Прогресс в психотерапии в настоящее время проявляется не только в разработке новых методов, но и в попытке синтеза концепций и технических приемов, поиска более гибкой интегративной психотерапевтической парадигмы. Время покажет, насколько возможно создание такой интегративной модели. Однако одной из существенных предпосылок ее развития является изучение общих факторов психотерапии, характерных для ее различных направлений, форм и методов.

Актуальность определения и исследования общих факторов психотерапии признается большинством исследователей и практиков в области психотерапии. Этому способствовал, во-первых, поиск общих базовых процессов для всех направлений психотерапии; во-вторых, все большее признание того, что различные методы психотерапии могут иметь больше сходств, чем различий; в-третьих, констатация примерно равной эффективности лечения в отдаленном периоде (непосредственные результаты лечения могут иметь значительные расхождения) независимо от формы психотерапии; в-четвертых, представления об особой значимости взаимоотношений «психотерапевт —пациент» в рамках практически всех психотерапевтических подходов.

Изучение и анализ процесса психотерапии предполагает рассмотрение взаимосвязей между характеристиками пациента, психотерапевта и лечебного метода. Поэтому и поиск общих факторов психотерапии тоже связан с анализом того, что происходит с пациентом при использовании самых разнообразных психотерапевтических подходов, что объединяет поведение психотерапевтов вне зависимости от их теоретической ориентации, какие общие этапы характерны для психотерапевтического процесса.

В качестве общих факторов психотерапии, с точки зрения того, что происходит с пациентом, обычно указывают:

1) обращение к сфере эмоциональных отношений;

2) самопонимание, принимаемое пациентом и психотерапевтом;

3) предоставление и получение информации;

4) укрепление веры больного в выздоровление;

5) накопление положительного опыта;

6) облегчение выхода эмоций.

Перечисленные факторы по сути совпадают с механизмами лечебного действия психотерапии и отражают когнитивные (2, 3), эмоциональные (1, 4, 5, 6) и поведенческие (5) процессы, способствующие успешности психотерапии и в большей или меньшей степени представленные практически во всех психотерапевтических системах.

В качестве общих элементов стиля и стратегии поведения психотерапевта, вне зависимости от их теоретической ориентации, выделяют:

1) целевую ориентацию на достижение позитивных изменений;

2) внимание к взаимоотношениям «пациент — психотерапевт»;

3) сочетание принципов «там и тогда» и «здесь и сейчас» (то есть использование в ходе психотерапии как материала, связанного с историей жизни пациента, так и с актуальным поведением и межличностным взаимодействием пациента в процессе психотерапии).

Общие факторы психотерапии могут также рассматриваться с точки зрения ее этапов. Общий поэтапный характер или последовательность процесса психотерапии (по существу речь идет о последовательном изменении конкретных задач) наиболее отчетливо просматривается в рамках психотерапевтических направлений, ориентированных на личностные изменения, и может быть представлен следующим образом:

1) установление оптимального контакта, вовлечение пациента в сотрудничество, создание мотивации к психотерапии;

2) прояснение (понимание психотерапевтом и, в определенной степени, пациентом) причин и механизмов формирования симптомов, возникновения эмоциональных и поведенческих нарушений;

3) определение «психотерапевтических мишеней»;

4) применение конкретных методов и техник, направленных на достижение изменений (когнитивных, эмоциональных, поведенческих) и приводящих в дальнейшем к редукции симптоматики;

5) закрепление достигнутых результатов;

6) окончание курса психотерапии (в частности, решение проблем, связанных с возможной зависимостью от психотерапевта).

**Показания к психотерапии.** Комплексный подход к лечению различных заболеваний, учитывающий наличие в этиопатогенезе трех факторов (биологического, психологического и социального), обусловливает необходимость корригирующих воздействий, которые соответствовали бы природе каждого фактора. Это означает, что психотерапия как основной или дополнительный вид терапии может применяться в комплексной системе лечения пациентов с самыми разнообразными заболеваниями. Однако удельный вес психотерапевтических воздействий, их общая направленность, объем и глубина определяются рядом факторов, которые и рассматриваются как показания (индикация) к психотерапии.

Показания к психотерапии определяются ролью психологического фактора в этиопатогенезе заболевания, а также возможными последствиями перенесенного ранее или текущего заболевания.

Наиболее существенным показанием к психотерапевтической работе с конкретным пациентом является роль психологического фактора в возникновении и течении болезни. Чем больше удельный вес психологического фактора в этиопатогенезе заболевания, тем более показана психотерапия и тем большее место она занимает в системе лечебных воздействий. Иными словами, чем более выражена психогенная природа заболевания (то есть, чем более понятна связь между ситуацией, личностью и болезнью), тем более адекватным и необходимым становится применение психотерапевтических методов.

Показания к психотерапии также обусловлены возможными последствиями заболевания. Понятие «последствия заболевания» можно конкретизировать. Они могут быть связаны с клиническими, психологическими и социально-психологическими проблемами. Во-первых, это возможная вторичная невротизация, то есть манифестация невротической симптоматики, вызванная не первичными психологическими причинами, а психотравмирующей ситуацией, в качестве которой выступает основное заболевание. Во-вторых, это реакция личности на болезнь, которая может как способствовать процессу лечения, так и препятствовать ему. Неадекватная реакция личности на болезнь (например, анозогнозическая или, напротив, ипохондрическая и т. д.) также нуждается в коррекции психотерапевтическими методами. В-третьих, речь может идти о наличии психологических и социально-психологических последствий. Тяжелая болезнь, изменяющая привычный образ жизни пациента, может приводить к изменению социального статуса; невозможности реализации и удовлетворения значимых для личности отношений, установок, потребностей, стремлений; изменениям в семейной и профессиональной сферах; сужению круга контактов и интересов; снижению работоспособности, уровня активности и мотивационных компонентов; неуверенности в себе и снижению самооценки; формированию неадекватных стереотипов эмоционального и поведенческого реагирования и пр. В-четвертых, в процессе длительного или хронического заболевания возможна динамическая трансформация личностных особенностей, то есть формирование в ходе повышенной сенситивности, тревожности, мнительности, эгоцентричности и пр., нуждающихся в корригирующих воздействиях.

**Контрольные вопросы**

1. В рамках какой теоретической ориентации дано следующее определение психотерапии: «Психотерапия — это процесс взаимодействия между двумя или более людьми, один из которых специализировался в области коррекции человеческих отношений»?

1) Динамической.

2) Гуманистической.

3) Когнитивной.

4) Поведенческой.

2. В наименьшей степени сущность психотерапии раскрывает следующее понятие:

1) клинико-психологическое вмешательство;

2) психологическая коррекция;

3) внушение;

4) психологическая интервенция.

3. Если невроз понимается как следствие конфликта между бессознательным и сознанием, то психотерапия будет направлена на:

1) переучивание;

2) осознание;

3) приобретение нового опыта;

4) переработку иррациональных установок.

4. Укажите психотерапевтический метод, который не соответствует принципу данной классификации:

1) симптомо-ориентированная психотерапия;

2) проблемно-ориентированная психотерапия;

3) социо-ориентированная психотерапия;

4) личностно-ориентированная психотерапия.

**Лекция 3.**

**Основные типы психотерапии. Субъект и объект психотерапии. Этические аспекты психотерапии**

План:

1. Предпосылки использования психокоррекции и психотерапии.
2. Типы психотерапии.
3. Субъект и объект в психотерапевтической практике.
4. Этический кодекс психотерапевта.

В самом общем плане можно говорить о двух клинических предпосылках широкого и эффективного применения психотерапии. Во-первых, это прямое использование ее лечебного действия при большом круге заболеваний, в этиопатогенезе которых психическому фактору принадлежит определяющая (неврозы) либо весьма существенная роль (другие пограничные состояния, психосоматические расстройства и пр.). Во-вторых, ее лечебно-профилактическое значение с учетом психосоциальных реакций на соматические болезни, их последствия, влияния специфических соматических расстройств на психологическое функционирование индивида, его поведение и пр.

Что же касается целей, задач, выбора методов психотерапии, то они определяются конкретными клиническими характеристиками больного и болезни:

— личностными особенностями пациента и реакциями его на болезнь;

— психологическими факторами этиопатогенеза заболевания;

— нозологической принадлежностью болезни и ее этапами;

— структурно-организационными рамками, в которых проводится психотерапия.

Понятие личностного подхода, традиционно подчеркиваемое в отечественной литературе (Платонов), является одним из важнейших теоретико-методологических принципов медицины. Поэтому крайне актуальным представляется детальное исследование клинических особенностей личности больного, их трансформации в процессе развития болезни. Это необходимо как для решения задач патогенетической и дифференциальной диагностики, так и лечебно-восстановительной практики, психотерапевтической и психокоррекционной работы.

Значимость указанных исследований возрастает ввиду усиливающейся тенденции к выведению ряда личностных характеристик и расстройств непосредственно из патологии мозга, чему немало способствовало установление важной роли лимбико-ретикулярного комплекса в психической деятельности. При всем значении исследований в области «неврологии личности» выяснение генеза личностных особенностей требует одновременного анализа сложных явлений индивидуальной и социальной психологии личности.

Яркой моделью, которую можно использовать для рассмотрения трансформации личностных особенностей в связи с задачами психотерапии, является невротическое заболевание («болезнь личности») с его различными стадиями. При невротической реакции в картине личностных нарушений на первом месте оказываются расстройства, связанные преимущественно с особенностями темперамента. К таким первичным личностным особенностям могут быть отнесены повышенная аффективность больного истерией, тревожность и ригидность обсессивного больного, повышенная истощаемость больного неврастенией. Однако сами по себе эти особенности могут быть причиной лишь кратковременной невротической реакции, развившейся в трудной, психотравмирующей ситуации. В данном случае можно говорить не столько о психогенной, сколько об эмоциогенной ситуации. Вторая стадия невротического заболевания — стадия собственно невроза, психогенного расстройства, в основе которого лежит нарушение значимых отношений личности. Неуверенность в себе, поиски признания как черты невротической личности и есть по сути дела зафиксированное и устойчивое отношение к себе. На третьей стадии невроза — при затяжном его течении и невротическом развитии — отмечается усиление этих черт до степени характерологических акцентуаций и психопатических особенностей, которые во многом определяют поведение человека и его дезадаптацию.

В качестве примера соотношения первичных, вторичных и третичных особенностей личности у больного неврозом можно привести личностные нарушения у пациента с истерической формой невроза (Мясищев). На базе первичной аффективной неустойчивости больного истерией в качестве вторичных личностных особенностей возникает неуверенность в себе и в то же время потребность в признании, а в качестве третичных — демонстративность и претенциозность. Таким образом, первичные личностные черты, связанные с особенностями темперамента, выражаются прежде всего в аффективной сфере; вторичные черты проявляются в нарушении системы отношений и являются глубинными личностными нарушениями, проблемами внутренними, «для себя»; третичные личностные черты обнаруживаются уже на поведенческом уровне и могут выражаться, например, в трудностях общения, межличностного функционирования, то есть в трудностях и проблемах «с другими и для других». Появление третичных, а иногда и вторичных личностных образований у больных неврозами обусловлено, как правило, регулятивными целями сохранения существующей системы отношений, отношения к себе и самооценки, обеспечивающих ее целостность и устойчивость. Это означает, что третичные личностные образования у больных неврозами — особенности поведения и межличностного функционирования — выполняют своего рода защитную функцию, функцию сохранения существующей системы отношений, сохранения хотя бы внешней позитивной самооценки и уверенности в себе. В картине болезни при этом выступают психологические механизмы, свидетельствующие, с одной стороны, о явлениях дезадаптации и сохранении личностных расстройств, а с другой стороны, указывающие на возможные пути их коррекции. Речь идет о невротических защитных механизмах.

Рассмотренные особенности личности пациента, страдающего неврозом, — первичные, вторичные и третичные — играют существенную роль при выборе наиболее оптимальной психотерапевтической тактики. Если при первичных личностных расстройствах существенную роль в терапии могут приобретать биологические методы лечения (в том числе современные психотропные средства), то коррекция вторичных личностных нарушений, нарушений системы отношений личности требует уже проведения личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, как в индивидуальной, так и, особенно, в групповой форме. Коррекция третичных личностных расстройств при неврозах, которые обнаруживаются в поведенческой сфере, более конструктивно протекает при дополнении патогенетической психотерапии различными методами поведенческого тренинга. Соответствующим образом учет первичных, вторичных и третичных личностных особенностей больных неврозами позволяет более целенаправленно использовать и иные формы психотерапии (суггестию, аутосуггестию и др.).

Воздействие различных лечебно-восстановительных методов (в том числе имеющих психотерапевтическую направленность) и их соотношение, обусловленное наличием первичных, вторичных и третичных личностных образований, можно проследить не только при невротических расстройствах, но и на моделях эпилепсии как органического заболевания головного мозга и ишемической болезни сердца в качестве психосоматического заболевания.

Так, у больных эпилепсией (Игнатьева), как и у больных неврозами, можно выделить первичные, вторичные и третичные личностные особенности. Первичные (замедленное протекание психических процессов, эмоциональная возбудимость, вязкость аффекта и др.) отражают особенности церебральной нейродинамики больных; вторичные (псевдонормативность, назойливость и др.) возникают в качестве компенсации на основе первичных путем сложного взаимодействия психопатологических и микросоциальных факторов; третичные особенности (чувство неполноценности, отгороженности и пр.) связаны с реакцией на заболевание и обусловлены неудовлетворением из-за болезни значимых для личности потребностей. Вторичные образования в структуре личности больного, страдающего эпилепсией, возникают путем патологического взаимодействия больного с его ближайшим окружением. Характерной особенностью этого взаимодействия является наличие порочного круга реакций окружающих на первичные симптомы, имеющиеся у больного, с изменением отношения к нему и ответных реакций больного, связанных с этими изменениями. Отношение к заболеванию участвует при эпилепсии как в формировании вторичных, так и, в особенности, третичных личностных образований. Опыт лечебно-восстановительной работы с больными эпилепсией показывает, что учет первичных, вторичных и третичных особенностей личности позволяет наиболее эффективно построить процесс терапии. Третичные изменения, непосредственно не связанные с биологическими предпосылками и имеющие психологическую природу, оказываются наиболее доступными психотерапевтическим и психокоррекционным воздействиям. В меньшей степени это относится и к вторичным личностным особенностям при эпилепсии, представляющим собой компенсаторные структуры, возникшие в процессе сложного взаимодействия биологических и психосоциальных факторов. И в данном случае постановка задач и выбор конкретных психотерапевтических приемов для их решения опираются на представление об особенностях личности больного и их динамической трансформации в процессе болезни.

Определенную аналогию можно провести, коснувшись особенностей личности больного ишемической болезнью сердца — одного из наиболее распространенных сегодня психосоматических заболеваний. В структуре личности этих больных также можно выделить первичные, вторичные и третичные личностные образования. В качестве первичных, связанных главным образов с нарушением нейродинамических процессов, можно указать тревогу и страх, особенно характерные для начала заболевания и сопровождающие стенокардические приступы. На основе указанных расстройств формируется определенное отношение к болезни. При ишемической болезни оно может быть двух типов: с недооценкой и переоценкой пациентом тяжести болезненного состояния. Под влиянием этих установок формируются третичные личностные образования: анозогностическая установка приводит к игнорированию болезни и нередко ее утяжелению; в то же время переоценка тяжести болезни, оберегающее отношение самого больного, мужа (жены) и других членов семьи с целью уменьшения риска повторного инфаркта приводит к формированию ипохондрических особенностей, вследствие чего больной ограничивает свои социальные контакты. Его сфера общения и круг интересов сужаются, то есть происходит нарушение социального функционирования. И в данном случае эффективным может быть психотерапевтическое воздействие не «вообще», а лишь с учетом типа личностных нарушений разноуровневого характера. Следовательно, психотерапия должна носить содержательный характер.

Изучение феноменологии личностных расстройств и их динамической трансформации в процессе развития болезни, помимо теоретического, имеет и большое практическое значение, способствуя эффективному проведению психотерапии, подбору адекватного соотношения ее с биологическими воздействиями с учетом различного уровня нарушений в структуре личностных расстройств.

Другими примерами клинической направленности психотерапии является выбор психотерапевтических подходов, методов и содержания психотерапевтических воздействий при акцентуациях характера и психопатиях.

Если личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия больше предназначена для лечения невротических расстройств и опирается на психологические основы в понимании механизмов неврозов, то разработанная Бурно терапия творческим самовыражением психопатичных и хронически-шизофреничных расстройств, в особенности с дефензивными проявлениями, соответственно опирается на тщательный учет клинических особенностей пациента.

Автор указывает следующие особенности работы в терапии творческим самовыражением, касающиеся пациентов различных групп: 1) применительно к психастеникам — научно-лечебная информация, чувственное оживление; 2) астеникам — забота, доброта, художественные, лирические эмоции; 3) дефензивным циклоидам (обычно склонным к вере в своего психотерапевта) — краткая научно-лечебная информация, эмоционально-подробное, юмористически мягкое, жизнеутверждающее воздействие авторитетом психотерапевта; 4) дефензивным шизоидам — помощь в творческом, общественно-полезном выражении своей аутистичности, видении подлинных ценностей в людях другого склада; 5) дефензивным эпилептоидам — помощь в поисках положительного в людях, не согласных в чем-то с ними, общественно-полезном претворении в жизнь своей честной авторитарности; 6) дефензивным истерическим психопатам — помочь научиться заслуживать внимание людей пусть демонстративным, но общественно-полезным самовыражением; 7) ананкастам — помочь сделать навязчивые переживания содержанием творчества; 8) дефензивным малопрогредиентно-шизофреническим пациентам — на почве особого интимного психотерапевтического контакта (невозможного в работе с психопатами) помочь пациенту творчески общественно-полезно выразить в жизни свою личностную полифонию, расщепленность-сюрреалистичность, имеющую свою особую гармонию (неустанно ее активируя).

В несколько ином, но также в клиническом плане рекомендует учитывать тип психопатии и акцентуации характера при выборе психотерапевтических вмешательств известный подростковый психиатр Личко.

При гипертимных психопатиях доверие обычно легко устанавливается, если пациент чувствует к себе доброжелательное отношение, искренний интерес к его проблемам, желание вместе с ним искать выход из трудной ситуации. Надо избегать чрезмерной директивности и, наоборот, следует опасаться утраты дистанции, фамильярности. Не нужно демонстрировать равенство отношений. Пациент скорее почувствует расположение к врачу, если увидит в нем независимую самостоятельную личность. В отношении же медико-педагогических мероприятий следует добавить, что адаптация лучше осуществляется в среде, где открывается возможность для применения инициативы, энергии, для широких контактов, — в большом коллективе, на разнообразной работе, при непрерывной смене обстановки и впечатлений. Слишком размеренный режим закрытых учреждений переносится плохо, толкает на конфликты и ведет к декомпенсации.

При лабильно-аффективной психопатии психотерапия бывает действенной, если подросток сразу чувствует искреннюю благосклонность к нему. Установившийся контакт эти подростки нередко стремятся сохранить возможно дольше. Направление психотерапевтических усилий постепенно можно менять от успокоения к руководству поведением.

При сенситивной психопатии следует учитывать, что за внешней замкнутостью обычно скрывается большая потребность поделиться переживаниями. Необходимы многократные продолжительные беседы с перебором фактов и ситуаций, опровергающих убежденность подростка в его неполноценности и неблагоприятном отношении к нему окружения. В трудовых рекомендациях необходимо побуждать не страшиться выбрать профессию, соответствующую возможностям. Ситуация, стимулирующая чувство ответственности и убежденности в том, что подросток «нужен другим», может способствовать компенсации.

При психастенической психопатии склонность к самоанализу и самокопанию может превратить внешне, казалось бы, успешную психотерапию в пустую словесную жвачку, никак не сказывающуюся на поведении. Необходимо побуждать, тренировать и развивать те сферы психической жизни, которые слабы, — живое восприятие, умение схватить мельком увиденное, нужно даже поощрять фантазирование. Рекомендованные занятия спортом часто забрасываются из-за неудач или превращаются в навязчивый ритуал. Необходимо вызвать у больного гедоническую радость ощущения своего тела в движении. В связи с тем, что нижние конечности у психастеника обычно развиты лучше, чем верхние, начинать надо с бега, лыж, велосипеда и т. п., а в дальнейшем стараться всячески разнообразить занятия. В области трудовых рекомендаций следует избегать всех ситуаций, создающих чрезмерную нагрузку на чувство ответственности.

Психотерапия очень важна при шизоидной психопатии, но добиться неформального контакта бывает нелегко. Прихотливая избирательность шизоида в выборе симпатий и антипатий, казалось бы, обрекает на неудачу все заранее заготовленные схемы. Вначале приходится говорить самому психотерапевту, и лучшая тема для этого — трудность контактов вообще и судьба людей, которым они нелегко даются. Признаком преодоления психологического барьера служит момент, когда шизоидный подросток начинает говорить сам; чем дальше, тем раскрытие может быть все более полным. Нужно лишь учитывать истощаемость шизоида. При трудовых рекомендациях необходимо по возможности учитывать увлечения — желателен близкий к ним выбор профессии. Сами подростки нередко мечтают о профессии, сопряженной с изоляцией от шумного мира в малых группах, связанной с «уединением». От такого выбора следует предостерегать, так как он создает трудную ситуацию — контакт со всеми членами малых изолированных групп неминуемо должен стать неформальным.

Эпилептоидные подростки в моменты дисфорий и аффективного напряжения больше всего нуждаются в успокаивающих психотропных средствах.

Пациента лучше на время оставить в покое и контакт устанавливать, когда эти состояния минуют. В процессе психотерапии следует учитывать внимание эпилептоидного подростка к своему здоровью, собственному благополучию. Беседы должны быть обстоятельными и неторопливыми. Подростка нужно побуждать «выговариваться» — это снимает напряжение. Совместному обсуждению сперва лучше подвергнуть положительные качества: любовь к порядку, способности к ручному мастерству. Отрицательные свойства — взрывчатость, гневливость, несдержанность в состоянии аффекта — признаются самим подростком, если установлены доверие и контакт. В трудовых рекомендациях надо учитывать их медлительность, инертность и склонность к аккуратности.

Истероидная психопатия представляет собой наиболее трудный объект и для психотерапии, и для медико-педагогических рекомендаций. Гипноз при нарушениях поведения является совершенно недейственным методом. Успех корригирующих поведение усилий зависит от того, насколько удается отыскать сферу, где эгоцентрические потребности подростка могут быть удовлетворены без ущерба для окружающих (например, занятия художественной самодеятельностью). Выбор подходящей профессии затруднен из-за крайне завышенного уровня притязаний. Родным и близким надо объяснить, что нарушения поведения у подростка обычно носят демонстративный характер, поэтому следует избегать сцен, скандалов, бурных обсуждений с привлечением знакомых и всякого рода посредников, которые обычно становятся для истероидного подростка только желанными зрителями. Однако никогда проступки не должны оставаться незамеченными и безнаказанными — это может только подталкивать на более серьезные нарушения.

Подростки неустойчивого типа требуют твердого, даже властного руководства. Психотерапия должна быть преимущественно директивной. Строгий режим, неусыпный надзор, неизбежность наказаний за проступки действуют наиболее эффективно.

Специфические подростковые поведенческие реакции (эмансипация, группирование, увлечение, и др.) должны также учитываться при проведении психотерапевтической работы.

Только хорошее владение клиническим методом позволит врачу-психотерапевту составить адекватную лечебную (в том числе психотерапевтическую) программу при сложных сочетаниях невротического и органического компонентов в картине заболевания и выбрать наиболее адекватное соотношение психотерапии и биологической терапии в каждом отдельном случае, о чем свидетельствуют данные следующих исследований.

Были изучены варианты личностного реагирования на болезнь и особенности социально-трудовой адаптации больных с неврозоподобными вариантами органических заболеваний головного мозга по данным многолетнего катамнеза (до 20 лет). Во всех случаях диагноз органического заболевания головного мозга (энцефалит, арахноидит, диэнцефалит) был верифицирован тщательным неврологическим обследованием. Выделено три группы больных: 1) с активной позицией в преодолении болезни и устойчивой социально-трудовой адаптацией; 2) с зависимостью от врача и внешних обстоятельств и неустойчивой социально-трудовой адаптацией; 3) с уходом в болезнь и значительным снижением социально-трудовой адаптации. Работа представляет интерес в том отношении, что группы больных с различным терапевтическим исходом статистически не различались по степени выраженности неврологической симптоматики и органических церебральных изменений; достоверные же различия установлены по выраженности личностных нарушений в преморбиде, направленности личности, характеру сопутствующих невротических проявлений, динамике психотравмирующей ситуации. Показано, что тип личностного реагирования на болезнь и особенности социально-трудовой адаптации обследованных больных в катамнезе определяются выраженностью не столько органического, сколько психогенно-невротического компонента заболевания и адекватностью выбора и проведения психотерапевтических мероприятий. Общий терапевтический эффект при использовании личностно-ориентированных (реконструктивных) форм психотерапии был выше, чем при применении симптоматических методов (суггестия, релаксация и др.).

Клинический характер психотерапии предполагает также учет особенностей такого важного аспекта патологии, как внутренняя картина болезни. Так, больные неврозами с «психоцентрированным типом» внутренней картины болезни мотивированы на лечение методами психотерапии, в то же время больные с «соматоцентрированным типом» — на фармакотерапию (Ташлыков). Знание и учет структуры внутренней картины болезни у больных с малопрогредиентной шизофренией также позволяет правильно обосновать выбор психотерапевтических мероприятий. При ипохондрическом и паническом отношениях, одной из многих психотерапевтических задач является «коррекция масштаба переживаний» болезни. При рационализирующем и отрицающем отношениях основная задача психотерапии — способствовать достижению осознания факта болезни и формированию адекватного к ней отношения.

Нельзя не отметить роль катамнеза в психотерапии. Катамнез используется для подтверждения установленного диагноза, изучения динамики заболевания, сравнения непосредственных и отдаленных результатов психотерапии на разных этапах лечебного процесса. Особое значение катамнестический метод приобретает при использовании личностно-ориентированных систем психотерапии, где степень клинического улучшения и его устойчивость во многом определяются дополнительными (помимо собственно клинического) психологическими критериями. Метод катамнеза позволяет более адекватно решать вопрос о целесообразности суппортивной (поддерживающей) психотерапии.

Клинический подход к проведению психотерапии, помимо учета нозологического характера болезни, ее патогенетических механизмов, закономерностей течения, последовательно представленный в других главах, включает в себя также постановку целей, задач, выбор методов психотерапии, адекватных различным организационным формам, в которых она осуществляется: учреждения амбулаторного, полустационарного, стационарного, санаторного и других типов.

**Контрольные вопросы**

1. Терапия творческим самовыражением Бурно особенно показана при:

1) неврозах;

2) органических заболеваниях головного мозга;

3) психопатиях с дефензивными проявлениями;

4) психосоматических заболеваниях.

**Лекция 4. Основные направления психотерапии: краткая характеристика**

План:

1. Психологические основы использования психотерапии.
2. Направления психотерапии.

Развитие современной научной психотерапии осуществляется на основе различных теоретических подходов, анализе и обобщении результатов эмпирических исследований клинических, психофизиологических, психологических, социально-психологических и других аспектов изучения механизмов и эффективности психотерапевтических вмешательств. Нисколько не умаляя значение клинических основ психотерапии, все же следует подчеркнуть, что и объект воздействия (психика), и средства воздействия (клинико-психологические вмешательства) представляют собой психологические феномены, то есть психотерапия использует психологические средства воздействия и направлена на достижение определенных психологических изменений. Кроме того, в системе подготовке врачей до настоящего времени психологическим проблемам уделялось явно недостаточное внимание. Поэтому для врачей формирование адекватных представлений о психологические основах психотерапии имеет особое значение.

Любая область медицинских вмешательств основывается на определенных знаниях о норме и патологии (например, нормальная анатомия и патоанатомия, нормальная физиология и патофизиология). Научно обоснованная психотерапевтическая система также имеет в своей основе два предшествующих звена, раскрывающих содержание понятий «норма» и «патология». Концепция нормы — это представления о здоровой личности, психологическая концепция, которая определяет основные детерминанты развития и функционирования человеческой личности. Концепция патологии — это концепция личностных нарушений (концепция происхождения невротических расстройств), рассматривающая их в рамках соответствующих представлений о норме. Говоря о психотерапии, мы чаще всего обращаемся именно к психотерапии невротических расстройств, потому что наиболее существенным показанием к психотерапии является психогенный характер нарушений (заболевания). Поэтому именно при неврозах психотерапевтические воздействия осуществляются наиболее полно и глубоко, то есть психотерапевтическая модель невротических расстройств представляет собой наиболее развернутую модель.

Таким образом, в качестве теоретической основы психотерапии выступает научная психология, психологические теории и концепции. Именно теоретические представления, раскрывающие психологическое содержание понятий «норма» и «патология», определяют цели и задачи, характер и специфику психотерапевтических воздействий. Ранее уже отмечалось, что при всем разнообразии психотерапевтических подходов существует три основных направления в психотерапии, соответственно трем основным направлениям психологии, и каждое из них характеризуется своим собственным подходом к пониманию личности и личностных нарушений и логически связанной с этим собственной системой психотерапевтических воздействий. Так, в рамках психодинамического подхода в качестве основной детерминанты личностного развития и поведения человека рассматриваются бессознательные психические процессы, а нарушения личностного функционирования (и невроз) понимаются как следствие конфликта между бессознательным и сознанием. Тогда понятно, что основной целью психотерапии является достижение осознания этого конфликта и собственного бессознательного. Представители поведенческого направления фокусируют свое внимание на поведении. Здоровая личность характеризуется адаптивным поведением (норма — это адаптивное поведение), а невроз или личностные нарушения — результат неадаптивного поведения, сформировавшегося в результате неправильного научения. Из этого следует, что целью психологического вмешательства является научение или переучивание, замена неадаптивных форм поведения на адаптивные (эталонные, нормативные, правильные). Гуманистическое или «опытное» направление в качестве основной человеческой потребности рассматривает потребность в самореализации и самоактуализации. Невроз же является следствием невозможности самоактуализации, следствием блокирования этой потребности, что связано с недостаточным самопониманием и принятием себя, недостаточной целостностью Я. В этом случае целью психологического вмешательства будет создание условий, в которых человек сможет пережить новый эмоциональный опыт, способствующий принятию себя и личностной интеграции, что и обеспечивает самоактуализацию.

Ниже будут рассмотрены основные направления психотерапии с точки зрения психологических теорий, лежащих в их основе.

**Динамическое (психодинамическое) направление в психотерапии.** Динамическое направление в психотерапии основано на глубинной психологии — психоанализе. В настоящее время в рамках динамического направления существует много различных школ, однако общим, объединяющим взгляды представителей этого подхода, являются представления о бессознательных психических процессах и психотерапевтических методах, используемых для их анализа и осознания.

*Психологическая концепция.* Основоположником психоанализа является Фрейд. Психологическая концепция, концепция личности в психоанализе представляет собой реализацию психодинамического подхода. Термин «психодинамический» предполагает рассмотрение психической жизни человека, психики с точки зрения динамики, с точки зрения взаимодействия, борьбы и конфликтов ее составляющих (различных психических феноменов, различных аспектов личности) и их влияния на психическую жизнь и поведение человека.

*Бессознательные психические процессы.* Центральными в психоанализе являются представления о бессознательных психических процессах, которые рассматриваются как основные детерминанты личностного развития, как основные факторы, движущие силы, определяющие и регулирующие поведение и функционирование человеческой личности. В целом, психическая жизнь человека рассматривается как выражение бессознательных психических процессов. Содержание бессознательного составляют инстинктивные побуждения, первичные, врожденные, биологические влечения и потребности, которые угрожают сознанию и вытесняются в область бессознательного.

*Инстинкты и мотивация.* Инстинкты, с точки зрения Фрейда, это не врожденные рефлексы, а побудительные, мотивационные силы личности, это — психическое выражение импульсов и стимулов, идущих от организма (и, в этом смысле, биологических), психическое выражение состояния организма или потребности, вызвавшей это состояние. Целью инстинкта является ослабление или устранение возбуждения, устранение стимулов, связанных с потребностью организма, иными словами, удовлетворение потребности за счет определенного соответствующего поведения (например, голод или жажда побуждают человека искать питье или еду, есть и пить). Именно эта внутренняя стимуляция, внутреннее возбуждение, связанное с состоянием и потребностями организма, с точки зрения Фрейда, является источником психической энергии, которая обеспечивает психическую активность человека (в частности, поведенческую активность). Поэтому инстинктивные побуждения рассматриваются как мотивационные силы, следовательно, мотивация человека направлена на удовлетворение потребностей организма, на редукцию напряжения и возбуждения, вызванного этими потребностями. Инстинкты же представляют собой психические образы этого возбуждения, представленные как желания. Фрейд выделял две группы инстинктов: инстинкты жизни (Эрос), направленные на самосохранение, на поддержание жизненно важных процессов (голод, жажда, секс) и инстинкты смерти (Танатос), разрушительные силы, направленные либо вовнутрь, на самого себя, либо вовне (агрессия, садизм, мазохизм, ненависть, суициды). Энергия инстинктов жизни получила название либидо, энергия инстинктов смерти специального названия не имеет. Фрейд считал, что из всех инстинктов жизни наиболее значимыми для развития личности являются сексуальные инстинкты. В связи с этим довольно часто термином «либидо» обозначают именно энергию сексуальных инстинктов. Однако нужно иметь в виду, что энергия либидо обозначает энергию всех жизненных инстинктов.

*Концепция личности.* Рассматривая проблему организации психики, проблему личности, Фрейд создал две модели: топографическую (уровни сознания) и структурную (личностные структуры). Согласно топографической (более ранней) модели, в психической жизни человека можно выделить три уровня: сознание (то, что осознается человеком в данный момент), предсознательное (то, что не осознается в данный момент, но достаточно легко может быть осознано) и бессознательное (то, что не осознается в данный момент, и практически не может быть осознано человеком самостоятельно; оно включает инстинктивные импульсы, переживания, воспоминания, вытесненные в бессознательное как угрожающие сознанию). Более поздняя модель личностной организации — структурная. Согласно этой модели личность включает три структуры, три инстанции: Ид (Оно), Эго (Я) и Супер-Эго (Сверх-Я). Ид является источником психической энергии, действует в бессознательном и включает базальные инстинкты, первичные потребности и импульсы. Ид действует согласно принципу удовольствия, стремится к немедленной разрядке напряжения, которое вызывается первичными (биологическими, идущими от организма) побуждениями, не учитывая никаких социальных норм, правил, требований, запретов. Эго (разум) направляет и контролирует инстинкты. Эго функционирует на всех трех уровнях сознания, является связующим звеном, посредником между Ид и внешним миром, осуществляет анализ внутренних состояний и внешних событий и стремится удовлетворить потребности Ид, достигнуть разрядки напряжения (вызванного первичными потребностями) с учетом требований внешнего мира, с учетом норм и правил (например, отсрочить удовлетворение потребностей до подходящего момента). Эго действует согласно принципу реальности, стремится обеспечить удовлетворение инстинктивных потребностей, познавая и анализируя внутренний и внешний мир и выбирая наиболее разумные и безопасные способы и пути для удовлетворения потребностей. Супер-Эго — это моральный аспект личности, совесть и идеальное Я. Супер-Эго также функционирует на всех трех уровнях сознания. Оно формируется в процессе воспитания и социализации индивида за счет интернализации (усвоения) социальных норм, ценностей, стереотипов поведения. Супер-Эго действует согласно морально-этическому принципу, осуществляя контроль над поведением человека (самоконтроль) и препятствует проявлению внутренних импульсов, которые не соответствуют социальным нормам и стандартам. Таким образом, Ид стремится к немедленной разрядке напряжения и не соотносится с реальностью. Супер-Эго препятствует реализации этих желаний и стремится подавить их. Эго, напротив, способствует осуществлению желаний Ид, но стремится соотнести их с реальностью, с требованиями и ограничениями социальной среды, становясь, тем самым, ареной борьбы между Ид и Супер-Эго, между первичными потребностями и моральными нормами, правилами, требованиями, запретами. Если давление на Эго является чрезвычайно сильным, то возникает тревога.

*Тревога.* Тревога, с точки зрения Фрейда, является функцией Эго и предупреждает Эго о надвигающейся опасности, угрозе, помогая личности реагировать в подобных ситуациях (ситуациях опасности, угрозы) безопасным, адаптивным способом. Фрейд выделял три типа тревоги: объективную, или реалистическую (связанную с воздействиями внешнего мира), невротическую (связанную с воздействиями Ид) и моральную (связанную с воздействиями Супер-Эго). Объективная тревога возникает в ответ на реальные опасности окружающего реального мира. Невротическая тревога по сути является страхом перед наказанием за неконтролируемое проявление потребностей Ид, она возникает в результате воздействия импульсов Ид и опасности, что они будут осознаны, но не могут контролироваться. Моральная тревога основана на опасениях перед наказанием со стороны Супер-Эго, которое предписывает поведение, соответствующее социальным стандартам. Моральная тревога — это страх перед наказанием за следование инстинктивным побуждениям, чувство вины или стыда, возникающие у человека, когда он совершает или хотел бы совершить поступки, противоречащие моральным нормам и правилам (требованиям Супер-Эго).

*Защитные механизмы.* Тревога — это сигнал об опасности, сопровождающийся определенным уровнем напряжения. Тревога вызывает и активизирует защитные механизмы (механизмы защиты), которые связаны с увеличением инстинктивного напряжения, угрозой Супер-Эго или реальной опасностью. Защитные механизмы — это определенные приемы, используемые Эго и направленные на снижение напряжения и тревоги. Фрейд писал, что «защитные механизмы — это общее название для всех специальных приемов, используемых Эго в конфликтах, которые могут привести к неврозу». Функция защитных механизмов заключается в том, чтобы не допустить осознания инстинктивных импульсов, иными словами, предохранить Эго от тревоги. Они являются неосознаваемыми и пассивными, в значительной степени искажают реальность и направлены вовнутрь — на снижение тревоги (в отличие от копинг-механизмов, которые представляют собой механизмы активного совладания с ситуацией, достаточно адекватно отражают реальность и направлены на ее активное преобразование).

В литературе выделяют различные виды защитных механизмов. Рассмотрим некоторые из них. Вытеснение рассматривается как основа всех защитных механизмов, оно обеспечивает прямой путь избегания тревоги и как составная часть входит в состав любого другого защитного механизма. Вытеснение представляет собой процесс, посредством которого неприемлемые импульсы становятся бессознательными, попытку избежать за счет неосознания неприятных мыслей и желаний тех чувств и того опыта, которые приносят боль и страдания. Проекция — это процесс, посредством которого специфические импульсы, желания, стороны себя или внутренние объекты представляются человеку локализованными в некотором внешнем по отношению к себе объекте. Проекция внутренних объектов состоит в том, что человек приписывает свои собственные неприемлемые чувства, мысли, поведение другим людям. Отрицание предшествует проекции и представляет собой защиту от реальности, которая приносит боль, это — защитный механизм, посредством которого либо отрицается (не признается) какое-либо событие или опыт, причиняющий страдания, либо какая-то сторона самого себя. Замещение предполагает переадресование инстинктивного импульса на менее угрожающий объект, замену объекта разрядки, истинного источника негативных чувств другим, более безопасным. Рационализация — это процесс, посредством которого действительному поведению дается обоснование, которое не только его оправдывает, но и маскирует его истинную мотивацию, поведение представляется и объясняется таким образом, что выглядит вполне разумным и оправданным. Предлагаемая аргументация при этом не является логически обоснованной и часто не выдерживает никакой критики. Идентификация — это процесс, посредством которого тревога снимается за счет отождествления (идентификации) себя со значимым, важным лицом, который представляется человеку менее уязвимым в тревожных ситуациях, она может выражаться в подражании стилю поведения, манерам, одежде другого человека («Если бы я был таким как он, то чувствовал бы себя много лучше»). Идентификация с агрессором представляет собой вид идентификации, которая состоит в том, что человек уподобляется человеку с агрессивным поведением, имитирует поведение тех, кто вызывает в нем страх. Интроекция или интроективная идентификация («проецирование внутрь») также является разновидностью идентификации и предоставляет собой процесс отождествления с внутренним объектом (интроектом), процесс, посредством которого человек как бы вбирает в себя качества другого человека, представляет качества другого своими собственными. В этом смысле Супер-Эго рассматривается как результат интроекции. Изоляция — это механизм защиты, посредством которого человек обосабливает какое-либо событие, приносящее ему боль, препятствует ему стать частью своего значимого опыта. Эмоциональная изоляция представляет собой попытку изолироваться от психологической боли, человек становится «бесчувственным» (как робот). Реактивная формация или реактивное образование — процесс, посредством которого человек справляется с неприемлемыми импульсами путем формирования противодействия, превращая этот импульс в нечто противоположное, преувеличивая (гипертрофируя) противоположное стремление и выражая его в своих мыслях и поведении. Регрессия — процесс, посредством которого в случае угрозы человек пытается вернуться к ранним периодам жизни, когда он чувствовал себя более безопасно, к прежним «детским» стереотипам поведения. Фантазирование состоит в том, что человек в угрожающих ситуациях пытается избавиться от тревоги, уходя в фантазии вместо того, чтобы реально действовать. Сублимация занимает особое место среди защитных механизмов. Фрейд рассматривал сублимацию как единственный, «не невротический» механизм, единственный «здоровый» путь трансформации инстинктивных импульсов. Так, в частности, он писал, что конфликт является невротическим только в том случае, если он разрешается путем применения защитных механизмов, отличных от сублимации. Он также полагал, что именно сублимация обеспечивает развитие человеческой культуры как таковой. Сублимация способствует разрядке энергии инстинктов в социально приемлемых (неинстинктивных) формах поведения и представляет собой замену потребностей, которые не могут быть удовлетворены непосредственно, на социально приемлемые цели, замену инстинктивных способов поведения на способы поведения, принятые в культуре, за счет изменения цели и объектов. Для примера сопоставим сублимацию с замещением. Человек испытывает сильное раздражение по отношению к своему начальнику, но он не может себе позволить разрядить свои агрессивные импульсы непосредственно. Если для разрядки этой энергии просто находится другой, менее опасный объект (например, человек приходит домой и кричит на своих домашних или бьет собаку), то здесь речь идет о замещении. Если же он находит социально приемлемый способ разрядки (например, идет в спортивный зал и занимается боксом), то в данном случае мы имеем дело с сублимацией.

Таким образом, Эго способствует осуществлению желаний Ид, но стремится соотнести их с реальностью, с требованиями и ограничениями социальной среды, становясь, тем самым, ареной борьбы между Ид и Супер-Эго, между первичными потребностями и моральными нормами, правилами, требованиями, запретами. Если давление на Эго является чрезвычайно сильным, то возникает тревога. Тревога — это сигнал об опасности, сопровождающийся ростом напряжения. Она вызывает и активизирует защитные механизмы, основная цель которых состоит в снижении этого напряжения. Однако далеко не всегда их действие оказывается эффективным. Если тревога не снижается значительно или снижается лишь на непродолжительное время (поскольку защитные механизмы не направлены на активное преобразование и переработку конфликтов, проблем и ситуаций, а лишь на вытеснение их в бессознательное, «удаление» из сознания), то следствием этого может быть развитие невротического состояния.

*Концепция патологии (концепция невроза).* В классическом психоанализе выделяют несколько типов неврозов. Психоневроз обусловлен причинами, относящимися к прошлому, и объясним только в терминах личности и истории жизни. Фрейд выделял три типа психоневроза: истерическая конверсия, истерический страх (фобия) и невроз навязчивых состояний. Симптомы этих неврозов можно интерпретировать как конфликт между Эго и Ид. Именно психоневрозы, с точки зрения Фрейда, обусловлены невротическим конфликтом, то есть бессознательным конфликтом между побуждением Ид, которое стремится к разрядке, и защитой Эго, предотвращающей непосредственную разрядку или доступ к сознанию. Таким образом, конфликт является невротическим только в том случае, если одна его сторона бессознательна и если он разрешается путем применения механизмов защиты, отличных от сублимации. Симптом при этом рассматривается как осуществление компромисса между подавляемым желанием и требованиями подавляющего фактора. Возникновение симптома обусловлено символизацией, которую Фрейд характеризовал, как «древний, но вышедший из употребления способ выражения». Сложную роль в невротическом конфликте играет Супер-Эго. Именно Супер-Эго заставляет Эго чувствовать себя виноватым (что сознательно ощущается весьма болезненно) даже за символическую и искаженную разрядку, которая проявляется как симптом психоневроза. Таким образом, все части психического аппарата участвуют в формировании невротического симптома. Актуальный невроз обусловлен причинами, относящимися к настоящему, и объясним в терминах сексуального поведения пациента. Он является физиологическим последствием нарушений в половом функционировании. Фрейд различал две формы актуального невроза: неврастению как результат половых излишеств и невроз тревоги как результат отсутствия разрядки полового возбуждения. Нарциссический невроз связан с неспособностью пациента к образованию переноса. Невроз характера выражается в симптомах, которые по своей сути являются чертами характера. Травматический невроз вызывается потрясениями. Невроз переноса развивается в ходе психоанализа и характеризуется навязчивым интересом пациента к психоаналитику. Невроз органа обозначает психосоматическое заболевание, однако этот термин употребляется достаточно редко. Детский невроз проявляется в детском возрасте, при этом классический психоанализ исходит из того, что неврозам у взрослых всегда предшествуют детские неврозы. Невроз страха (тревоги) обозначает или любой невроз, в котором тревога является главным симптомом, или один из видов актуального невроза.

Рассмотрим общую концепцию психологического происхождения неврозов в рамках психоанализа. Центральным его содержанием являются представления о невротическом конфликте. Фрейд рассматривал невротический конфликт как «переживания, возникающие в результате столкновения по крайней мере двух несовместимых тенденций, действующих одновременно как мотивы, определяющие чувства и поведение». С точки зрения Фрейда, сущность невроза — это конфликт между бессознательным и сознанием: «С самого начала мы замечаем, что человек заболевает из-за конфликта, возникающего между требованиями инстинкта и внутреннего сопротивления, которое возникает внутри против этого инстинкта». Сознательный компонент — это нормы, правила, запреты, требования, существующие в обществе и являющиеся элементами Супер-Эго. Бессознательный — первичные, инстинктивные потребности и влечения, составляющие содержание Ид. Вытесненные в бессознательное, они не теряют своего энергетического потенциала, а, напротив, сохраняют и даже усиливают его, и далее проявляются либо в социально приемлемых формах поведения (за счет сублимации), а если это невозможно или недостаточно, то в виде невротических симптомов. Таким образом, невроз — это следствие конфликта между сознательным и бессознательным, которое образуют вытесненные под влиянием моральных норм, правил, запретов, требований первичные, биологические потребности и влечения, прежде всего, сексуальные и агрессивные.

Однако следует отметить, что различные представители психоанализа по-разному понимают содержание бессознательного и, следовательно, содержательную сторону невротического конфликта. Для Фрейда — это сексуальные и агрессивные импульсы и их конфликт с сознанием. Адлер рассматривал сущность невроза в конфликте между чувством неполноценности и стремлением к самоутверждению, жаждой власти. Он видел в невротическом состоянии переживание слабости и беспомощности, которое описывал как «комплекс неполноценности». Для преодоления чувства неполноценности и удовлетворения потребности в самоутверждении человек прибегает к механизмам компенсации и гиперкомпенсации. Невротический симптом при этом рассматривается как выражение борьбы, направленной на преодоление чувства недостаточности. Невротический симптом есть результат неудачной компенсации, фиктивный способ повышения собственного достоинства. Развитие невротических симптомов рассматривается как «бегство в болезнь», «желание власти», «мужской протест». Первый и третий путь направлены на привлечение внимания к себе (с помощью симптома человек может получить его даже в большей степени, чем здоровый). Второй путь, «желание власти», входит в конфликт с ощущением близости с другими людьми. Адлер определяет невроз как экзистенциальный кризис, поражающий всю личность. Основной феномен психических расстройств он видел не в сопротивлении побуждениям, а в невротическом характере, неадекватном аттитюде жизни.

Юнг рассматривал содержание бессознательного более широко, считая, что оно включает не только подавленные сексуальные и агрессивные побуждения, но и некий интрапсихический материал, имеющий более глубокие, исторические корни, и представляющий собой врожденный опыт прошлых поколений. С точки зрения Юнга, психика человека включает три уровня: сознание, личное бессознательное и коллективное бессознательное. Коллективное бессознательное есть общее для всех людей, независимо существующее от человека психическое содержание, «разум наших древних предков», которое представляет собой более глубокий и менее доступный осознанию уровень психической деятельности. Коллективное бессознательное представлено в виде архетипов. Архетипы — психические структуры, первичные психические образы, составляющие содержание коллективного бессознательного. Архетипы рассматриваются как первообразы, доминанты, априорные формы организации нашего опыта. Архетипы определяют характер человеческой символики, сновидений, сказок, мифов. Они могут выражать религиозные чувства и имеют значение коллективных символов. Юнг рассматривал архетипы как предрасполагающие факторы, как внутренние детерминанты психической жизни человека, которые направляют его поведение и дают возможность человеку реализовать определенные общие для большинства людей модели поведения даже в тех ситуациях, с которыми он сам ранее не сталкивался, которых нет в его личном опыте. Личное бессознательное, напротив, связано с прошлым опытом человека и состоит из импульсов, воспоминаний, желаний, переживаний (связанных с личным опытом человека), которые вытеснены или забыты, но достаточно легко могут быть осознаны. Личное бессознательное содержит комплексы (или организовано в виде комплексов), которые представляют собой совокупность эмоционально заряженных мыслей, тенденций, представлений, воспоминаний, желаний, чувств и пр., связанных с личным опытом индивида. Вытесненные в бессознательное (в частности, под влиянием нравственного чувства, которое Юнг также считал врожденным), эти комплексы оказывают существенное воздействие на психическую деятельность человека, на его поведение. Комплексы, обладающие высокой степенью аффективной заряженности и вступающие в противоречие с сознательным Я, и являются источником невротических нарушений.

Хорни рассматривала в качестве детерминант человеческого поведения и развития две основные потребности: потребность в безопасности и потребность в удовлетворении. Центральное место в теории Хорни занимает понятие базальной (коренной, основной) тревоги, которое она описывает как «чувства ребенка, одинокого и беззащитного в потенциально враждебном ему мире». Базальная тревога — это глубокое чувство одиночества и беспомощности, ощущение отсутствия безопасности. В ответ на фрустрацию этой потребности ребенок вырабатывает определенные поведенческие стратегии, которые могут фиксироваться в качестве защитных механизмов в отношении тревоги. Такие фиксированные стратегии Хорни рассматривает как невротические потребности. Первоначально Хорни выделила 10 основных невротических потребностей, в дальнейшем описала три личностных типа на основании выраженности и преобладания тех или иных невротических потребностей и соответствующих им стратегий поведения: уступчивая личность (потребности быть рядом с другими, в признании и любви доминантного партнера — ориентация на людей), отрешенная личность (потребности в одиночестве, бегстве от людей, независимости и совершенстве — ориентация от людей) и агрессивная личность (потребности в противодействии, власти, престиже, восхищении, успехе, потребность подчинить себе других — ориентация против людей). Для невротической личности характерно доминирование какой-либо одной потребности или одной группы потребностей и соответствующих им стратегий поведения. Такая негибкость, невозможность направить поведение на удовлетворение других потребностей и изменить поведение в соответствии с новыми обстоятельствами не приносит успеха, а только усиливает фрустрацию и усугубляет невротические проблемы. Следует отметить еще один важный аспект в понимании природы невротических нарушений. Как уже указывалось выше, Хорни выделяла две основные потребности человека: потребность в безопасности и потребность в удовлетворении. Потребность в удовлетворении включает не только удовлетворение физических (биологических) потребностей, но также потребности в самооценке и самоуважении, оценке, принятии и признании другими, в достижениях. Наличие этих двух потребностей (в безопасности и удовлетворении) являются источником постоянных противоречий и конфликтов. Для удовлетворения потребности в безопасности человек пользуется фиксированными стратегиями поведения, то есть формирует поведение, ограничивающее сферу его функционирования (ограничительное поведение) относительно безопасными областями, что снижает базальную тревогу, но препятствует реальным достижениям, то есть фрустрируется потребность в удовлетворении. Стремясь к достижениям, человек вынужден осваивать новые сферы, отказываться от фиксированных стратегий и ограничительного поведения, что приводит к фрустрации потребности в безопасности. Таким образом, наличие этих двух потребностей несет в себе противоречие, которое может привести к неврозу. И в этом смысле различие между здоровьем и неврозом является лишь количественным.

Фромм также не видит качественных различий между здоровьем и неврозом. С точки зрения Фромма человек характеризуется наличием двух тенденций или двух потребностей: потребностью в свободе, автономии, собственной идентичности, самовыражении и потребностью в безопасности. Фромм считал, что люди в принципе могут быть свободными и автономными и при этом не терять чувства общности с другими людьми и ощущение безопасности. Такую свободу он назвал позитивной свободой, однако в современном обществе для многих она недостижима. Поэтому эти две потребности находятся в постоянном конфликте, так как борьба за личную свободу и автономию приводит к отчуждению от других, к чувству одиночества, отстраненности и фрустрации потребности в безопасности и общности с другими людьми. Человек «убегает» от свободы, чтобы избавиться от чувства одиночества. Причину невроза Фромм видел в бессознательной, компульсивной деятельности — «бегстве от свободы», которая является способом избавления от чувства одиночества, безнадежности и личной ответственности. Фромм описал три основных механизма или три стратегии бегства от свободы: авторитаризм (садизм и мазохизм), деструктивизм и конформизм. Конфликт между потребностью в свободе и потребностью в безопасности, так же как и механизмы бегства от свободы, представлены и у больных неврозами, и у здоровых, но с разной степенью интенсивности.

Можно приводить и другие примеры взглядов представителей этого направления на природу невротических нарушений. Однако в целом, для всех представителей психоанализа характерен взгляд на невроз как конфликт между сознательными и бессознательными потребностями и тенденциями. При этом содержательно эти потребности и тенденции могут пониматься по-разному.

*Психотерапия.* Исходя из представлений об организации и механизмах функционирования психики и возникновения неврозов, Фрейд разработал соответствующий этому лечебный метод. Ключевыми понятиями психоанализа как психотерапевтической системы являются свободные ассоциации, интерпретация, перенос и сопротивление. По этому поводу Фрейд писал: «Предположение о бессознательных психических процессах, признание теории подавления и сопротивления, детской сексуальности и эдипова комплекса образуют главные элементы психоанализа и базисные предпосылки этой теории. Никто не может считать себя психоаналитиком, если он не признает их». Конечно, психоанализ как терапевтическая система за последующие годы претерпел существенное развитие и изменения. Подробно и сама эта психотерапевтическая система и ее модификации будут рассмотрены в соответствующем разделе. Здесь же нам хотелось бы остановиться только на общих подходах, непосредственно вытекающих из определенной психологической концепии.

Основные положения психоаналитического наследия, имеющие значение для понимания теории и практики психоаналитического лечения, формулируются следующим образом:

1) интерес к многообразию инстинктивных импульсов человека, их выражению, трансформации, подавлению;

2) уверенность в том, что подобное подавление главным образом сексуальное, то есть подавляются сексуальные импульсы — мысли, чувства и желания, а корни болезни заключаются в неверном психосексуальном развитии;

3) представления о том, что неверное психосексуальное развитие происходит из конфликтов и травм раннего прошлого, детства, особенно из эдипова комплекса;

4) уверенность в сопротивлении выявлению этих тенденций — у человека есть конфликты, но он этого не осознает;

5) представления о том, что мы в основном имеем дело с психической борьбой и переживаниями биологических внутренних импульсов и инстинктов человека, а также представления о защитной роли Эго в отношении Супер-Эго;

6) приверженность концепции психического детерминизма или каузальности, согласно которой мыслительные процессы, или формы поведения не являются случайными, а связаны с событиями, которые им предшествовали, и пока эти события не станут осознанными, они помимо воли будут проявляться и определять мысли, чувства и поведение человека.

Исходя из того, что невроз понимается как результат конфликта между бессознательным и сознанием, основная задача психотерапии в рамках психоанализа состоит в том, чтобы сделать бессознательное сознательным, осознать бессознательное. Фрейд сравнивает ситуацию необходимости осознания собственного бессознательного и сам процесс психоанализа с ситуацией, когда нерадивый студент во время лекции всячески мешает преподавателю, гримасничает, бросает неуместные реплики, отвлекает всех от дела. Преподаватель выгоняет студента за дверь, а тот все равно постоянно заглядывает в аудиторию, отвлекает всех, привлекая внимание к себе всякими возможными способами и мешает продуктивной работе. Точно также и мы выталкиваем свое бессознательное «за дверь», а оно продолжает оттуда всячески напоминать нам о себе, беспокоить и мешать нормальной деятельности. И так же, как разрешить ситуацию с этим студентом можно только пригласив его в аудиторию и попытавшись разобраться, чего же он хочет на самом деле, точно так же нужно «вытащить бессознательное на свет» и выяснить у него, чего же оно хочет от нас.

Задача психотерапевта-психоаналитика состоит в том, чтобы вскрыть и перевести в сознание бессознательные тенденции, влечения и конфликты, то есть способствовать осознанию. Психоаналитик строит процесс таким образом, чтобы облегчить проявление и понимание бессознательного. Как же сделать бессознательное сознательным? Ответить на этот вопрос можно только обратившись к теоретическим представлениям Фрейда о способах и путях выражения бессознательного. В соответствии с этими представлениями для того, чтобы достичь осознания, психоаналитик должен подвергнуть анализу ряд психических феноменов, в которых бессознательное находит свое выражение. Такими феноменами являются свободные ассоциации, символические проявления бессознательного, перенос и сопротивление. Это означает, что в самом общем виде можно сказать, что сущность психоанализа заключается в выявлении и осознании бессознательного за счет анализа его символических проявлений, свободных ассоциаций, переноса и сопротивления.

*Свободные ассоциации.* Свободные ассоциации или свободное фантазирование (а дословно, скорее свободное проникновение, свободное вторжение) — это основная процедура психоанализа, направленная на проникновение в бессознательное. Ей придается наибольшее значение по сравнению с другими способами продуцирования материала в психоаналитической ситуации. И в этом смысле свободные ассоциации выступают как фундаментальное правило психоанализа. Свободные ассоциации — это техника, при которой пациенту предлагается ослабить все задерживающие и критикующие инстанции сознания, при которой его просят говорить обо всем, что приходит ему в голову, даже если ему это кажется нелепым, не имеющим значения, глупым, тривиальным, постыдным, неприличным, не имеющим отношения к делу и т. п.

*Символические проявления бессознательного.* Согласно концепции Фрейда, бессознательному закрыт прямой доступ в сознание, у порога которого находится цензура. Но вытесненные влечения и потребности не теряют своего энергетического потенциала и стремятся проникнуть в сознание. Однако они могут сделать это только частично, путем компромисса и искажений. Искаженные и замаскированные влечения, «обманув» бдительность цензуры, все же проникают в сознание в виде компромиссных образований, оставаясь при этом неразпознаваемыми для самого человека. В таком виде их и может обнаружить психоаналитик и подвергнуть анализу. В каком же виде представлены в сознании замаскированные бессознательные влечения и потребности? С точки зрения Фрейда, вытесненные в бессознательное влечения, тенденции и конфликты имеют символические проявления, иными словами, бессознательное может проявляться символически в виде сновидений и фантазий и различных ошибочных действий (обыденных житейских явлений — оговорках, обмолвках, описках, забывании слов, имен, дат и пр., собственно ошибочных действиях).

*Перенос (перенесение, трансфер).* Перенос характеризует отношения, возникающие между психоаналитиком и пациентом в процессе психоанализа. С точки зрения психоаналитиков, эти отношения имеют существенное и даже решающее значение для психоанализа, в ходе которого внимание постоянно направлено на разнообразные изменения в особых отношениях терапевта и пациента. «Специфическим терапевтическим компонентом являются сложные, эмоциональна окрашенные отношения типа родитель-ребенок между терапевтом и человеком, которого он лечит» — пишет один из психоаналитиков. Что же такое перенос? Перенос — это проекция пациентом на психоаналитика (перенос на психоаналитика) тех чувств и отношений, которые ранее были у пациента в отношении какого-либо значимого лица. При этом следует отметить, что в классическом психоанализе перенос всегда понимался как родительский, это означает, что пациент проецирует на психоаналитика те чувства, отношения, ожидания и пр., которые он испытывал в отношении родительской фигуры. Отношения переноса воссоздают некую реальность отношений со значимым лицом из прошлого пациента, предоставляя материал для анализа. Они, таким образом, выносят прошлые значимые отношения в плоскость психотерапевтического взаимодействия, предоставляя психоаналитику возможность не только в лучшем случае услышать, как представляет себе пациент эти отношения (а, поскольку они являются не осознанными полностью, то представления пациента существенно искажены) или создать у себя представление об этих отношениях пациента на основании других фактов, но, прежде всего, стать участником этих отношений, прочувствовать и пережить их, а следовательно, и адекватно понять. Для того чтобы создать условия для переноса, психоаналитик в ходе психотерапии придерживается определенной стратегии поведения, он ведет себя эмоционально нейтрально, личностно себя не предъявляя. Психоаналитик ведет себя отстраненно вовсе не потому, что он холодный и высокомерный человек (как это иногда изображается), а потому, что для проекции необходим «чистый, белый экран». Если бы психоаналитик проявлял себя как личность более активно, был бы аутентичным, то перенос был бы возможен только в том случае, если бы он действительно отчетливо походил по своим психологическим особенностям и проявлениям на то самое значимое лицо из прошлого пациента.

*Сопротивление.* Сопротивление представляет собой тенденцию препятствовать, блокировать раскрытие и осознание болезненных переживаний, воспоминаний, конфликтов. Иными словами, у человека есть конфликты, и они действуют, но он противится их осознанию. Сила сопротивления также может свидетельствовать о значимости материала, выявлению и осознанию которого пациент сопротивляется. Все четыре перечисленные психические феномена подвергаются анализу в процессе психотерапии. Термин «анализ» предполагает также определенные процедуры, это — конфронтация, прояснение, интерпретация и преодоление. Центральной процедурой анализа является интерпретация. Все остальные процедуры либо ведут к интерпретации, либо направлены на то, чтобы сделать ее более эффективной. Таким образом, можно сказать, что психоанализ заключается в интерпретирующем (истолковывающем) анализе различных компромиссных образований сознания. Для Фрейда само по себе осознание истинных причин заболевания выполняет важнейшую терапевтическую функцию. Однако также существенным является интеграция Я всего того, что было ранее вытеснено и затем осознано в процессе психоанализа.

В заключении этого раздела сформулируем еще раз кратко основные положения. В рамках психодинамического подхода в качестве основной детерминанты личностного развития и поведения рассматриваются бессознательные психические процессы, а невроз понимается как следствие конфликта между бессознательным и сознанием. Психотерапевтическое вмешательство направлено на достижение осознания этого конфликта и своего бессознательного. Этой задаче подчинен и собственно метод.

*Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия.* Это психотерапевтическое направление по основным своим характеристикам принадлежит к динамическому направлению. Кроме того, ей посвящен отдельный раздел. Однако, учитывая, что она является одной из наиболее разработанных в России психотерапевтических систем, здесь бы хотелось очень коротко также проследить связь между концепцией нормы (личности), концепцией патологии (невроза) и собственно психотерапевтической системой (ее задачами). Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия основана на психологии отношений (концепция личности) и патогенетической концепции неврозов (биопсихосоциальная концепция невротических расстройств). Коротко охарактеризуем эти представления.

*Психологическая концепция.* В рамках этого подхода личность рассматривается как система отношений индивида с окружающей средой, как целостная, организованная система активных, избирательных, социальных и сознательных связей с реальной действительностью. Центральное место в этом определении занимает понятие «отношение». Психологическая категория отношения понимается как внутреннее субъективное отношение, формирующееся под влиянием отношений реального мира на основе психических свойств человека как индивида. Именно внутренне субъективные отношения характеризуют личность конкретного человека, его неповторимую индивидуальность. Отношения являются ядром личности, они представляют собой внутренние условия, преломляющие и опосредующие воздействия извне. Мясищев выделял три группы отношений: отношение к себе, отношение к другим людям и отношение к миру объектов и явлений. Каждое отношение характеризуется тремя компонентами: когнитивным, эмоциональным и поведенческим. Когнитивный компонент содержит информацию об объекте отношения, эмоциональный — степень привлекательности, желательности или непривлекательности, нежелательности этого объекта, эмоциональное отношение к нему, поведенческий — содержит способы поведения и взаимодействия с данным объектом. Отношения личности, определенным образом связанные между собой, образуют систему отношений, которая иерархизована у каждого человека индивидуально, все отношения, входящие в состав системы, имеют различную значимость для человека, что связано с историей развития его личности. Система отношений задает определенные способы поведения, играет направляющую и динамизирующую роль в целостном поведении человека.

*Концепция невроза.* Патогенетическая концепция рассматривает невроз как психогенное расстройство, возникающее в результате нарушения особо значимых для личности отношений и проявляющееся в специфических клинических феноменах при отсутствии психотических явлений. Нарушения отношений можно в самом общем виде охарактеризовать как искажение когнитивного компонента вследствие его неосознанности или недостаточной степени осознания и чрезмерное преобладание эмоционального компонента, что приводит к неадекватности отношения, и оно уже не может обеспечивать адекватную регуляцию поведения. Понимание невроза как психогенного заболевания, в этиопатогенезе которого прослеживается психологически понятная связь между возникновением нарушений, клинической картиной и ее динамикой, с одной стороны, и особенностями системы отношений, личностными особенностями, а также характером и динамикой психотравмирующей патогенной ситуации, с другой, определяет ориентацию психотерапевтических воздействий на коррекцию личности и реконструкцию ее нарушенных отношений.

**Поведенческое направление в психотерапии.** Поведенческое направление в психотерапии основано на психологии бихевиоризма и использует принципы научения для изменения когнитивных, эмоциональных и поведенческих структур. Поведенческая психотерапия включает широкий круг методов. Развитие методических подходов в рамках этого направления отражает эволюцию целей поведенческой психотерапии от внешнего к внутреннему научению: от методов, направленных на изменение открытых форм поведения, непосредственно наблюдаемых поведенческих реакций (основанных, преимущественно, на классическом и оперантном обусловливании) до методов, направленных на изменение более глубоких, закрытых психологических образований (основанных на теориях социального научения, моделирования и когнитивных подходах).

Теоретической основой поведенческой психотерапии является психология бихевиоризма.

*Бихевиоризм.* Это направление в психологии сформировалось в начале XX века. Основоположником бихевиоризма является Уотсон, который ввел этот термин и опубликовал его первую программу. Значительное влияние на формирование бихевиоризма оказали также эксперименты Торндайка, заложившие основу для его возникновения, а также труды Павлова и Бехтерева. Методологическими предпосылками бихевиоризма явились принципы философии позитивизма, в соответствии с которыми наука должна описывать только феномены, доступные непосредственному наблюдению. Бихевиоризм во многом развивался в качестве альтернативы интроспективной психологии и исключил из области своего рассмотрения все психологические феномены, не подлежащие строгому научному исследованию, фиксации и измерению. С точки зрения представителей бихевиоризма, психология должна была стать наукой о поведении, поскольку поведение является единственной психологической реальностью, доступной непосредственному наблюдению и обладающей параметрами, которые можно непосредственно измерить и на которые можно воздействовать и, следовательно, изучать так же, как это принято в естественных науках. Ортодоксальный бихевиоризм по сути отождествляет психику и поведение. Поведение понимается при этом как совокупность реакций организма на воздействия внешней среды, на набор фиксируемых стимулов. Человек рассматривается как носитель определенных форм поведения, формирующихся по принципу «стимул — реакция». При этом поведение человека, так же как и поведение животного, описывается жесткой схемой «стимул — реакция» (S—R), что рассматривается в качестве основной единицы поведения. Все внутренние психологические звенья, все психологические феномены, опосредующие ответные реакции человека, сторонниками ортодоксального бихевиоризма по сути игнорировались как непосредственно не наблюдаемые. Таким образом, радикальный бихевиоризм ограничивался схемой «стимул — реакция». Однако в дальнейшем бихевиоризм обращается и к опосредующим процессам. Появляется понятие промежуточных переменных — процессов, опосредующих влияние внешних раздражителей на поведение человека. Усложнение традиционной бихевиористской схемы «стимул — реакция» за счет введения промежуточных (интервенирующих, медиаторных) переменных знаменует переход к необихевиоризму, который связан с именами Толмена и Халла. Основная формула бихевиоризма трансформируется в формулу «стимул — промежуточные переменные — реакция» (S—r-s—R). В соответствии с этим стимулы стали обозначаться как независимые переменные, а реакции — как зависимые. Промежуточные переменные (медиаторы, посредники, интервенирующие переменные) — это те психологические образования, которые опосредуют реакции организма на те или иные стимулы. Под промежуточными переменными понимают прежде всего совокупность познавательных и побудительных факторов, действующих между стимулами и ответным поведением. В настоящее время понятие промежуточных переменных понимается широко и включает сложный комплекс разнообразных психологических феноменов. В качестве промежуточных переменных рассматриваются внимание, представления, склонности, мотивы, установки, отношения и даже сознание. Изучение промежуточных переменных является одной из основных задач психологии "поведения.

Центральной проблемой бихевиоризма является проблема приобретения индивидуального опыта или проблема научения (обучения) как приобретения различных умений и навыков. Теории научения, разработанные бихевиоризмом, послужили основой для развития конкретных методических подходов поведенческой психотерапии. Поэтому следует более подробно остановиться на этом понятии.

*Научение.* Научение — это процесс и результат приобретения индивидуального опыта, знаний, умений и навыков. Научение рассматривается как появление определенных способов поведения в условиях действия конкретных раздражителей, иными словами, научение является систематической модификацией поведения при повторении одинаковой ситуации. Научение выступает в качестве основного методического принципа и главной задачи поведенческой психотерапии (а также важного фактора лечебного действия в других психотерапевтических системах, в частности в групповой психотерапии).

Поведенческая психотерапия, по сути, представляет собой клиническое использование теорий научения, сформировавшихся в рамках бихевиоризма. Центральное место в этих теориях занимают процессы классического и оперантного обусловливания и научения по моделям. В соответствии с этим выделяют три типа научения: научение типа S, научение типа R и социальное научение.

*Классическое обусловливание.* Классическое обусловливание тесно связано с именем Павлова, который внес основополагающий вклад в теорию классических условных рефлексов, ставшую основой для развития поведенческой психотерапии.

Основная схема условного рефлекса S — R, где S — стимул, R — реакция (поведение). В классической павловской схеме реакции возникают только в ответ на воздействие какого-либо стимула, безусловного или условного раздражителя. Павлов впервые ответил на вопрос, каким образом нейтральный стимул может вызвать ту же реакцию, что и безусловный рефлекс, который протекает автоматически, на врожденной основе, и не зависит от предшествующего опыта индивида. Или, иными словами, как нейтральный раздражитель становится условным раздражителем. Формирование условного рефлекса происходит в условиях: а) смежности, совпадения по времени индифферентного и безусловного раздражителей, с некоторым опережением индифферентного раздражителя, б) повторения, многократного сочетания индифферентного и безусловного раздражителей.

Экспериментатор воздействует на организм условным раздражителем (звонок) и подкрепляет его безусловным (пища), то есть безусловный стимул используется для вызывания безусловной реакции (выделение слюны) в присутствии поначалу нейтрального стимула (звонка). После ряда повторений реакция (выделение слюны) ассоциируется с этим новым стимулом (звонком), иными словами, между ними устанавливается такая связь, что прежде нейтральный безусловный стимул (звонок) вызывает условную реакцию (выделение слюны). Результатом или продуктом научения по такой схеме является респондентное поведение — поведение, вызванное определенным стимулом (S). Подача подкрепления в данном случае связана со стимулом (S), поэтому данный тип научения, в процессе которого образуется связь между стимулами, обозначается как научение типа S.

Можно назвать еще три феномена, связанных с именем Павлова и используемых в поведенческой психотерапии. Первый — это генерализация стимулов: если сформировалась условная реакция, то ее будут вызывать и стимулы, похожие на условный. Второй — различение стимулов или стимульная дискриминация. Благодаря этому процессу люди научаются различать похожие стимулы. Третий — это угасание. Угасание — постепенное исчезновение условной реакции в результате устранения связи между условным и безусловным стимулами. Угасание связано с тем, что условный стимул продолжает вызывать условную реакцию только в том случае, если хотя бы периодически появляется безусловный стимул. Если же условный стимул хотя бы иногда не подкрепляется безусловным, то сила условной реакции начинает уменьшаться.

*Оперантное обусловливание.* Теория инструментального, или оперантного обусловливания связана с именами Торндайка и Скиннера. Скиннер — один из виднейших представителей бихевиоризма, показал, что воздействие окружающей среды определяет поведение человека, он рассматривает в качестве главного фактора формирования человеческого поведения культуру, содержание которой выражается в определенном наборе комплексов подкреплений. С их помощью можно создавать и модифицировать человеческое поведение в нужном направлении. На таком понимании основаны методы модификации поведения, которые используются не только в психотерапевтической практике, но и в практике, например, воспитательных воздействий.

Термины «инструментальное научение» и «оперантное обусловливание» означают, что реакция организма, которая формируется по методу проб и ошибок, является инструментом для получения поощрения и предполагает оперирование со средой, то есть поведение есть функция его последствий. Согласно принципу оперантного обусловливания поведение контролируется его результатом и последствиями. Модификация поведения осуществляется за счет влияния на его результаты и последствия. В соответствии со схемой оперантного обусловливания экспериментатор, наблюдая поведение, фиксирует случайные проявления желательной, «правильной» реакции и сразу же подкрепляет ее. Таким образом, стимул следует после поведенческой реакции, используется прямое подкрепление через поощрение и наказание. Результатом такого научения является оперантное научение, или оперант. В таком случае подкрепляется не стимул, а реакция организма, именно она вызывает подкрепляющий стимул, поэтому такое научение обозначается как научение типа R. Оперантное, или инструментальное поведение (поведение типа R) — это поведение, вызванное подкреплением, следующим за поведением. Скиннер, подчеркивая различия между респондентным и оперантным поведением, указывает, что респондентное поведение вызвано стимулом, который предшествует поведению, а оперантное поведение — стимулом, следующим за поведением. Иными словами: в классическом обусловливании стимул предшествует поведенческой реакции, а в оперантном — следует за ней.

Необходимо обратить внимание на соотношение таких понятий, как позитивное и негативное подкрепление и наказание, различать наказание и негативное подкрепление. Позитивное или негативное подкрепление усиливает поведение (поэтому иногда используется просто термин «подкрепление», предполагающий, что целью воздействия является усиление реакции вне зависимости от того, каким будет подкрепление — позитивным или негативным), наказание — ослабляет. Позитивное подкрепление основано на предъявлении стимулов (наград), которые усиливают поведенческую реакцию. Негативное подкрепление заключается в усилении поведения за счет удаления негативных стимулов. Наказание также подразделяют на позитивное и негативное: первое основано на лишении индивида позитивного стимула, второе — на предъявлении негативного (аверсивного) стимула. Таким образом, всякое подкрепление (и позитивное, и негативное) усиливает частоту поведенческой реакции, усиливает поведение, а всякое наказание (и позитивное, и негативное), напротив, уменьшает частоту поведенческой реакции, ослабляет поведение.

Для различения стимула классического условного рефлекса и стимула оперантного условного рефлекса Скиннер предложил обозначать первый как Sd — дискриминантный стимул, а второй — как Sr — респондентный стимул. Дискриминантный стимул (Sd-стимул) по времени предшествует определенной поведенческой реакции, респондентный стимул (Sr-стимул), подкрепляющий определенную поведенческую реакцию, следует за ней.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Позитивное | Негативное |
| Подкрепление | Желательное поведение вызывает действие позитивного стимула (животное находит выход из лабиринта и получает пищу; родители хвалят ребенка за успехи в школе, создают ему возможности для развлечений) | Желательное поведение прекращает действие негативного стимула (животное находит выход из лабиринта, где действует электрический ток, и ток выключают; родители перестают постоянно контролировать, критиковать и ругать ребенка, если его успеваемость улучшилась) |
| Наказание | Нежелательное поведение вызывает действие негативного стимула (животное в лабиринте упирается в тупик и тогда включается ток; родители начинают контролировать, ругать и наказывать ребенка за плохую успеваемость) | Нежелательное поведение прекращает действия позитивного стимула (животное, постоянно получающее пищевое подкрепление в экспериментальной ситуации, перестает его получать при неправильном выполнении действия; родители лишают ребенка развлечений за плохую успеваемость) |

Ниже представлены сравнительные характеристики классического и оперантного обусловливания.

|  |  |
| --- | --- |
| Классическое обусловливание S — R | Оперантное обусловливание R — S |
| Научение типа S | Научение типа R |
| Классическая парадигма Павлова | Оперантная парадигма Скиннера |
| Реакция возникает только в ответ на воздействие какого-либо стимула | Желательная реакция может появиться спонтанно |
| Стимул предшествует реакции | Стимул следует за поведенческой реакцией |
| Подкрепление связано со стимулом | Подкрепление связано с реакцией |
| Респондентное поведение — поведение, вызванное определенным стимулом, предшествующим поведению | Оперантное поведение — поведение, вызванное подкреплением, следующим за поведением |

Социальное научение. Этот тип научения основан на представлениях, согласно которым человек обучается новому поведению не только на основании собственного, прямого опыта (как при классическом и оперантном обусловливании), но и на основании опыта других, на основании наблюдения за другими людьми, то есть за счет процессов моделирования. Поэтому этот тип научения также называют моделированием или научением по моделям. Научение по моделям предполагает научение посредством наблюдения и имитации социальных моделей поведения. Это направление связано, прежде всего, с именем американского психолога Бандуры, представителя медиаторного подхода (Бандура называл свою теорию медиаторно-стимульной ассоциативной теорией).

Научение по моделям оказывает следующее действие:

а) наблюдатель видит новое поведение, которого ранее не было в его репертуаре;

б) поведение модели усиливает или ослабляет соответствующее поведение наблюдателя;

в) поведение модели имеет функцию воспроизведения, то есть может быть усвоено наблюдателем.

С точки зрения Бандуры, сложное социальное поведение формируется посредством наблюдения и имитации социальных моделей. Наблюдение модели способствует выработке у наблюдателя новых реакций, облегчает реализацию ранее приобретенных реакций, а также модифицирует уже существующее поведение. Бандура выделяет три основные регуляторные системы функционирования индивида: 1) предшествующие стимулы (в частности, поведение других, которое подкрепляется определенным образом); 2) обратную связь (главным образом, в форме подкреплений последствий поведения); 3) когнитивные процессы (человек представляет внешние влияния и ответную реакцию на них символически в виде «внутренней модели внешнего мира»), обеспечивающие контроль стимула и подкрепления.

Если снова обратиться к основной формуле бихевиоризма S—r-s—R (где r-s — промежуточные переменные), то очевидно, что здесь решающая роль в процессе научения принадлежит не подкреплению стимула или реакции организма, а воздействию на промежуточные (медиаторные) переменные. Иными словами, научение в данном случае направлено на изменение более глубоких, закрытых психологических образований. Конкретные воздействия в рамках медиаторного подхода концентрируются на тех или иных психологических феноменах (промежуточных переменных) в зависимости от того, какие психологические процессы рассматриваются в качестве медиаторных (побудительные, когнитивные и пр.). В настоящее время большую популярность и распространение приобрели когнитивные подходы, где в качестве промежуточных переменных рассматриваются когнитивные процессы, сторонники этих подходов исходят из того, что между ситуацией и эмоцией (стимулом и реакцией) находятся когнитивные процессы (например, мысль). В качестве примера таких подходов можно указать взгляды Бека и Эллиса.

Концепция патологии (концепция невроза). Будучи психологической основой поведенческой психотерапии и поведенческого направления в медицине, бихевиоризм определяет и их подход к проблеме здоровья и болезни. Согласно этим представлениям, здоровье и болезнь являются результатом того, чему человек научился и чему не научился, а личность — это опыт, который человек приобрел в течение жизни. Невроз при этом не рассматривается как самостоятельная нозологическая единица, поскольку здесь по сути отсутствует нозологический подход. В центре внимания оказывается не столько болезнь, сколько симптом, который понимается как поведение, точнее, как нарушение поведения. Невротический симптом (невротическое поведение) рассматривается как неадаптивное или патологическое поведение, возникшее в результате неправильного научения. Так, Вольпе определяет невротическое поведение как привычку неадаптивного поведения у физиологически нормального организма. Айзенк и Рахман рассматривают невротическое поведение как усвоенные образцы поведения, являющиеся в силу каких-либо причин неадаптивными. Адаптация, с точки зрения бихевиоризма, является основной целью поведения, поэтому поведение, не обеспечивающее адаптацию, и является патологическим. Нарушения поведения в рамках поведенческого направления являются приобретенными, представляют собой усвоенную неправильную реакцию, которая не обеспечивает необходимый уровень адаптации. Эта неадаптивная реакция формируется в процессе «неправильного» научения. Примером такого «неправильного» научения может быть взаимодействие родителей с ребенком, на которого родители обращают внимание, берут на руки только тогда, когда он что-то делает не так, например, капризничает; или ребенок, испытывающий явный недостаток внешних проявлений любви, внимания, тепла и заботы, получает это в избытке, когда заболевает. Таким образом, потребность ребенка во внимании в полной мере удовлетворяется только тогда, когда он «плохо» себя ведет, иными словами, «плохое», неадаптивное поведение подкрепляется положительно (удовлетворяется значимая потребность).

Представители когнитивно-поведенческого подхода фокусируют свое внимание на промежуточных переменных (когнитивных процессах), подчеркивая их роль в развитии нарушений. Так, Бек полагает, что психологические проблемы, эмоциональные реакции и клинические симптомы возникают за счет искажений реальности, основанных на ошибочных предпосылках и обобщениях, между стимулом и реакцией есть когнитивный компонент. Между ситуацией, внешним событием (стимулом — S) и неадаптивным поведением, эмоцией, симптомом (реакция — R) существует сознательная мысль (промежуточная переменная — r-s). При эмоциональных расстройствах причиной длительных эмоций является когнитивный поток, который основан не на реальности, а на субъективной оценке. Каждый человек в определенном смысле ученый-любитель, он наблюдает мир и делает обобщения. Хороший «ученый» осуществляет точные наблюдения, выдвигает адекватные «гипотезы» и делает адекватные обобщения. Плохой «ученый» (а мы все часто именно такими и являемся) осуществляет тенденциозные наблюдения, выдвигает неопределенные «гипотезы» и делает неточные обобщения. Результатом этого являются гипотезы, которые не подвергаются никакой критической проверке и воспринимаются как аксиомы, формируя неправильные представления о мире и самом себе — неадаптивные когниции, или автоматические мысли.

Сам человек может рассматривать их как обоснованные, разумные, хотя другими они могут восприниматься часто как неадекватные. Автоматические мысли содержат большее искажение реальности, чем обычное мышление и, как правило, мало понимаются человеком, также недостаточно оценивается и их воздействие на эмоциональное состояние. Автоматические мысли выполняют регулирующую функцию, но, поскольку сами содержат значительные искажения реальности, то не обеспечивают и адекватную регуляцию поведения, что приводит к дезадаптации.

В рамках этого подхода предпринята попытка выделить наиболее типичные, часто встречающиеся искажения или ошибки мышления. Среди них указывают такие как фильтрование, поляризованность оценок, чрезмерная генерализация или обобщение, паникерство, персонализация, ошибочное восприятие контроля, правота, ошибочные представления о справедливости и др. При этом подчеркивается, что автоматические мысли носят индивидуальный характер, но при этом существуют общие мысли для пациентов с одним и тем же диагнозом, то есть определенные автоматизированные мысли, которые лежат в основе соответствующих расстройств. Автоматические мысли специфичны и дискретны, они являются своего рода стенограммой, представлены в сознании человека в свернутом виде. И задача когнитивной психотерапии состоит в том, чтобы найти и вскрыть искажения мышления и исправить их. Человека можно обучить сосредоточиться на интроспекции и он может определить, как мысль связывает ситуацию, обстоятельства с эмоциональным ответом.

Эллис, также как и Бек, считал, что между стимулом и реакцией находится когнитивный компонент — система убеждений человека. Элис выделяет два типа когниций — дескриптивные и оценочные. Дескриптивные (описательные) когниции содержат информацию о реальности, информацию о том, что человек воспринял в окружающем мире (чистая информация о реальности). Оценочные когниции содержат отношение к этой реальности (оценочная информация о реальности). Дескриптивные когниции связаны с оценочными, но связи между ними могут быть различной степени жесткости. Гибкие связи между дескриптивными и оценочными когнициями формируют рациональную систему установок (убеждений), жесткие — иррациональную. У нормально функционирующего индивида имеется рациональная система установок, которую можно определить как систему гибких эмоционально-когнитивных связей. Эта система носит вероятностный характер, выражает скорее пожелание или предпочтение. Рациональной системе установок соответствует умеренная сила эмоций. Хотя иногда они и носят интенсивный характер, однако не захватывают человека надолго и поэтому не блокируют его деятельность и не препятствуют достижению целей. Иррациональные установки — это жесткие связи между дескриптивными и оценочными когнициями, которые носят абсолютистский характер (типа предписаний, требований, обязательного приказа, не имеющего исключений). Иррациональные установки не соответствуют реальности как по силе, так и по качеству этого предписания. Если человек не может реализовать иррациональные установки, то следствием этого являются длительные, не адекватные ситуации эмоции, которые препятствуют нормальному функционированию индивида. С точки зрения Эллиса, эмоциональные расстройства обусловлены именно нарушениями в когнитивной сфере, иррациональными убеждениями или иррациональными установками.

Психотерапия. С точки зрения представителей поведенческого направления здоровье и болезнь являются результатом того, чему человек научился и чему не научился. Неадаптивное поведение и клинические симптомы рассматриваются как результат того, что человек чему-то не научился или научился неправильно, как усвоенная неадаптивная реакция, которая сформировалась в результате неправильного научения. В соответствии с этими представлениями о норме и патологии основная цель клинико-психологических вмешательств в рамках поведенческого подхода заключается в том, чтобы переучить, заменить неадаптивные формы поведения на адаптивные, «правильные», эталонные, нормативные, а задача поведенческой психотерапии как собственно терапевтической системы — в редукции или устранении симптома.

В целом поведенческая психотерапия (модификация поведения) направлена на управление поведением человека, на переучивание, редукцию или устранение симптома и приближение поведения к определенным адаптивным формам поведения — на замену страха, тревоги, беспокойства релаксацией до редукции или полного устранения симптоматики, что достигается в процессе научения за счет применения определенных техник. Научение в рамках поведенческой психотерапии осуществляется на основании уже рассмотренных нами ранее теорий научения, сформулированных бихевиоризмом.

В поведенческой психотерапии научение осуществляется непосредственно, являясь целенаправленным, систематическим, осознаваемым как психотерапевтом, так и пациентом процессом. Психотерапевт поведенческого направления рассматривает все проблемы как педагогические по своей природе и поэтому решить их можно путем прямого обучения новым поведенческим реакциям. Пациент должен научиться новым альтернативным формам поведения и тренировать их. Поведение психотерапевта в данном случае также полностью определяется теоретической ориентацией: если задачи психотерапии состоят в обучении, то роль и позиция психотерапевта должна соответствовать роли и позиции учителя или технического инструктора, а отношения между пациентом и психотерапевтом носят обучающий (воспитательный, образовательный) характер и могут быть определены как отношения типа «учитель—ученик». Психотерапия представляет собой открытый, систематичный процесс, непосредственно контролируемый врачом. Психотерапевт совместно с пациентом составляют программу лечения с четким определением цели (установлением специфической поведенческой реакции — симптома, которая должна быть модифицирована), разъяснением задач, механизмов, этапов лечебного процесса, определением того, что будет делать психотерапевт и что — пациент. После каждого психотерапевтического сеанса пациент получает определенные задания, а психотерапевт контролирует их выполнение. Основная функция психотерапевта состоит в организации эффективного процесса научения.

Собственно научение в рамках поведенческой психотерапии осуществляется на основании ранее рассмотренных схем, связанных с общими теориями научения, сформулированными бихевиоризмом. Методически поведенческая психотерапия не выходит за пределы традиционной бихевиористской схемы «стимул — промежуточные переменные — реакция». Каждая школа поведенческой психотерапии концентрирует психотерапевтическое воздействие на отдельных элементах и комбинациях внутри этой схемы.

В рамках поведенческой психотерапии можно выделить 3 основных ее вида (или три группы методов), непосредственно связанные с тремя типами научения: 1) направление, методически основанное на классической парадигме; 2) направление, методически основанное на оперантной парадигме; 3) направление, методически основанное на парадигме социального научения.

Методы, основанные на классической парадигме Павлова, на классическом обусловливании, используют схему «стимул — реакция» и систематическую десенсибилизацию или другие приемы редукции симптома. Примером такого методического подхода может служить метод классической систематической десенсибилизации Вольпе, направленный на редукцию или полное устранение симптома путем замены его релаксацией.

Методы, основанные на оперантной парадигме Скиннера, используют схему «реакция — стимулы» и различные виды подкрепления. Примером такого методического подхода может служить так называемая жетонная система, некоторые виды тренинга.

Методы, основанные на парадигме социального научения, используют схему «стимул — промежуточные переменные — реакция». Здесь используются разнообразные системы директивной психотерапии, целью которых является изменение многочисленных психологических параметров, рассматриваемых как промежуточные переменные. В зависимости от того, какие психологические процессы рассматриваются в качестве медиаторов (установки, как, например, в рационально-эмоциональной психотерапии Эллиса, или когниции, как в когнитивной психотерапии Бека), и определяются психотерапевтические мишени. Таким образом, все существующие методы поведенческой психотерапии непосредственно связаны с определенными теориями научения.

В клинической практике бихевиоризм не только является теоретической основой поведенческой психотерапии, но и оказал существенное влияние на развитие такого направления, как терапия средой.

**Гуманистическое направление в психотерапии.** Это направление в психотерапии весьма неоднородно, что находит выражение даже в разнообразии терминов, которые используются для его названия. Наряду с термином «гуманистическое направление» его также часто обозначают как «экзистенциально-гуманистическое» или «опытное» направление. Это связано, прежде всего, с тем, что в это направление традиционно включают самые разнообразные психотерапевтические школы и подходы, которые объединены общим пониманием цели психотерапии и путей для ее достижения. Во всех этих подходах личностная интеграция, восстановление целостности и единства человеческой личности рассматривается как основная цель психотерапии, которая может быть достигнута за счет переживания, осознания, принятия и интеграции нового опыта, полученного в ходе психотерапевтического процесса. При этом далеко не всегда эти подходы имеют в своей основе собственно гуманистическую психологию. Поэтому термин «гуманистическое направление» не совсем точно отражает содержание всех конкретных школ в рамках этого направления. По сути своей только одна ветвь этого направления может быть названа гуманистической психотерапией. По-видимому, наиболее адекватным является термин «опытное направление», однако мы все же используем название «гуманистическое направление», учитывая сложившуюся у нас традицию и связь каждого конкретного подхода в рамках этого направления с гуманистической психологией.

Психологическая концепция. Гуманистическая психология, которую часто называют «третьей силой в психологии» (после психоанализа и бихевиоризма), сформировалась как самостоятельное направление в 50-х годах XX столетия. В основе гуманистической психологии лежит философия европейского экзистенциализма и феноменологический подход. Экзистенциализм привнес в гуманистическую психологию интерес к проявлениям человеческого бытия и становлению человека, феноменологию — описательный подход к человеку, без предварительных теоретических построений, интерес к субъективной (личной) реальности, к субъективному опыту, опыту непосредственного переживания («здесь и сейчас») как основному феномену в изучении и понимании человека. Здесь можно также найти и некоторое влияние восточной философии, которая стремится к соединению души и тела в единстве человеческого духовного начала. Предметом гуманистической психологии является личность как уникальная целостная система, не являющаяся чем-то заранее данным, а представляющая собой открытую возможность самоактуализации, присущую только человеку.

Концепция личности. Гуманистическая психология во многом развивалась как альтернатива психоанализу и бихевиоризму. Один из виднейших представителей этого подхода Мэй писал, что «понимание человека как пучка инстинктов или собрания рефлекторных схем приводит к потере человеческой сущности». Низведение человеческой мотивации к уровню первичных и даже животных инстинктов, недостаточное внимание к сознательной сфере и преувеличение значимости бессознательных процессов, игнорирование особенностей функционирования здоровой личности, рассмотрение тревоги только как негативного фактора — именно эти психоаналитические воззрения вызывали критику представителей гуманистической психологии. Бихевиоризм, с их точки зрения, дегуманизировал человека, акцентируя внимание только на внешнем поведении и лишая человека глубины и духовного, внутреннего смысла, превращая его, тем самым, в машину, робот или лабораторную крысу. Гуманистическая психология провозгласила свой собственный подход к проблеме человека. Она рассматривает личность как уникальное, целостное образование, понять которую за счет анализа отдельных проявлений и составляющих просто невозможно. Именно целостный подход к человеку как уникальной личности является одним из фундаментальных положений гуманистической психологии. Основными мотивами, движущими силами и детерминантами личностного развития являются специфически человеческие свойства — стремление к развитию и осуществлению своих потенциальных возможностей, стремление к самореализации, самовыражению, самоактуализации, к осуществлению определенных жизненных целей, раскрытию смысла собственного существования. Личность рассматривается как постоянно развивающаяся, стремящаяся к своему «полному функционированию», не как нечто заранее данное, а как возможность самоактуализации. Гуманистическая психология не разделяет психоаналитических взглядов на тревогу как негативный фактор, на устранение которого направлено человеческое поведение. Тревога может существовать и как конструктивная форма, способствующая личностному изменению и развитию. Для здоровой личности движущей силой поведения и его целью является самоактуализация, которая рассматривается как «гуманоидная потребность, биологически присущая человеку как виду». Основные принципы гуманистической психологии формулируются следующим образом: признание целостного характера природы человека, роли сознательного опыта, свободы воли, спонтанности и творческих возможностей человека, способности к росту.

Самоактуализация. Самоактуализация является одним из важнейших понятий в гуманистической психологии и понимается как процесс, сущность которого состоит в наиболее полном развитии, раскрытии и реализации способностей и возможностей человека, актуализации его личностного потенциала. Самоактуализация способствует тому, чтобы человек мог стать тем, кем он может стать на самом деле, и, следовательно, жить осмысленно, полно и совершенно. Потребность в самоактуализации выступает как высшая человеческая потребность, как главный мотивационный фактор. Однако эта потребность проявляется и определяет поведение человека лишь в том случае, если удовлетворены другие, нижележащие потребности.

Один из основателей гуманистической психологии Маслоу разработал иерархическую модель потребностей:

1-й уровень — физиологические потребности (потребности в пище, сне, сексе и пр.).

2-й уровень — потребность в безопасности (потребности в обеспеченности, стабильности, порядке, защищенности, отсутствии страха и тревоги).

3-й уровень — потребность в любви и принадлежности (потребность в любви и чувстве общности, принадлежности к определенной общности, семья, дружба).

4-й уровень — потребность в самоуважении (потребность в самоуважении и уважении и признании другими людьми).

5-й уровень — потребность в самоактуализации ( потребность в развитии и реализации собственных способностей, возможностей и личностного потенциала, личностного совершенствования).

Согласно этой концепции, высшие (вышележащие) потребности могут направлять поведение человека лишь в той степени, в какой удовлетворены более низшие. Продвижение к высшей цели — самоактуализации, психологическому росту, не может осуществляться, пока индивид не удовлетворит более низшие потребности, не избавится от их доминирования, которое может быть обусловлено ранней фрустрацией той или иной потребности и фиксацией индивида на определенном, соответствующем этой неудовлетворенной потребности, уровне функционирования. Маслоу также подчеркивал, что потребность в безопасности может оказывать достаточно существенное негативное влияние на самоактуализацию. Самоактуализация, психологический рост связаны с освоением нового, с расширением сфер функционирования человека, с риском, возможностью ошибок и негативными их последствиями. Все это может увеличивать тревогу и страх, что ведет к усилению потребности в безопасности и возврату к старым, безопасным стереотипам.

Роджерс также рассматривал в качестве главного мотивационного фактора стремление к самоактуализации, которую он понимал как процесс реализации человеком своего потенциала с целью стать полноценно функционирующей личностью. Полное раскрытие личности, «полное функционирование» (и психическое здоровье), с точки зрения Роджерса, характеризуется следующим: открытость по отношению к опыту, стремление в любой отдельный момент жить полной жизнью, способность прислушиваться в большей степени к собственной интуиции и потребностям, чем к рассудку и мнению окружающих, чувство свободы, высокий уровень творчества. Жизненный опыт человека рассматривается им с точки зрения того, в какой мере он способствует самоактуализации. Если этот опыт помогает актуализации, то человек оценивает его как положительный, если нет — то как негативный, которого следует избегать. Роджерс особо подчеркивал значение субъективного опыта (личного мира переживаний человека) и полагал, что другого человека можно понять, только непосредственно обращаясь к его субъективному опыту.

Опыт. Понятие опыта занимает важное место как в концепции Роджерса, так и других представителей этого направления. Опыт понимается как личный мир переживаний человека, как совокупность внутреннего и внешнего опыта, как то, что человек переживает и «проживает». Опыт — это совокупность переживаний (феноменальное поле), он включает все, что потенциально доступно сознанию и происходит в организме и с организмом в любой данный момент. Сознание рассматривается как символизация некоторого опыта переживаний. Феноменальное поле содержит как сознательные (символизированные) переживания, так и бессознательные (несимволизированные). Опыт прошлого также имеет значение, однако актуальное поведение обусловлено именно актуальным восприятием и интерпретацией событий (актуальным опытом).

Организм. Термин «организм» не несет в себе исключительно биологического содержания, организм в данном случае понимается как сосредоточение всего опыта переживаний (локус всего опыта переживаний). Рождерс по этому поводу пишет следующее: «Если мы сможем добавить к сенсорному и висцеральному опыту, характерному для всего животного мира, дар свободного неискаженного осознания, которое во всей своей полноте свойственно лишь человеку, то у нас получится прекрасный, конструктивный, соответствующий реальности, организм. В этом случае у нас будет организм, который осознает как требования культуры, так и свои собственные физиологические потребности и свои желания». Таким образом, это понятие включает не только висцеральные и сенсорные реакции, но и весь социальный опыт человека, то, что осознается, и то, что не осознается в данный момент, но может быть осознано. В организме находит выражение целостность человека. Я-концепция — более или менее осознанная устойчивая система представлений индивида о самом себе, включающая физические, эмоциональные, когнитивные, социальные и поведенческие характеристики, которая представляет собой дифференцированную часть феноменального поля. Я-концепция — это самовосприятие, концепция человека о том, что он собой представляет, она включает те характеристики, которые человек воспринимает как действительную часть самого себя. Наряду с Я-реальным, Я-концепция содержит также и Я-идеальное (представления о том, каким человек хотел бы стать). Для самоактуализации необходимым условием является наличие адекватной Я-концепции, полного и целостного представления человека о самом себе, включающего самые разнообразные собственные проявления, качества и стремления. Только такое полное знание о самом себе может стать основой для процесса самоактуализации.

Конгруэнтность. Конгруэнтность — неконгруэнтность также определяет возможности самореализации. Этот термин, во-первых, определяет соответствие между воспринимаемым Я и актуальным опытом переживаний. Если в Я-концепции представлены переживания, достаточно точно отражающие «переживания организма» (организм в данном случае понимается как сосредоточение всего опыта переживаний), если человек допускает в сознание различные виды своего опыта, если осознает себя тем, кем он есть в опыте, если он «открыт опыту», то его образ Я будет адекватным и целостным, поведение конструктивным, а сам человек — зрелым, адаптированным и способным к «полному функционированию». Неконгруэнтность между Я-концепцией и организмом, несоответствие или противоречие между опытом и представлением о себе вызывает ощущение угрозы и тревогу, вследствие чего опыт искажается по механизмам защиты, что, в свою очередь, приводит к ограничению возможностей человека. В этом смысле понятие «открытость опыту» противоположно понятию «защита». Во-вторых, термин конгруэнтность относится также к соответствию между субъективной реальностью человека и внешней реальностью. И, наконец, в третьих, конгруэнтность или неконгруэнтность — это степень соответствия между Я-реальным и Я-идеальным. Определенное расхождение между реальным и идеальным образами Я играет позитивную роль, так как создает перспективу развития человеческой личности и самосовершенствования. Однако чрезмерное увеличение дистанции представляет для Я угрозу, приводит к выраженному чувству неудовлетворенности и неуверенности, обострению защитных реакций и плохой адаптации.

Таким образом, в рамках гуманистического подхода в качестве основной человеческой потребности, в качестве детерминанты поведения и развития человеческой личности рассматривается потребность в самоактуализации, стремление к развитию и осуществлению своих потенциальных возможностей, к осуществлению определенных жизненных целей. Важным условием для успешной реализации этой потребности выступает наличие адекватного и целостного образа Я, отражающего истинные переживания и потребности, свойства и стремления человека. Такая Я-концепция формируется в процессе принятия и осознания всего многообразия своего собственного опыта, чему способствуют определенные условия воспитания и социализации индивида.

Концепция невроза. Главной человеческой потребностью в рамках гуманистического подхода является потребность в самоактуализации. Невроз при этом рассматривается как результат невозможности самоактуализации, как результат отчуждения человека от самого себя и от мира. Маслоу пишет по этому поводу: «Патология есть человеческое уничижение, потеря или недостижение актуализации человеческих способностей и возможностей. Идеал полного здоровья — это человек сознательный, осознающий реальность в каждый момент, человек живой, немедленный и спонтанный». В своей концепции мотивации Маслоу выделял два вида мотивации: дефицитарную мотивацию (дефицитарные мотивы) и мотивацию роста (мотивы роста). Цель первых состоит в удовлетворение дефицитарных состояний (голода, опасности и пр.). Мотивы роста имеют отдаленные цели, связанные со стремлением к самоактуализации. Эти потребности Маслоу обозначил как метапотребности. Метамотивация невозможна до тех пор, пока человек не удовлетворит дефицитарные потребности. Депривация метапотребностей, с точки зрения Маслоу, может вызвать психические заболевания.

Рождерс также рассматривает невозможность самоактуализации, блокирование этой потребности как источник возможных нарушений. Мотивация самоактуализации может быть реализована в случае, если человек имеет адекватный и целостный образ Я, формирующийся и постоянно развивающийся на основе осознания всего опыта собственных переживаний. Другими словами, условием формирования адекватной Я-концепции является «открытость опыту». Однако человек часто сталкивается с такими собственными переживаниями, таким опытом, которые могут в большей или меньшей степени расходиться с представлением о себе. Расхождение, несоответствие между Я-концепцией и переживанием представляет угрозу для его Я-концепции. Эмоциональной реакцией на ситуацию, воспринимаемую как угроза, является тревога. В качестве противодействия этому рассогласованию и вызванной им тревоге человек использует защиту. Роджерс, в частности, указывал два основных защитных механизма — искажение восприятия и отрицание. Искажение восприятия — это вид защиты, представляющий собой процесс трансформации угрожающих переживаний в такую форму, которая соответствует или согласуется с Я-концепцией. Отрицание представляет собой процесс полного исключения из сознания угрожающих переживаний и неприятных аспектов действительности. Если переживания полностью не согласуются с образом Я, тогда уровень внутреннего дискомфорта и тревоги слишком высок, чтобы человек мог с ним справиться. В таком случае развивается либо повышенная психологическая уязвимость, либо различные психические расстройства, в частности, невротические нарушения. В связи с этим возникает вопрос, почему у одних людей Я-концепция достаточно адекватна и человек способен переработать новый опыт и интегрировать его, а в других случаях этот опыт представляет угрозу для Я? Я-концепция формируется в процессе воспитания и социализации и во многом, с точки зрения Роджерса, определяется потребностью в положительном принятии (внимании). В процессе воспитания и социализации родители и окружающие могут демонстрировать ребенку условное и безусловное принятие. Если они ведут себя таким образом, что ребенок чувствует, что они его принимают и любят вне зависимости от того, как он себя сейчас ведет («я тебя люблю, но твое поведение сейчас мне не нравится» — безусловное принятие), то ребенок будет уверен в любви и принятии, и в дальнейшем будет менее уязвим по отношении к несогласующемуся с Я опыту. Если же родители ставят любовь и принятие в зависимость от конкретного поведения («я тебя не люблю, потому что ты плохо себя ведешь», что означает: «я буду тебя любить только в том случае, если ты будешь хорошо себя вести» — условное принятие), то ребенок не уверен в своей ценности и значимости для родителей. Он начинает ощущать, что в нем, в его поведении есть что-то такое, что лишает его родительской любви и принятия. Те проявления, которые не получают одобрения и вызывают негативные переживания, могут исключаться из Я-концепции, препятствуя ее развитию. Человек избегает ситуаций, которые потенциально могут вызвать неодобрение и негативную оценку. Он начинает руководствоваться в своем поведении и жизни чужыми оценками и ценностями, чужыми потребностями и все дальше уходит от самого себя. В итоге личность не получает полного развития. Таким образом, отсутствие безусловного принятия формирует искаженную Я-концепцию, которая не соответствует тому, что есть в опыте человека. Неустойчивый и неадекватный образ Я делает человека психологически уязвимым к чрезвычайно широкому спектру собственных проявлений, которые также не осознаются (искажаются или отрицаются), что усугубляет неадекватность Я-концепции и создает почву для роста внутреннего дискомфорта и тревоги, которые могут стать причиной манифестации невротических расстройств.

Франкл, основатель «третьего венского направления психотерапии» (после Фрейда и Адлера), считает, что каждое время имеет свой невроз и каждое время должно иметь свою психотерапию. Современный невротический пациент страдает не от подавления сексуального влечения и не от чувства собственной неполноценнности, а от экзистенциальной фрустрации, которая возникает в результате переживания человеком чувства бессмысленности собственного существования. Одну из своих книг Франкл так и назвал — «Страдание в жизни, лишенной смысла». Согласно Франклу, воля к смыслу является основной человеческой потребностью, а невозможность удовлетворения этой потребности ведет к «ноогенному» (духовному) неврозу.

Таким образом, в рамках гуманистического (экзистенциально-гуманистического), «опытного» подхода психические нарушения, в частности, невротические расстройства, являются результатом невозможности самоактуализации, отчуждения человека от самого себя и от мира, невозможности раскрыть смысл собственного существования.

Рассматриваемое психотерапевтическое направление очень неоднородно. Оно включает разнообразные подходы, школы и методы, которые в самом общем виде объединяет личностная интеграция, восстановление целостности и единства человеческой личности. Эта цель может быть достигнута за счет переживания, осознания (осознавания), принятия и интеграции нового опыта, полученного в ходе психотерапевтического процесса. Но представления о том, каким путем, за счет чего человек в ходе психотерапии может получить новый уникальный опыт, способствующий личностной интеграции, у представителей этого направления различаются. Обычно в «опытном» направлении выделяют три основных подхода или три разновидности. Основанием для отнесения той или иной конкретной школы к одной из ветвей «опытного направления», по существу, является представление о том, за счет чего пациент приобретает новый опыт. Следует иметь в виду, что обозначения этих подходов весьма условные.

Философский подход. Именно здесь в качестве теоретической основы выступают экзистенциальные подходы и гуманистическая психология. Собственно, все, что излагалось выше, относится именно к этой ветви опытного направления. В качестве основной цели психотерапии рассматривается помощь человеку в становлении самого себя в качестве самоактуализирующейся личности, помощь в поисках путей самоактуализации, в раскрытии смысла собственного существования, в достижении аутентичного существования. Все это может быть осуществлено путем развития в процессе психотерапии адекватного образа Я, адекватного самопонимания и развития новых ценностей. Личностная интеграция, рост аутентичности и спонтанности, принятие и осознание себя во всем своем многообразии, уменьшение расхождения между Я-концепцией и опытом рассматриваются как наиболее значимые факторы психотерапевтического процесса. Задача психотерапевта состоит в том, чтобы поднять уровень осознанности поведения, помочь скорректировать отношение к самому себе и окружающим, освободить скрытый творческий потенциал и способность к саморазвитию. Таким образом, новый опыт, способствующий личностной интеграции, пациент приобретает за счет общения с другими людьми, с психотерапевтом или психотерапевтической группой. В чем же состоит уникальность этого общения с психотерапевтом? Наиболее точно на этот вопрос отвечает Роджерс.

Клиент-центрированная терапия Роджерса. Разработанная Роджерсом психотерапевтическая система получила широкое распространение и оказала значительное влияние на развитие групповых методов. Для Роджерса задача психотерапии заключается в создании условий, способствующих новому опыту (переживаниям), на основании которого пациент изменяет свою самооценку в положительном, внутренне приемлемом направлении, происходит сближение реального и идеального образов Я, приобретаются новые формы поведения, основанные на собственной системе ценностей, а не на оценке других. Эти задачи могут быть осуществлены, если общение с пациентом в процессе психотерапии строится определенным образом. Роджерс считает, что это возможно в том случае, если психотерапевт последовательно реализует в ходе своей работы с пациентом три основные переменные психотерапевтического процесса. Первое — это эмпатия. Эмпатия понимается как способность психотерапевта встать на место пациента, «вчувствоваться» в его внутренний мир, понимать его высказывания так, как он сам это понимает. Второе — безусловное положительное отношение к пациенту или безусловное положительное принятие. Безусловное принятие предполагает отношение к пациенту как к личности, обладающей безусловной ценностью, независимо от того, какое поведение он демонстрирует, как оно может быть оценено, независимо от того, какими качествами он обладает, независимо от того, болен он или здоров. Третье — собственная конгруэнтность, или аутентичность психотерапевта. Она означает истинность поведения психотерапевта, поведение, соответствующее тому, каким он есть на самом деле. Все эти три параметра, вошедшие в литературу под названием «триада Роджерса», непосредственно вытекают из его взглядов на проблему личности и возникновение расстройств. Они, по сути дела, представляют собой «методические приемы», способствующие изучению пациента и достижению необходимых изменений.

Разговорная психотерапия представляет собой подход, очень близкий к клиент-центрированной психотерапии Роджерса. Иногда даже указывают, что это просто немецкий термин, использующийся для обозначения клиент-центрированной психотерапии. Разговорную психотерапию ее авторы определяют как планомерную, систематическую и селективную форму вербальных и невербальных коммуникаций и социальных интеракций между двумя (пациентом и психотерапевтом) или более людьми (группа). Цель состоит в том, чтобы уменьшить переживаемые пациентом психические нарушения, а это может произойти вследствие новой ориентации пациента в своих переживаниях и своем поведении за счет дифференциации образов Я и расширении пространства взаимодействия. Согласно представлениям Тауша, создателя разговорной психотерапии, пациент способен самостоятельно понять и изменить те стороны своей личности и своего поведения, которые препятствуют самоактуализации. Реализация этих способностей пациента становится возможной в том случае, если психотерапевт не навязывает пациенту своего видения, понимания, интерпретаций и гипотез, а старается понять его на основе вербализации его эмоциональных состояний и переживаний. С помощью психотерапевта пациент сам может справиться с существующими проблемами, конфликтами и трудными ситуациями и те способы перестройки, изменений, которые он находит самостоятельно, являются более адекватными и конструктивными, приносят больше удовлетворения, повышают уверенность в себе, степень самоуважения и самооценку, что в конечном счете и способствует становлению зрелой, самоактуализирующейся личности. Основными понятиями в этой системе являются самоэкплорация (степень ее определяет, в какой мере пациент включает в беседу свое собственное поведение и личные эмоциональные переживания, раздумывает над ними или делает из них выводы для себя), вербализация (описание психотерапевтом эмоциональных переживаний пациента, вскрытие экстернального и интернального содержания его высказываний), положительная оценка и эмоциональная теплота (признание пациента как личности, забота о нем как о самостоятельном человеке, готовность принять участие в его переживаниях), самоконгруэнтность (совпадение аргументации с внутренним состоянием психотерапевта), самовыражение (высказывания психотерапевта, в которых он передает свои собственные относящиеся к актуальной ситуации переживания). В качестве основных переменных психотерапевтического процесса авторы выделяют принятие или безусловную положительную оценку, эмпатию или вербализацию содержания эмоциональных состояний, собственную конгруэнтность или истинность поведения психотерапевта. Реализация этих основных терапевтических принципов означает: во-первых, настоящее эмоциональное увлечение и вовлеченность психотерапевта в психотерапевтическую ситуацию, его понятность для пациента как человека, как личности, во-вторых, создание безопасной атмосферы как предпосылки к восприятию, принятию и изменению несовместимых ранее чувств, желаний и потребностей пациента, в-третьих, ориентацию всех действий психотерапевта на внутренний мир пациента, на сообщаемое им содержание. Основная цель разговорной психотерапии состоит в вербализации, отражении чувств и переживаний пациента, которые не должны выходить за рамки их содержания, при этом различные интепретации со стороны психотерапевта, построение гипотез рассматриваются как недопустимые.

Логотерапия Франкла. Как уже указывалось, Франкл считает, что каждое время имеет свой невроз и каждое время должно иметь свою психотерапию. Основная проблема современного человека — это экзистенциальная фрустрация, которая возникает в результате переживания чувства бессмысленности собственного существования. Согласно Франклу, воля к смыслу является основной человеческой потребностью, невозможность удовлетворения которой ведет к «ноогенному» (духовному) неврозу. Поэтому основная задача логотерапии — терапии духа — в обращении к специфически человеческим феноменам, к его «ноэтическому», духовному началу. Психотерапия должна быть направлена не на симптомы, а на личность пациента, на его установки, на развитие высших духовных ценностей, которые сделают его свободным и естественным, способным принимать собственные решения. Реализация высших духовных ценностей избавляет человека от «экзистенциального вакуума», позволяет ему постигнуть истинный смысл собственного существования.

Таким образом, в рамках философского подхода новый опыт, способствующий личностной интеграции, пациент приобретает за счет общения с другими людьми, с психотерапевтом или психотерапевтической группой.

Соматический подход. В рамках соматического подхода новый опыт, способствующий личностный интеграции, пациент приобретает за счет общения с самим собой, с различными аспектами своей личности и своего актуального состояния. В рамках этого подхода используются как вербальные, так и многочисленные невербальные методы, применение которых способствует интеграции Я за счет концентрации внимания и осознавания различных аспектов («частей») собственной личности, собственных эмоций, субъективных телесных стимулов и сенсорных ответов. Также здесь делается акцент на двигательных методиках, способствующих высвобождению подавленных чувств и их дальнейшему осознанию и принятию.

Духовный подход. В рамках духовного подхода новый опыт, способствующий личностный интеграции, пациент приобретает за счет приобщения к высшему началу. В центре внимания здесь находится утверждение Я как трансцендентального или трансперсонального опыта, расширение опыта человека до космического уровня, что в конечном счете, по мнению представителей этого подхода, ведет к объединению человека со Вселенной (Космосом). Достигается это с помощью медитации (например, трансцендентальной медитации) или духовного синтеза, который может осуществляться различными приемами самодисциплины, тренировки воли и практики деидентификации.

Таким образом, опытный подход объединяют представления о целях психотерапии как личностной интеграции, восстановления целостности и единства человеческой личности, что может быть достигнуто за счет переживания, осознания (осознавания), принятия и интеграции нового опыта, полученного в ходе психотерапевтического процесса. Пациент может получить новый уникальный опыт, способствующий личностной интеграции, различными путями: этому опыту могут способствовать другие люди (психотерапевт, группа), непосредственное обращение к ранее закрытым аспектам собственного Я (в частности, телесного) и соединение с высшим началом.

В заключение необходимо подчеркнуть, что преемственность между личностной концепцией, концепцией патологии и собственно практикой психотерапевтической работы является непременным условием научной обоснованности психотерапевтической школы. Ниже приводится табл. 2 (по Карасу), которая позволит еще раз сопоставить основные подходы в рамках трех психотерапевтических направлений.

**Таблица 2. Характеристика трех основных направлений в психотерапии**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Динамическое | Поведенческое | Опытное |
| Основные жалобы | Вытеснение, первичные потребности и влечения, вытесненные в бессознательное (сексуальные репрессии) | Беспокойство, тревога, страх | Раздражение, отчуждение |
| Концепция патологии | Конфликт между бессознательным и сознанием, между первичными потребностями и влечениями, вытесненными в бессознательное, и моральными нормами, правилами, ценностями, запретами (инстинктивные конфликты, ранние сексуальные побуждения и желания, которые остались неосознанными) | Неадаптивное поведение, которое возникло в результате неправильного научения (приобретенные привычки, подавление или излишнее проявление форм поведения, вынуждаемые окружающими) | Невозможность самореализации, нарушение личностной целостности (отчаяние в существовании, потеря веры в человеческие возможности, фрагментарность личности, потеря соотношения с опытом) |
| Концепция здоровья | Осознание внутренних конфликтов (выявление внутренних конфликтов, победа Эго над Ид, сила Эго) | Отсутствие симптома (борьба с симптомом, исчезновение симптома, отсутствие специфических симптомов, редукция беспокойства) | Актуализация потенциального: самораскрытие, самореализация, осознание собственной личности, спонтанность |
| Вид изменений | Глубокое, внутреннее: понимание близкого прошлого, то есть интеллектуально-эмоциональное знание | Прямое изучение: поведение в настоящем, сегодняшнем, то есть действие или представление | Немедленный опыт: ощущения и чувства данного момента, то есть спонтанное выражение опыта |
| Временной подход и фокусировка | Исторический: относящийся к прошлому | Неисторический: объективное настоящее | Антиисторический: момент явления |
| Вид лечения | Долгое и интенсивное | Короткое и неинтенсивное | Короткое, но интенсивное |
| Задача психотерапевта | Осознание бессознательного (понять содержание подсознательных операций разума, их историческое и скрытое значение) | Выработать специфические поведенческие ответы на стимулы, вызывающие беспокойство (запрограммировать, дать ответ, запретить, выработать специфические поведенческие ответы) | Взаимодействовать в атмосфере взаимного принятия с целью вызвать самовыражение (от соматического к спиритуальному) |
| Основные приемы | Интерпретация: свободные ассоциации, символические проявления бессознательного (сновидения, мечтания, фантазии, ошибочные действия), анализ сопротивления и переноса | Научение: классическое и оперантное обусловливание, моделирование, социальное научение | Столкновение, встреча (энкаунтер), диалоги, опыты, драматизация или проигрывание «вслух» чувств |
| Модель лечения | Медицинская: врач-пациент, или родитель (взрослый)-ребенок, то есть терапевтический союз | Образовательная (воспитательная): учитель-ученик, или родитель-маленький ребенок, то есть обучающий союз | Экзистенциальная: человек-человек, или взрослый-взрослый, то есть союз людей |
| Природа отношений при лечении | Трансферентные (отношения переноса) и основные для лечения: нереальные отношения | Реальные, но второстепенные для лечения: нет отношений | Реальные и первостепенные для лечения: реальные отношения |
| Роль и позиция психотерапевта | Интерпретатор-отображатель: непрямая, бесстрастная, ничего не решающая, часто фрустрирующая | Советчик: прямой, решающий проблемы, практический | Руководитель, Инициатор взаимодействия (фасилитатор): взаимно решающий и вознаграждающий |

**Контрольные вопросы**

1. Клиент-центрированная психотерапия предполагает:

1) использование свободных ассоциаций;

2) директивное отношение психотерапевта к пациенту;

3) работу с иррациональными установками личности;

4) изменение системы отношений пациента.

2. Термин «опыт» имеет наибольшее значение для:

1) психотерапии, основанной на теориях научения;

2) динамически-ориентированной психотерапии;

3) гуманистической психотерапии;

4) психотерапии, основанной на когнитивных подходах.

3. Термин «научение» имеет наибольшее значение для:

1) психоанализа;

2) гештальт-терапии;

3) психодрамы;

4) когнитивной психотерапии.

4. Метод систематической десенсибилизации основан на:

1) оперантном обусловливании;

2) классическом обусловливании;

3) научении по моделям;

4) внушении.

**Лекция 5. Суггестивные методы в психотерапии**

План:

1. Представление о гипнозе, внушении, убеждении.
2. История изучения гипноза и внушения. Ф.А. Парацельс о магнетизме. Учение о гипнозе и его роль в психотерапии.
3. Ф. Месмер: теория в практика магнетизма.
4. Шастэнэ де Пюисегюр и открытие сомнамбулизма. Д.Брейд и научный подход к гипнозу.
5. А. Льебо как основательнансийской школы гипноза
6. Гипноз во французской психиатрии: Ж.Шарко, И.Бернгейм.
7. Гипноз в психотерапевтической практике В.М.Бехтерева.
8. Психотехника гипносуггестивного воздействия.
9. Основы эриксонианского гипноза. Личность и взгляды М.Эриксона. основные принципы эриксонианского гипноза. Представление о роли транса. Техники наведения транса. Специфика краткосрочной терапии.
10. Аутосуггестивные методы в психотерапии. Основные формы и техники самовнушения и аутогенной тренировки.

*Внушение* (от лат. suggestio) определяется как подача информации, воспринимаемой без критической оценки и оказывающей влияние на течение нервно-психических и соматических процессов. Путем внушения вызываются ощущения, представления, эмоциональные состояния и действия, а также оказывается влияние на вегетативные функции без активного участия личности, без логической переработки воспринимаемого.

Основным средством внушения является слово, речь суггестора (человека, производящего внушение). Неречевые факторы (жесты, мимика, действия) обычно оказывают дополнительное влияние. Предлагаются различные классификации внушения: внушение и самовнушение, внушение прямое или открытое, косвенное или закрытое; внушение контактное и дистантное. В медицинской практике используются соответствующие приемы внушения в бодрствующем состоянии и состоянии естественного, гипнотического и наркотического сна. Внушение в состоянии бодрствования присутствует в той или иной степени выраженности в каждой беседе врача с больным, но может выступать и в качестве самостоятельного психотерапевтического воздействия. Формулы внушения обычно произносятся повелительным тоном, с учетом состояния больного и характера клинических проявлений заболевания. Они могут быть направлены как на улучшение общего самочувствия (сна, аппетита, работоспособности и др.), так и на устранение отдельных невротических симптомов. Обычно внушению наяву предшествует разъяснительная беседа о сущности лечебного внушения и убеждение больного в его эффективности. Эффект внушения тем сильнее, чем выше в глазах пациента авторитет врача, производящего внушение. Степень реализации внушения определяется также особенностями личности больного, выраженностью «магического» настроя, веры в возможность влияния одних людей на других с помощью неизвестных науке средств и способов.

Внушение в состоянии естественного сна путем нашептывания фраз спящему ребенку применяли Вяземский и др. Оно проводится тихим голосом, но внушающим тоном. Фразы, направленные на углубление сна, чередуются с лечебными внушениями, повторяемыми с паузами. За сеанс проводится до 6 серий таких внушений. Лечение этим методом трудноосуществимо, что может быть связано со слишком чутким, поверхностным сном, приводящим к легкому пробуждению, резко выраженной ориентировочной реакцией или слишком глубоким сном, при котором добиться суггестивного воздействия не удается. Наиболее широкое применение внушения во время естественного сна нашло при лечении фобий и истерических симптомов у детей. Однако нельзя исключить, что в этих условиях происходит общение со спящим по типу гипнотической коммуникации.

Внушение в состоянии гипнотического сна в лечебных целях широко распространено. При использовании методики наркопсихотерапии лечебное действие внушения реализуется в условиях искусственно вызванного наркотического сна. К методам, близким к наркопсихотерапевтическим, относится применение с психотерапевтической целью газовой смеси кислорода и закиси азота.

Косвенное внушение — разновидность внушения, при котором его содержание подкрепляется строго определенными и конкретными условиями, при наличии которых оно будет реализовываться. В случае косвенного внушения используется дополнительный раздражитель, приобретающий новое информационное значение из-за произведенного прямого внушения. Эта форма внушения является основой опосредующей и потенцирующей психотерапии.

Уверенность больного в лечебном эффекте является активным фактором, который играет важную роль при проведении всех видов терапии. Благоприятная общая обстановка лечения, укрепление медицинским персоналом надежды больного на эффективность лечебной процедуры способны усилить ее действие. Механизм «вооруженного внушения», «чрезпредметного» внушения или косвенного психотерапевтического эффекта (Бехтерев) необходимо иметь в виду при использовании любых лечебных воздействий, в том числе биологической природы.

Методика «маска» — вариант косвенной (опосредованной) психотерапии. В этом случае медицинский персонал предварительно готовит больного к процедуре, заключающейся в ингаляции «нового, чрезвычайно эффективного» лекарства, которое «специально заказано для больного» и будет использовано в особых условиях. Пациента укладывают на стол, закрывают лицо наркозной маской, смоченной неизвестной ему пахучей жидкостью, и, когда он начинает ее вдыхать, осуществляют внушение, направленное на восстановление нарушенных функций, обычно истерической природы (мутизм, стойкие гиперкинезы, паралич и т. д.). Впервые об использовании методики «маски» упоминается в лекции выдающегося психоневролога Флексига, состоявшейся в Лейпциге в 1924 г.; демонстрировалась девушка, вообразившая, что у нее стеклянный зад. Боясь «разбить» его, она не садилась и не ложилась на спину. Флексиг пообещал пациентке удалить все стеклянные части оперативным путем. Больную в присутствии студентов уложили на стол, на лицо была наложена эфирная маска, один из ассистентов разбил над ее головой стеклянный сосуд, профессор произвел соответствующее внушение, после которого больная встала, спокойно села на предложенный ей стул и объявила, что она чувствует себя полностью выздоровевшей. Косвенное внушение с использованием «маски» чаще применяется при зафиксированных истерических нарушениях как завершающий этап личностно-ориентированной психотерапии, подготовившей пациента к «отказу» от симптома (выполнявшего приспособительные, адаптивные функции). Использование «маски» в подобных случаях убеждает в ценности симптомо-ориентированных методов, если применение их основывается на адекватном понимании механизмов развития невроза и включается в систему патогенетически обоснованной психотерапии.

Психотерапевтическое опосредование и потенцирование биологической терапии. В широком понимании это усиление эффективности биологической терапии, к которой в первую очередь относятся фармакологические средства, физиотерапия, другие физико-химические факторы, например, имеющие целью непосредственное воздействие на мозговую ткань (электросудорожная терапия и др.) с помощью суггестивных приемов. Сложность вопросов психотерапевтического опосредования и потенцирования биологической терапии определяется степенью разрешения одной из труднейших проблем современной психотерапии и психологии в целом — соотношения психологического и биологического в человеке. Как известно, современное состояние психологических, философских и медицинских наук однозначного ответа на этот вопрос не дает. В механизмах психотерапевтического опосредования и потенцирования биологической терапии представлены психологические явления различного уровня. К ним в первую очередь относятся макропсихологические процессы и процессы массовых коммуникаций. Это тенденции общественного сознания, культурные особенности, коллективные и групповые верования, а также такие явления, как мода и психологические аспекты действия средств массовой информации. В последнее время все активнее в процессы лечения вмешивается реклама, и ее воздействия нельзя не учитывать.

Помимо макропсихологических, на психотерапевтическое опосредование и потенцирование биологической терапии влияют также микросоциальные процессы, относящиеся к малым группам, в первую очередь реальным, в которые включен пациент. На этом уровне особое значение приобретает характер взаимодействия в терапевтической диаде «врач—больной». Сложность и многоплановость процесса терапевтической коммуникации известна. Так, например, обсуждение с пациентом планируемого лечения в значительной мере повышает его эффективность и снижает частоту и выраженность негативных эффектов биологической терапии. Индивидуально-психологические эффекты психотерапевтического опосредования и потенцирования биологической терапии в современной психотерапии изучены в большей степени и описываются в первую очередь через процессы косвенного (опосредованного, вооруженного) внушения и плацебо-эффекты.

Однако психотерапевтическое опосредование и потенцирование биологической терапии может рассматриваться и как самостоятельный психотерапевтический подход. Филатов указывает основные его принципы: учет оценочных суждений больного о том лечении, которое врач намерен ему назначить; учет мнения пациента о препарате; формирование эмоционального положительного отношения больного к предстоящему лечению; формирование реакции ожидания лечебного действия препарата; потенцирование лечебного эффекта как врачом, так и остальным медицинским персоналом, принимающим участие в лечении больного; дезактуализация возможных побочных явлений, связанных с приемом препарата; аксиологическая переориентация значимости для больного побочных действий препарата; коррекция эгротогении; формирование лечебной перспективы в связи с проводимой терапией.

Плацебо-терапия (от лат. placebo — понравлюсь, удовлетворю) — один из вариантов психотерапии посредством косвенного внушения или процесса научения. Развитие психофармакологии и внедрение в медицинскую практику все новых психотропных средств способствовали увеличению числа случаев, когда применение тех или иных препаратов сопровождалось положительным или отрицательным эффектом, не соответствующим ожидаемому действию (Лапин). Поэтому при испытании новых медикаментозных препаратов стали широко использоваться лекарственные формы, получившие название «плацебо». При приеме «пустышки» (плацебо-препарат имитирует по цвету, вкусу, запаху исследуемый, но содержит вместо действующих компонентов индифферентные) одна треть как больных, так и здоровых испытуемых сообщают о результативности медикамента.

Плацебо-тесты позволили выявить людей с положительным и отрицательным плацебо-эффектами и лиц, при исследовании которых сколько-нибудь существенный плацебо-эффект отсутствовал (плацебо-нонреакторы). Плацебо стали назначать и на длительное время для косвенной (вооруженной) психотерапии или так называемой плацебо-терапии (медикаментозной психотерапии). Составляющей плацебо-эффектов являются процессы научения (условно-рефлекторные механизмы и моделирование). Если условно-рефлекторное научение объясняет длительность плацебо-реакций (например, при приеме плацебо-транквилизаторов плацебо-реакций могут сохраняться в течение 2 — 3 лет), то моделирование делает понятной их зависимость от личности врача и больного. Наиболее выраженные плацебо-реакций наблюдаются у внушаемых, конформных, боязливых пациентов, готовых к безусловному сотрудничеству со специалистом. Личность психотерапевта, назначающего лекарство, всегда решающим образом отражается в плацебо-эффектах и тем самым на действии любого медикамента. Успех терапии с помощью плацебо у разных врачей различен, но у одного и того же — повторяем. Результаты лечения зависят от способности специалиста к терапевтической коммуникации и его убежденности в действенности препарата также и тогда, когда речь идет о плацебо.

На выраженность плацебо-эффекта влияет множество самых различных факторов. Перечислим лишь некоторые из них: степень новизны препарата, его доступность, упаковка, реклама, характер информации, содержащейся в аннотации к препарату, предшествующая эффективность лекарства у данного больного, его установка на психотерапию, физиотерапию или лекарственные средства, отношение пациента к специалисту, назначающему препарат, и отношение врача к лекарству, установка врача на психотерапию или биологическую терапию, репутация лекарства среди других больных, отношение к препарату членов семьи и т. д. Лапиным описан семейный, в частности родительский, плацебо-эффект, под которым понимается высокая положительная (или отрицательная) оценка родственниками изменений состояния больного, получающего плацебо, причем ни сам пациент, ни член семьи, оценивающий эти изменения, не знают, какой препарат назначен. Таким образом, необходимо учитывать, кто из близких наиболее авторитетен для больного в вопросах его лечения, их отношение к лечению последнего. Положительный родительский плацебо-эффект улучшает «терапевтическую» среду в семье, повышает чувство оптимизма, благоприятно сказывается на состоянии больного. Оценить эффективность медикаментозного лечения можно лишь с учетом плацебо.

Шапиро утверждает, что плацебо-эффект — это «фактор популярности и эффективности любого из многочисленных методов психотерапии». Ожидание больным пользы от лечения само по себе может иметь устойчивое и глубокое влияние на его физическое и психическое состояние. Эффективность психотерапии также в определенной мере зависит от способности врача сформировать у пациента надежду на улучшение, а это означает, что плацебо-эффект проявляется в каждом контакте «психотерапевт — больной». Плацебо-эффект может быть носителем неосознаваемых элементов взаимоотношений между врачом и пациентом, например проявлений агрессии, сопротивления, защиты. Таким образом, ни один медикамент или какое-либо психотерапевтическое воздействие не лишено плацебо-суггестивного эффекта. Этот эффект может быть систематически использован как плацебо-терапия, интегрированная в комплексное лечение.

*Самовнушение,* или аутосуггестия, — это процесс внушения, адресованный самому себе. Самовнушение позволяет субъекту вызывать у себя те или иные ощущения, восприятия, управлять процессами внимания, памяти, эмоциональными и соматическими реакциями.

Сущность самовнушения по Павлову заключается в концентрированном раздражении определенной области коры головного мозга, которое сопровождается сильнейшим затормаживанием остальных отделов коры, представляющих коренные интересы всего организма, его целости и существования. Действие самовнушения, согласно теории Ухтомского, объясняется концентрированным раздражением определенного участка коры, то есть возникновением доминанты на фоне сниженного коркового тонуса. При таком состоянии коры над реальным воздействием среды превалируют второсигнальные следовые процессы.

Куликов отмечает, что самовнушение формируется в филогенетическом и онтогенетическом планах на базе внушения. Сначала в процессе интерпсихических отношений между людьми складывается гетеросуггестия, а затем способность индивида внушать другим людям интериоризуется, становится интрапсихической способностью личности. Это положение основывается на учении о происхождении психических функций Выготского. Высказывается предположение, что аутосуггестия базируется на механизмах обратной афферентации и опережающего отражения (Бернштейн, Анохин, и др.).

В разработку метода лечебного самовнушения внесли вклад отечественные исследователи. В 1881 г. Тарханов опубликовал результаты одного из первых научно достоверных наблюдений о влиянии самовнушения на непроизвольные функции организма. Боткин в 1897 г. предложил обучать больных сознательному использованию самовнушения для предупреждения и преодоления невротической фиксации симптомов соматических заболеваний.

Самовнушение является основой (или одним из существенных механизмов лечебного действия) различных методов психотерапии: аутогенной тренировки, биологически обратной связи, медитации, йоги, релаксации.

Самовнушение по Бехтереву — методика, описанная Бехтеревым в 1890 — 1892 гг., представляет собой оригинальный прием самовнушения, производимого в состоянии легкого гипнотического сна (в начальных стадиях гипноза). Лечение проводится амбулаторно. Больной, погруженный в состояние легкого гипнотического сна, трижды произносит слова самовнушения, направленного на устранение основного симптома болезни. При последующих сеансах добавляются самовнушения, направленные на устранение других болезненных нарушений. В дни между сеансами больной должен систематически повторять формулу внушения, по возможности «воспроизведя в памяти ту обстановку, в которой производилось внушение». Позднее, в 1911 г., Бехтеревым была описана методика самовнушения, осуществляемого перед естественным сном или сразу после пробуждения. Для этой методики формула самовнушения вырабатывается соответственно конкретному случаю, произносится от первого лица, в утвердительной форме и в настоящем, а не в будущем времени. Этот прием автор рассматривал скорее как вспомогательный при лечении методом внушения, но в ряде случаев считал ого эффективным и при самостоятельном применении. Метод самовнушения на начальных стадиях гипноза оказался эффективным при неврастении, истерии, затяжных постинфекционных астенических состояниях.

Бехтерев Владимир Михайлович родился в 1857 г. в Вятской губернии в семье деревенского полицейского. В 16 лет поступил в Медико-хирургическую академию в Санкт-Петербурге. После третьего курса в составе санитарного отряда отбыл на войну в Болгарию. Вернувшись, успешно закончил два последних курса и остался на кафедре психиатрии для подготовки к профессуре под руководством Мержеевского. В 1881 г. защитил диссертацию на тему «Опыт клинического исследования температуры тела при некоторых формах душевных болезней». В 1884 г. в Лейпцигской психиатрической клинике в Германии изучал анатомию нервной системы. В том же году проходил стажировку в парижском госпитале Сальпетриер у Шарко. В 26-летнем возрасте по рекомендации Мержеевского и Балинского возглавил кафедру психиатрии Казанского университета, где открыл психологическую лабораторию, основал психиатрическую клинику, учредил Общество невропатологов и психиатров, начал издавать журнал «Неврологический вестник». В 1893 г. Бехтерев возглавил кафедру нервных и душевных болезней Военно-медицинской академии в Санкт-Петербурге. В 1905 г. Советом профессоров был избран на непродолжительное время ее начальником. За книгу «Проводящие пути головного и спинного мозга» (1896 — 1898) был удостоен Золотой медали Российской Академии Наук. В 1908 г. им основан Психоневрологический институт, ныне носящий его имя.

Основные труды: «Объективная психология» (1907-1911), «Внушение и его роль в общественной жизни» (1908), «Гипноз, внушение и психотерапия и их лечебное значение» (1911), «Общие основы рефлексологии человека» (1918), «Коллективная рефлексология» (1921), «Мозг и его деятельность» (1928).

Умер Бехтерев в 1927 г. Его внезапная кончина окружена тайнами и предположениями вплоть до сегодняшнего дня.

Широкое распространение среди приемов самовнушения получила методика французского аптекаря Куэ. Нередко целебное действие разных лекарств, которые он продавал в своей аптеке, он не мог обосновать физиологически и объяснял «силой воображения» больных. Он стал учиться технике внушения и гипноза у Льебо и Бернгейма, а в 1910 г. открыл в Нанси собственную клинику, где лечил по своей методике. Об этой методике он читал лекции на родине и в Англии, которые позднее издал небольшой книгой. Куэ заметил, что даже довольно внушаемый человек невосприимчив к внушению, если противится ему и не претворяет его в самовнушение. При всякой болезни, утром, сразу как проснулся, и вечером, в постели, с закрытыми глазами, Куэ рекомендовал внушать себе: «С каждым днем во всех отношениях мне становится все лучше, лучше». Внушать без усилия, без раздумья, по-детски, машинально, «как молитву». При этом хорошо перебирать узлы бечевки (сколько слов, столько узлов). Куэ лечил пациентов с самыми различными заболеваниями.

Методику Куэ развил и аргументировал Бодуэн, исходивший из предположения, что поведением человека управляют воображение и подсознательные влечения. При мысленном повторении одних и тех же фраз автоматически возникает внутреннее сосредоточение, действующее на бессознательное. Практически Бодуэн рекомендовал, как считает Бурно, учить больных погружаться в самогипноз для того, чтобы проводить самовнушение именно в момент пробуждения или перед самым засыпанием. Погружению в самогипноз способствует сосредоточение внимания на каком-то объекте (пламя свечи в темноте), на какой-то мысли, достаточно яркой, чтобы не удерживать на ней внимание насильно, на монотонных звуках (тиканье часов), на коротких фразах, обобщающих цель самовнушения. Теоретически эффект внушения (самовнушения) Бодуэн объяснял, пользуясь специальной идеомоторной моделью — «внедрением» терапевтического приказа в подсознательное, которому гораздо легче управлять телесными движениями, чем сознанию. Когда внимание утомляется долгим сосредоточением на чем-то (не видим больше то, на что смотрим, не слышим то, что слушаем), наступает релаксация (освобождение от умственного напряжения), могущая перейти в сон. Релаксация способствует «обнажению» подсознательного, и теперь легко «втолкнуть» в подсознательное терапевтический приказ.

Куэ и Бодуэн расширяли роль самовнушения далеко за рамки медицинской практики, старались создать систему совершенствования общества, полагая, что самовнушение может изменить мировоззрение людей. Самовнушение по Куэ — Бодуэну приобрело в 20-е годы широкую популярность. В нашей стране «куэизм» подвергался критике в связи с тем, что он игнорировал нозологические особенности заболевания и личность больного.

Положительной стороной работ Куэ и его последователей была пропаганда активных методов психотерапии и корригирующего самовнушения. Куэ способствовал утверждению активной роли пациента в лечебном процессе и развитию идей тренировки и обучения в психотерапии. Он показал также целесообразность положительного самовнушения взамен отрицательного («Я здоров» вместо «Я не болен»). Благодаря этим положительным сторонам метод Куэ был одобрительно встречен Бехтеревым.

Лечение самовнушением почти не имеет противопоказаний. Даже в тяжелых случаях истерии, когда разъяснение не помогает, а гипноз не дает достаточного эффекта и может сопровождаться осложнениями, больной в предчувствии надвигающегося припадка с помощью самовнушения («Не должно случиться припадка!») может «отодвинуть» или не допустить его.

**Аутогенная тренировка** (от греч. autos — сам, genos — происхождение) — активный метод психотерапии, психопрофилактики и психогигиены, направленный на восстановление динамического равновесия системы гомеостатических саморегулирующих механизмов организма человека, нарушенного в результате стрессового воздействия. Основными элементами методики являются тренировка мышечной релаксации, самовнушение и самовоспитание (аутодидактика). Активность аутогенной тренировки противостоит некоторым отрицательным сторонам гипнотерапии в ее классической модели — пассивному отношению больного к процессу лечения, зависимости от врача.

Как лечебный метод аутогенная тренировка была предложена для лечения неврозов Шульцем в 1932 г. В нашей стране ее стали применять в конце 50-х годов. Лечебное действие аутогенной тренировки, наряду с развитием в результате релаксации трофотропной реакции, характеризующейся усилением тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы и способствующей нейтрализации стрессового состояния, основано также на ослаблении активности лимбической и гипоталамической областей, что сопровождается снижением общей тревожности и развитием антистрессовых тенденций у тренирующихся.

Выделяют две ступени аутогенной тренировки (по Шульцу): 1) низшая ступень — обучение релаксации с помощью упражнений, направленных на вызывание ощущения тяжести, тепла, на овладение ритмом сердечной деятельности и дыхания; 2) высшая ступень — аутогенная медитация — создание трансовых состояний различного уровня.

Низшую ступень аутогенной тренировки составляют шесть стандартных упражнений, которые выполняются пациентами в одной из трех поз: 1) положение сидя, «поза кучера» — тренирующийся сидит на стуле со слегка опущенной вперед головой, кисти и предплечья лежат свободно на передней поверхности бедер, ноги свободно расставлены; 2) положение лежа — тренирующийся лежит на спине, голова покоится на низкой подушке, руки, несколько согнутые в локтевом суставе, свободно лежат вдоль туловища ладонями вниз; 3) положение полулежа — тренирующийся свободно сидит в кресле, облокотившись на спинку, руки на передней поверхности бедер или на подлокотниках, ноги свободно расставлены. Во всех трех положениях достигается полная расслабленность, для лучшей сосредоточенности глаза закрыты.

Упражнения выполняются путем мысленного повторения (5 — 6 раз) соответствующих формул самовнушения, которые подсказываются руководителем тренировки. Каждое из стандартных упражнений предваряется формулой-целью: «Я совершенно спокоен».

Первое упражнение. Вызывание ощущения тяжести в руках и ногах, что сопровождается расслаблением поперечно-полосатой мускулатуры. Формулы: «Правая рука совершенно тяжелая», затем «Левая рука совершенно тяжелая» и «Обе руки совершенно тяжелые». Такие же формулы для ног. Окончательная формула: «Руки и ноги совершенно тяжелые».

Второе упражнение. Вызывание ощущения тепла в руках и ногах с целью овладения регуляцией сосудистой иннервацией конечностей. Формулы: «Правая (левая) рука совершенно теплая», затем «Руки совершенно теплые», те же формулы для ног. Окончательная формула: «Руки и ноги совершенно тяжелые и теплые».

Третье упражнение. Регуляция ритма сердечных сокращений. Формула: «Сердце бьется сильно и ровно».

Четвертое упражнение. Нормализация и регуляция дыхательного ритма. Формула: «Дышу совершенно спокойно».

Пятое упражнение. Вызывание ощущения тепла в области брюшной полости. Формула: «Мое солнечное сплетение излучает тепло».

Шестое упражнение. Вызывание ощущения прохлады в области лба с целью предотвращения и ослабления головных болей сосудистого генеза. Формула: «Мой лоб приятно прохладен».

Показателем усвоения очередного упражнения является генерализация ощущений. Например, упражнение по внушению тепла в конечностях считается усвоенным тогда, когда тепло начинает разливаться по всему телу. На проработку каждого упражнения уходит 2 нед. Весь курс аутогенной тренировки-1 длится около трех месяцев. Обычно занятия проводятся в группах 1—2 раза в неделю под руководством психотерапевта; продолжительность занятия 15 — 20 мин. Большое внимание уделяется самостоятельным тренировкам пациентов, которые проводятся дважды в день (утром, перед тем как встать, и вечером, перед сном), причем, как правило, пациенты ведут дневники, где описывают ощущения, испытываемые ими во время занятий.

При освоении первых двух стандартных упражнений («тяжесть» и «тепло») возникает особое состояние аутогенного погружения, которое Шульц называл «переключением» и определял физиологически как «понижение биотонуса при сохранном сознании». Мюллер-Хегеманн объясняет это состояние снижением активности коры при отсутствии внешних раздражителей и сокращением мыслительных процессов вследствие сосредоточенности на формулах тренировки. Это состояние характеризуется как промежуточное между сном и бодрствованием, оно весьма близко к первой стадии гипнотического сна (сомноленции). Глубина аутогенного погружения подразделяется на три фазы. В первой фазе пациент ощущает тяжесть, тепло, истому, разлившуюся по всему телу. Вторая фаза характеризуется ощущением телесной легкости, невесомости, причем нередко возникают нарушения схемы тела. Третью фазу можно характеризовать как «исчезновение тела». Первая и вторая фазы могут быть дифференцированы электроэнцефалографически. В силу значительного торможения коры повторяемые формулы становятся эффективным средством самовнушения. В аутогенном погружении пациент приступает к направленному против определенных болезненных расстройств самовнушению.

Луте выделяет 5 типов формул-намерений: 1) нейтрализующие, использующие вариант самовнушения «все равно»: «Глотание все равно» — при эзофагоспазме, «Цветочная пыльца все равно» — при аллергиях и т. п.; 2) усиливающие, например: «Я знаю, что я проснусь, когда мой мочевой пузырь даст знать о себе» — при энурезе; «Мой мозг говорит автоматически» — при заикании; 3) абстинентно-направленные, например: «Я знаю, что я не приму ни одной капли алкоголя, ни в какой форме, ни в какое время, ни при каких обстоятельствах»; 4) парадоксальные, например: «Я хочу писать как можно хуже» — при писчем спазме; 5) поддерживающие, например: «Я знаю, что я не завишу от лекарств» — при астме; «Имена интересны» — при плохом запоминании имен.

Наилучшие результаты применения аутогенной тренировки наблюдаются при неврозах, а также при лечении тех заболеваний, проявления которых связаны с эмоциональным напряжением и со спазмом гладкой мускулатуры, причем парасимпатический эффект достигается легче, чем симпатический. В литературе отмечается хороший результат применения аутогенной тренировки при бронхиальной астме, в инициальном периоде гипертонической болезни и облитерирующего эндартериита, при диспноэ, эзофагоспазме, стенокардии, при спастических болях желудочно-кишечного тракта и запорах. Имеются данные об удовлетворительных результатах при лечении больных язвенной болезнью, одной из причин которой, по распространенному мнению, является местный неврогенный спазм сосудов.

Аутогенная тренировка эффективна как метод лечения различных невротических расстройств речи и фонации. Однако в общей группе больных аутогенная тренировка помогает купировать лишь явления логофобии, но не излечивает заикание как системный невроз, в связи с чем необходимы занятия пациентов в специализированных психотерапевтических группах для больных логоневрозами.

Аутогенная тренировка включается в комплексное лечение алкоголизма и наркомании, в частности для устранения абстинентного синдрома и формирования антитоксикоманической установки. В неврологической клинике аутогенная тренировка применяется при лечении остаточных явлений органических заболеваний нервной системы с целью купирования психогенных расстройств, дополняющих и осложняющих картину органического поражения нервной системы, а также коррекции реакции личности на болезнь при сосудистых поражениях мозга, лечении остаточных явлений черепно-мозговых травм, нейроинфекций и др.

Успешное снятие эмоционального напряжения и тревоги с помощью аутогенной тренировки оправдывает ее включение в многочисленные варианты методик психопрофилактики родовых болей.

Широкое применение аутогенная тренировка получила также в качестве психогигиенического и психопрофилактического средства при подготовке спортсменов, людей, работающих в условиях эмоциональной напряженности и в экстремальных условиях. Накоплен положительный опыт применения специальных вариантов аутогенной тренировки как метода производственной гигиены.

Противопоказаниями для применения аутогенной тренировки являются состояния неясного сознания и бреда, в особенности бреда отношения и воздействия. Не рекомендуется аутогенная тренировка во время острых соматических приступов и вегетативных кризов. При выраженной артериальной гипотонии используются некоторые специальные приемы для преодоления нежелательного преобладания вагусной системы.

Упражнения низшей ступени воздействуют по преимуществу на вегетативные функции. С целью оптимизации высших психических функций Шульц разработал высшую ступень аутогенной тренировки (аутогенная тренировка-2), упражнения которой должны научить вызывать сложные переживания, приводящие к излечению через «аутогенную нейтрализацию» и «самоочищение» (катарсис). Стандартные упражнения аутогенной тренировки-1 автор считал лишь подготовкой к основному лечению, второй ступени — аутогенной медитации, с помощью которой и достигается аутогенная нейтрализация. Он полагал, что окончательно избавиться от невроза можно, лишь нейтрализовав отрицательные переживания. Приемы такого самоочищения Шульц заимствовал из древнеиндусской системы йоги.

*Аутогенная медитация по Шульцу.* Прежде чем приступить к аутогенной медитации, тренирующийся должен научиться удерживать себя в состоянии аутогенного погружения длительное время — по часу и более. Во время такой «пассивной концентрации» возникают различные визуальные феномены («тени», «простейшие формы», цветовые пятна и т. п.). Дальнейшая подготовка состоит в научении вызывать и удерживать «пассивную концентрацию» при наличии раздражающих помех — яркого света, шума, звучащего радио и т. п.

Первое упражнение медитации. Фиксация спонтанно возникающих цветовых представлений.

Второе упражнение медитации. Вызывание определенных цветовых представлений, «видение» заданного цвета.

Третье упражнение медитации. Визуализация конкретных предметов.

Четвертое упражнение медитации. Сосредоточение на зрительном представлении абстрактных понятий, таких как «справедливость», «счастье», «истина» и т. п. Во время выполнения этого упражнения возникает поток представлений строго индивидуальных. Например, «свобода» ассоциируется с белой лошадью, скачущей по прерии. Конкретные зрительные образы, ассоциирующиеся с абстрактными понятиями, помогают, по мнению Шульца, выявиться подсознательному.

Пятое упражнение медитации. Концентрация «пассивного внимания» на произвольно вызываемых, эмоционально значимых ситуациях. Во время выполнения упражнения тренирующийся нередко «видит» себя в центре воображаемой ситуации.

Шестое упражнение медитации. Вызывание образов других людей. Вначале следует научиться вызывать образы «нейтральных» лиц, затем — эмоционально окрашенные образы приятных и неприятных пациенту людей. Шульц отмечает, что в этих случаях образы людей возникают несколько шаржированно, карикатурно. Постепенно такие образы становятся все более «спокойными», «бесстрастными», смягчаются карикатурные черты, элементы эмоциональной гиперболизации. Это служит показателем начавшейся «аутогенной нейтрализации».

Седьмое упражнение медитации. Автор назвал его «ответом бессознательного». Тренирующийся спрашивает себя: «Чего я хочу?», «Кто я такой?», «В чем моя проблема?» и т. п. В ответ он подсознательно отвечает потоком образов, помогающих увидеть себя «со стороны» в разнообразных, в том числе и тревожащих, ситуациях. Так достигается катарсис, самоочищение, и наступает «аутогенная нейтрализация», то есть излечение.

Анализируя описание медитативных упражнений по Шульцу, нетрудно заметить, что они сводятся к серии приемов своеобразного «аутопсихоанализа».

Соавтор Шульца по шеститомному руководству Луте вводит новые элементы в структуру метода — приемы аутогенной нейтрализации: аутогенное отреагирование и аутогенную вербализацию. Эти методы составляют основное содержание 6-го тома руководства по аутогенной терапии.

*Аутогенное отреагирование по Луте.* Для нейтрализации отрицательных переживаний используются приемы «повторения» тех ситуаций, которые и явились причиной психической травмы. Так же как и при психоаналитических сеансах, во время аутогенного отреагирования врач соблюдает полную нейтральность. Опыт автора показывает, что мозг пациента сам «знает» , в какой форме и в каком порядке следует «высказывать материал» при аутогенной нейтрализации. Подчеркивается, что при нейтрализации высвобождается (то есть вербализуется) лишь тот «материал», который мешает нормальной деятельности мозга. Аутогенная вербализация осуществляется при закрытых глазах, а задачей пациента является рассказ о всех появляющихся в состоянии аутогенного расслабления сенсорных образах. В методике практического проведения аутогенного отреагирования по Луте можно выделить пять основных правил, или условий: 1) необходимость перехода от стандартных упражнений к пассивному настрою на зрительные образы; 2) ничем не ограничиваемое вербальное описание любых восприятий (сенсорных образов); 3) принцип психотерапевтического вмешательства в управляемую мозгом нейтрализацию; 4) соблюдение или признание внутренней динамики, которая присуща периоду аутогенных разрядов; 5) принцип самостоятельного окончания психотерапевтической работы. На протяжении всего курса аутогенного отреагирования применяются стандартные упражнения. Самостоятельное выполнение аутогенного отреагирования допускается только с разрешения психотерапевта. Интервалы между сеансами составляют 7 — 10 дней.

*Аутогенная вербализация по Луте.* Этот прием в значительной степени аналогичен аутогенному отреагированию, однако осуществляется без визуализации представлений. В отличие от аутогенного отреагирования, аутогенная вербализация применяется в тех случаях, когда «мешающий материал» (болезненные переживания) поддается точному описанию. Вербализация определенной темы (например, «агрессия», «желание», «страх» и т. п.) проводится в состоянии аутогенного расслабления и продолжается до тех пор, пока пациент не заявляет, что сказать ему уже нечего. При аутогенной вербализации предполагается, что пациент знает «тему», которая содержит «мешающий материал». По сути, приемы аутогенной нейтрализации представляют собой ассоциативный эксперимент, предложенный еще Юнгом для выявления скрытых или подавляемых влечений. Новым является реализация данного приема в состоянии аутогенной релаксации.

В исследованиях отечественных и зарубежных авторов отмечается возможность ускорения реализации навыков, полученных в процессе аутогенной тренировки, путем использования принципа биологической обратной связи (электромиографической, электроэнцефалографической, температурной, обратной связи ритма сердца и др.).

В основе *биологической обратной связи* (англ. — biofeedback) лежит принцип целесообразного саморегулирования непроизвольных функций с использованием систем внешней обратной связи. Метод биологической обратной связи применяется только в тех случаях, когда обеспечивается предъявление информации о состоянии физиологических функций для того же индивида, который генерирует данную физиологическую информацию, является ее источником. В обычных условиях мы не получаем точной количественной информация о состоянии физиологических функций, скажем, частоте пульса или величине артериального давления. Однако с помощью биологической обратной связи, которая позволяет регистрировать тончайшие изменения физиологических процессов, можно научиться сознательно управлять ими. Методы, основанные на использовании биологической обратной связи, применяются в различных областях медицины: для управления биоэлектрической активностью мозга у больных эпилепсией, направленного на подавление патологических паттернов ЭЭГ; для повышения эффективности восстановительной терапии постинфарктных больных; при лечении различных видов головной боли.

Анализ результатов исследований, выполненных Коэном и сотр. по применению биологической обратной связи у больных мигренью, показал: 1) прямые физиологические изменения исследовавшихся систем не коррелируют с терапевтическим результатом, к тому же достаточно скромным; 2) не имеет значения метод биологической обратной связи (черепные артерии, электромиограмма, температура). Поэтому механизмы терапевтического эффекта следует искать не только в изменениях, касающихся физиологических систем. Вероятные объяснения таковы: 1) эффект плацебо благодаря участию пациентов в эксперименте (составление ими специальных диаграмм) и вниманию к ним со стороны исследователей; 2) регрессия «к середине», так как пациенты ищут помощи в тот момент, когда им особенно плохо; 3) эффект общей релаксации; 4) познавательный эффект от переживания биологической обратной связи — возникающее у пациента представление о собственном контроле над физиологической системой. Последний пункт особенно интересен. Пациенты утверждают, что биологическая обратная связь учит их навыкам самоконтроля, которого, по их мнению, у них никогда раньше не было. Поэтому не степень физиологического изменения выступает в качестве критической величины, а степень веры пациента в свои возможности осуществлять контроль. Если это так, то этот эффект можно учитывать при попытках оптимизации терапевтического результата. О необходимости учета при использовании методики биологической обратной связи психологических факторов (повышение самооценки пациента, самовнушение, плацебо-эффект и др.) свидетельствуют также данные и других авторов.

В литературе последних лет подчеркивается, что биологическую обратную связь (и соответственно тренинг релаксации) следует рассматривать лишь как один из подходов к лечению человека в целом и применять в сочетании с другими медицинскими и психотерапевтическими методами. «Излечение» от гипертонии, скорее всего, потребует чего-то большего, чем сознательная попытка пациента снизить у себя кровяное давление. Понизить артериальное давление (или прекратить боль) — не значит изменить жизненные обстоятельства, которые сформировали стереотипизированную реакцию. Ставится также под сомнение, сможет ли или даже захочет ли пациент управлять своими телесными функциями в лихорадочном, быстро меняющемся окружении вне лаборатории и клиники.

**Гипноз** (от греч. hypnos — сон) — временное состояние сознания, характеризующееся сужением его объема и резкой фокусировкой на содержании внушения, что связано с изменением функции индивидуального контроля и самосознания. Состояние гипноза наступает в результате специальных воздействий гипнотизера или целенаправленного самовнушения.

Научная гипнология берет начало с середины XIX в., хотя практическое использование гипноза имеет многовековую историю. Термин гипноз впервые был применен английским хирургом Брэдом, книга которого, посвященная нейрогипнологии, вышла в свет в 1843 г. С конца 70-х годов XIX в. французский невропатолог Шарко начинает изучать гипноз на больных, страдающих истерией. Сальпетриерская школа Шарко занималась клиническим применением гипноза, а также изучением его стадий. В этом с ней соперничала Нансийская школа, главой которой был Бернгейм. Он считал, что стадии гипноза, которые наблюдал Шарко, обусловлены внушением, исходящим от гипнотизирующего, а не патологической природой самого гипноза. Существенный вклад в науку о гипнозе внесли и многие другие зарубежные ученые: Веттерстранд, Краффт-Эбинг, Форель и др. В нашей стране теоретические и практические аспекты применения гипноза в лечебных целях изучали Данилевский, Токарский, Бехтерев, Павлов, их многочисленные ученики и последователи.

Теоретическая разработка механизмов гипноза связана прежде всего с именами Павлова и Фрейда. Павлов и его ученики считали, что физиологической основой гипнотического состояния является процесс торможения, возникающий в коре больших полушарий головного мозга. Изменение экстенсивности и интенсивности тормозного процесса выражается в различных стадиях гипноза, клинически хорошо описанных. По Павлову, гипноз — это частичный сон, состояние, переходное между бодрствованием и сном, при котором на фоне заторможенных в различной степени участков мозга сохраняется «сторожевой» пункт в коре больших полушарий, обеспечивающий возможность взаимосвязи между гипнотизирующим и гипнотизируемым. Необходимо, однако, отметить, что представление о гипнозе как частичном сне при нейрофизиологических (в особенности ЭЭГ) исследованиях не подтвердилось.

В психоаналитических теориях гипноза первоначально акцентировалось внимание на удовлетворении инстинктивных желаний человека. С этой точки зрения гипнотическое состояние возникает под влиянием особого рода переноса. В последние годы гипноз рассматривается преимущественно с позиций психологии Я. В экспериментальной психологии существуют также концепции, придающие значение в гипнозе социокультурным факторам, фактору взаимоотношений, сенсомоторным феноменам. К настоящему времени разрыв, разделявший физиологов, психоаналитиков и психологов-экспериментаторов в понимании природы гипноза, начинает уменьшаться, наблюдаются попытки формирования интегративных психофизиологических взглядов на сущность гипноза (Рожнов, Шерток).

При проведении гипноза важен учет внушаемости пациента (Мягков, Варшавский). Используется ряд приемов, с помощью которых удается ее определить. К ним относятся приемы с падением назад или вперед, внушение сцепленных пальцев рук, определение внушенных запахов и др. Примером одного из них может служить прием, описанный Булем. Используется небольшой металлический груз на прочной нитке и выпиленный из дерева подковообразный «магнит», выкрашенный наподобие настоящего. Испытуемому предлагают взять пальцами вытянутой руки нитку с висящим на ее конце грузом. Врач подносит «магнит» к грузу и начинает то приближать, то удалять его в какой-нибудь определенной плоскости. При этом больному внушают, чтобы он обратил внимание на то, как груз постепенно начинает следовать за «магнитом» и раскачиваться. У лиц, достаточно внушаемых, груз действительно начнет качаться в заданном направлении вследствие возникновения идеомоторных движений. Перед гипнотизацией проводится беседа для выяснения отношения пациента к ней и устранения возможных его опасений. Гипнотизация проводится в благоприятных для гипнотизируемого условиях. Способов гипнотизации много. Они осуществляются воздействием на тот или иной анализатор: зрительный, слуховой, кожный. При использовании метода фиксации взора гипнотизируемому предлагают фиксировать свой взор на какой-либо одной точке, например на блестящем металлическом шарике. Возникшее естественное утомление глаз и желание закрыть их способствуют наступлению сна. Метод фасцинации (предложен в 1813 г. португальским аббатом Фариа) является разновидностью предыдущего. Пациента просят смотреть в глаза гипнотизирующему, не мигая, гипнотизер при этом смотрит на переносицу пациента. При другом способе используется усыпляющее действие монотонных звуков: метронома, морского прибоя, падающих капель воды и т. п. Метод пассов — гипнотизирующий проводит несколько раз ладонью с широко расставленными пальцами вдоль лица и туловища гипнотизируемого, не касаясь его, по направлению от головы к ногам. Этим способом пользовался еще Месмер, который считал, что он действует на больного «магнетическими флюидами». Метод сближения рук — пациента просят закрыть глаза, согнуть руки в локтевых суставах под углом в 90° и медленно сближать кончики пальцев обеих рук, говоря ему: «Ваши пальцы будут медленно сближаться. Когда кончики их сойдутся, Вы сделаете глубокий вдох и будете спать крепким сном». Существует и ряд других способов гипнотизации. В ряде приемов влияние оказывается одновременно на несколько анализаторов.

Воздействие на анализаторы, как правило, сопровождается внушением, в словесных формулировках которого описываются ощущения, которые испытывает засыпающий человек: «Расслабьте мышцы. Лежите совершенно спокойно. Старайтесь ни о чем не думать. Внимательно слушайте то, что я вам буду говорить. У вас появляется желание спать. Ваши веки тяжелеют и постепенно опускаются. По всему телу распространяется чувство приятной теплоты. Все больше и больше расслабляются мышцы рук, ног, всего тела. Расслабляются мышцы лица, мышцы шеи, голова глубже уходит в подушку. Вам хочется спать. Сейчас я начну считать, и по мере того как я буду проводить этот счет, приближаясь к десяти, желание спать будет нарастать все больше и больше, все сильнее и сильнее. Когда я назову цифру десять — вы заснете». Примерно такие фразы врач повторяет по нескольку раз спокойным, ровным голосом, часто подкрепляя их прямым внушением: «Спать! Спать!» Говорить лучше негромко, спокойно, но в то же время уверенно, короткими, понятными фразами. Состояние гипноза может достигаться и одним словесным воздействием (вербальный метод). Длительность сеанса гипноза определяется задачами гипнотизации (лечебной, исследовательской, учебной, реже — другими). Перед выведением из гипнотического состояния загипнотизированного предупреждают об этом: «Через полминуты я выведу вас из гипнотического сна. Сейчас я сосчитаю до трех. На цифру три вы проснетесь. Раз — освобождаются от сковывающего действия руки, два — освобождаются ноги и все тело. Три — вы проснулись, откройте глаза! Настроение и самочувствие очень хорошее, ничто не мешает, не беспокоит. Вы очень хорошо отдохнули. Вам приятно и спокойно». При дегипнотизации следует помнить, что быстрое пробуждение может повлечь за собой жалобы на общую слабость, недомогание, сердцебиение, головную боль и др.

Различные авторы предлагают разное деление гипноза на стадии: одни выделяют 3 стадии, другие — 4, 6, 9 или 12. В практической работе можно ориентироваться на предложенные Форелем в 1928 г. 3 стадии: сонливость, гипотаксию и сомнамбулизм. Первая стадия — сонливость. Гипнотизируемый при некотором усилии еще может противостоять внушению, открыть глаза. Характеризуется легкой мышечной слабостью и дремотой. Вторая стадия — гипотаксия. Пациент не может открыть глаза и выполнить некоторые внушения. Отличается глубокой мышечной слабостью. В этой стадии гипноза уже можно вызвать внушенную каталепсию (восковидную гибкость мышц), которая иногда возникает и спонтанно. Третья стадия — сомнамбулизм. Характеризуется амнезией и способностью к выполнению не только гипнотических, но и постгипнотических внушений. Сомнамбулизм может возникать, минуя первые две стадии гипноза.

Гипноз является основой **гипнотерапии.** В настоящее время, наряду с классической моделью гипноза, широко используется эриксоновский гипноз. При этом гипнотическое состояние используется в лечебных целях. Широкое распространение гипнотерапии отражает ее лечебную эффективность при различных заболеваниях. История развития научных представлений о природе гипноза и методах его применения в медицине достаточно полно представлена в работах Платонова, Буля, Рожнова, Шертока и многих других авторов. Ввиду того что явления внушения и гипноза тесно переплетаются, Буль (вслед за Платоновым) считает целесообразным пользоваться термином «гипносуггестивная психотерапия».

Гипнотерапия в руках опытных специалистов находит применение при различных заболеваниях нервной системы, в клинике психических расстройств, при болезнях внутренних органов, в акушерско-гинекологической практике, при хирургических вмешательствах и кожных заболеваниях. Абсолютными противопоказаниями к гипнотерапии являются бредовые формы психозов (особенно когда больной считает, что его «загипнотизировали», и просит врача «разгипнотизировать» его) и гипноманические установки истерических личностей. При использовании гипнотерапии приходится учитывать степень гипнабельности пациента, при отсутствии которой или низкой ее выраженности применение гипнотерапии проблематично (некоторые авторы считают возможным развитие гипнабельности). Перед гипнотерапией необходимо провести беседы для выяснения отношения больного к этому методу лечения и устранения возможных опасений с его стороны. После введения пациента в состояние гипноза тем или иным способом произносятся формулы собственно лечебных внушений. Фразы должны быть короткими, понятными, наполненными смыслом и исключающими ятрогенное воздействие. Продолжительность одного сеанса гипнотерапии обычно 15 — 20 мин. Количество сеансов колеблется от 1 до 15, что определяется характером болезненного состояния и терапевтической эффективностью гипнотерапии. Частота сеансов — от ежедневных до проводимых 1 раз в неделю. Иногда возникает необходимость повторного курса гипнотерапии спустя несколько недель или месяцев. Гипнотерапия может проводиться индивидуально или с группой пациентов. Существует множество вариантов гипнотерапии. Ее можно проводить дробным способом. Малогипнабельным пациентам с целью углубления гипнотического сна предварительно могут даваться снотворные средства. Психоаналитики, занимающиеся гипнозом, применяют наркотические средства в расчете на ускорение аналитического процесса. Получению сведений о бессознательных переживаниях больного способствует методика гипнопсихокатарсиса. Существуют также методики гипноэлектросна, сочетания самовнушения с гипнозом и многие другие.

Основные осложнения при гипнотерапии — это потеря раппорта, истерические припадки, спонтанный сомнамбулизм, переход глубокого сомнамбулического гипноза в гипнотическую летаргию и др. Эти осложнения при спокойном поведении врача, понимании характера заболевания и знании техники гипноза не приводят к серьезным последствиям. Причины неудач гипнотерапии могут быть связаны с упорным применением врачом одного лишь гипносуггестивного метода при игнорировании им общих психотерапевтических подходов, рациональной психотерапии, тренировочных приемов и других показанных в данном конкретном случае методов психотерапии.

*Гипноз-отдых.* Методика гипнотерапии, способствующая созданию лечебно-охранительного режима. Гипноз-отдых отвечает требованиям немедикаментозной терапии сном, применявшейся в нашей стране главным образом в 50-х годах для лечения неврозов, реактивных состояний и некоторых психосоматических расстройств. Методика разработана Платоновым. Больного вечером погружают в гипнотическое состояние, которое спонтанно переходит в естественный сон, или утром психотерапевт переводит естественный сон в гипнотический на необходимое время. Гипноз-отдых может продолжаться до 15-20 ч в сутки в течение 10-15 дней.

Методику удлиненной гипнотерапии предложил Рожнов. Она рассматривается как промежуточная между обычными и кратковременными сеансами гипнотерапии и длительным, гипнозом-отдыхом и рекомендуется в амбулаторной практике для работы с группой из 4-6 больных. Под удлиненной гипнотерапией понимается лечебное внушение больному, находящемуся от 2 до 4 ч в состоянии гипнотического сна. За это время пациент получает большее количество лечебных внушений (через каждые 15-20 мин), чем при обычной гипнотерапии, что повышает их терапевтическую эффективность.

Эта методика является вариантом коллективной гипнотерапии, но может применяться и при индивидуальных сеансах.

*Аутогипноз.* Это гипнотическое состояние, вызываемое субъектом по собственной инициативе. Аутогипноз может использоваться для упрочения эффекта симптоматического лечения, прежде всего осуществляемого с помощью гетерогипноза (гипнотизирования врачом). Обучение аутогипнозу может проводиться двумя способами: под гипнозом (в присутствии психотерапевта) и самостоятельно.

Инструкцию по самообучению аутогипнозу приводит Родес: «Первая стадия А — это «закрытие глаз». Так я обозначаю состояние, при котором, будучи бодрствующим, Вы не сможете открыть глаза. Этого можно достичь, устроившись в удобном кресле в тихой комнате. Затем Вы сделаете следующее:

1) Скажите «раз» и подумайте: «Мои веки становятся очень тяжелыми». Думайте только об этом, сосредоточьтесь на этой мысли, проникнитесь ею, пока Вы о ней думаете. Отгоняйте всякую другую мысль, например такую: «Интересно, удастся ли это». Сосредоточьтесь на одной мысли: «Мои веки становятся очень, очень тяжелыми». Если у Вас будет только эта единственная мысль, если Вы сосредоточитесь на ней, проникнетесь ею и поверите в нее в то время, пока Вы о ней думаете, Ваши веки начнут тяжелеть. Не ждите, чтобы они стали очень тяжелыми; когда они начнут тяжелеть, переходите к следующей фазе. 2) Скажите «два» и подумайте: «Мои веки теперь очень тяжелые, они сами смыкаются». Как и в первой фазе, думайте только об этом, сконцентрируйтесь на этой мысли, верьте в нее. Не закрывайте глаза насильно и не старайтесь держать их открытыми, но сосредоточьтесь на единственной мысли: «Мои веки сейчас такие тяжелые, что сами закрываются», и в то же время, пока Вы повторяете эту единственную мысль, пусть Ваши веки действуют самостоятельно. Если Вы действительно сосредоточитесь на этой мысли, исключив все другие, если Вы проникнетесь ею и будете верить в нее, пока Вы о ней думаете, Ваши глаза медленно закроются. Когда веки сомкнутся, оставьте их в этом состоянии. 3) Скажите «три» и подумайте: «Мои веки крепко сомкнуты, я не могу открыть глаза, несмотря на все усилия». Как и прежде, мысленно повторяйте это, думайте только об этом, сосредоточьтесь на этой мысли, проникнетесь ею и верьте в нее. Но вместе с тем попытайтесь открыть глаза; Вы заметите, что не можете этого сделать, пока не скажете «откройтесь», и только тогда Ваши глаза мгновенно откроются. Не отчаивайтесь, если первые попытки аутогипноза окажутся неудачными. Чаще всего при обучении аутогипнозу первые две или три попытки заканчиваются неудачей, поскольку обычно еще отсутствует умение сосредоточиться только на одной мысли, исключив все остальные. Неудача вовсе не свидетельствует о недостаточных умственных способностях. Скорее наоборот: у интеллектуально развитых людей обычно возникает несколько мыслей одновременно, отмечается их взаимопроникновение. Чтобы сосредоточиться на одной мысли, необходимо овладеть новым умением, требующим упорства и практики. И если в первый раз Вы потерпите неудачу, надо попытаться снова. Если Вы способны контролировать процессы мышления, Вам удастся сосредоточиться на одной мысли. Как только Вы сможете это сделать, аутогипноз станет Вам доступен. Таким образом, когда после первых фаз Ваши глаза закроются, Вы перейдете к третьей фазе и подумаете: «Мои веки крепко сомкнуты, я не могу открыть глаза, несмотря на все усилия». Вы должны постоянно возвращаться к этой мысли, единственной мысли, и в то время, как Вы думаете об этом, попытайтесь открыть глаза. Все время, пока Вы будете сосредоточиваться на этой единственной мысли, веки останутся сомкнутыми. Ваши мышцы будут напрягаться, чтобы открыть глаза, но они останутся закрытыми до тех пор, пока Вы не скажете вслух или мысленно «откройтесь». Следующая фаза состоит в ускорении процесса. Попытайтесь два или три раза удостовериться, что Вам удалось крепко закрыть глаза. С каждым разом результат будет лучше. 4) Теперь переходите к ускорению. Первую фазу проведите, как прежде, и в момент, когда Ваши веки отяжелеют, переходите ко второй фазе. В то время, когда Вы говорите «два», подумайте об указанной мысли один раз, но исключив все остальные мысли. Когда глаза закроются, скажите «три» и снова подумайте об указанной мысли один раз, но только о ней. Ваши веки останутся сомкнутыми. Разомкните их по команде «открыть». Теперь начните снова все, как Вы делали, но вместо того, чтобы говорить «один», «два», «три», ограничьтесь мыслью об этих числах в том же порядке. Наконец делайте все упражнения без чисел, но повторяйте по одному разу мысли первой, второй и третьей фаз. После достаточной тренировки Вы сможете почти мгновенно закрывать глаза и сохранять веки сомкнутыми, лишь один раз подумав о мысли третьей фазы. Вы заметите, что приобрели скорость и способны все увереннее контролировать себя. Овладев умением концентрироваться только на одной мысли (первая или вторая фаза), Вы сможете почти мгновенно переходить к третьей фазе, которая представляет сложную мысль. Пробным камнем успеха в аутогипнозе является способность быстро закрывать глаза. Когда Вы этого добьетесь, то сможете достигнуть той глубины гипноза, которая необходима для безбоязненной встречи с тревожащими Вас проблемами. Следующей фазой является релаксация. Оставайтесь с открытыми глазами и думайте: «Я буду глубоко дышать и полностью расслаблюсь». Сделайте глубокий вдох и на выдохе полностью расслабьтесь. Думайте: «Я буду дышать ровно и глубоко и при каждом вдохе все больше и больше расслабляться».

Когда Вы добьетесь закрытия глаз и релаксации (которая вскоре будет возникать одновременно с закрытием глаз), Вы достигнете первой ступени аутогипноза. Теперь Вы в состоянии воспринимать внушение, которое Вы себе делаете, с гипнотическим и постгипнотическим эффектом. Но как и для закрывания глаз, где скорость достигалась неоднократным повторением, для осуществления следующих фаз тоже необходима тренировка. Секрет успеха заключается в способности сосредоточиться только на одной мысли, исключив все остальные, проникнуться ею, верить в нее. Для начала попробуйте простые внушения. Например: сожмите правой рукой указательный палец левой руки. Думайте: «Я не могу освободить свой палец». Как и прежде, сосредоточьтесь на этой единственной мысли, проникнетесь ею, верьте в нее и одновременно попытайтесь освободить палец. Он будет скован до тех нор, пока Вы не подумаете: «Теперь я могу освободить его» (или любое другое слово или выражение с тем же смыслом). В дальнейшем могут проводиться другие простые или более сложные внушения».

Иногда во время вызывания гипнотического состояния у самого гипнотерапевта может параллельно возникнуть трансовое состояние сознания, которое при традиционном гипнозе воспринимается как помеха. При проведении эриксоновского гипноза аутогипноз — это важное умение, которым необходимо овладеть психотерапевту, для того чтобы в нужное время обратиться к своему интуитивному опыту или повысить свою эмпатическую чувствительность в процессе лечения.

**Эриксоновский гипноз.** Новый подход в гипнотерапии, создателем которого явился американский психотерапевт М. Эриксон, получил в 80-е годы в мировой психотерапевтической практике широкое признание и известен как Эриксоновский гипноз. Его принципы и технические приемы, дополняя традиционный гипноз, расширили возможности лечебной тактики психотерапевта, особенно с трудными пациентами, неподатливыми к когнитивным и традиционным суггестивным методам. Приемлемым и полезным оказалось включение этого метода, прежде всего его принципов, в разрабатываемые в последние годы эклектические и интегративные модели краткосрочной психотерапии. Такие крупные исследователи и практики в гипнологии и психотерапии, как Вайценхоффер, Хейли, Росси и др. считают Эриксона отцом современного клинического гипноза и краткосрочной стратегической психотерапии.

Подход Эриксона принципиально антитеоретичен и прагматичен. Его знание идет из практического опыта, а не из теоретических размышлений. Он никогда не формулировал единой теории гипноза и только в ответ на упорные расспросы его учеников и последователей выражал свое мнение о теоретических его аспектах. Его ученики Росси, Хейли, Зейг и многие другие провели большую работу по анализу, классификации и каталогизации эриксоновского подхода (статей и лекций, стенограмм и аудиозаписей, наблюдений за его работой и обсуждений ее с ним). Они выпустили в свет несколько книг, написанных совместно с Эриксоном или отдельно, где отражены и их собственные позиции в направлении дальнейшего углубления и развития этого перспективного подхода в гипнотерапии и психотерапии в целом.

Эриксоновскому подходу свойственно расширенное понимание гипнотического состояния, представляющего собой разновидность измененного или трансового состояния сознания. Гипнотический транс, согласно Эриксону, это последовательность взаимодействий гипнотерапевт — пациент, приводящая к поглощенности внутренними восприятиями и вызывающая такое измененное состояние сознания, когда Я пациента начинает проявляться автоматически, то есть без участия сознания. Эриксоновский гипнотерапевт действует в соответствии с принципом утилизации, согласно которому стереотипы самопроявления пациента рассматриваются как основа возникновения терапевтического транса. Это требует не стандартизованных воздействий, а приспособления гипнотерапевта к текущему поведению пациента, а затем руководства им. Транс возникает из межличностного взаимодействия на уровне ощущений, когда гипнотерапевт подстраивается к пациенту, тем самым позволяя обеим сторонам становиться все более восприимчивыми по отношению друг к другу.

Микродинамика наведения гипнотического транса и внушения состоит из следующих стадий: 1) фиксация внимания; 2) депотенциализация установок сознания; 3) бессознательный поиск; 4) гипнотический отклик.

В стадии фиксации внимания важно обеспечить и поддерживать его сосредоточение с помощью: 1) рассказов, которые интересуют, мотивируют, увлекают пациента; 2) стандартной фиксации взгляда; 3) пантомимы и невербального общения в целом; 4) воображения или визуализации; 5) левитации руки; 6) релаксации и др. способов.

Вторая стадия — депотенциализация установок сознания — осуществляется, когда удается зафиксировать внимание и фокус внимания автоматически сужается до той степени, при которой обычные системы отсчета пациента становятся уязвимыми для депотенциализации. Для того, чтобы обойти и депотенциализировать сознательные процессы, используются: 1) шок, удивление; 2) отвлечение внимания; 3) диссоциация; 4) когнитивная перегрузка; 5) замешательство и др. способы.

Эриксон часто использовал «сюрприз — неожиданность», чтобы «встряхнуть» человека из его привычных паттернов ассоциаций, пытаясь развить его естественные способности к бессознательному творчеству. Можно привести пример, когда он неожиданно позволил пациенту реагировать на внушение левитации руки индивидуальным образом. Субъект, у которого после внушения поднялась и зависла рука, пытается сознательно её опустить, толкая её вниз все сильнее и сильнее. Эриксон сказал ему: «Это довольно интересно, по крайней мере для меня. Я думаю, что и Вам станет интересно, когда Вы откроете, что не можете перестать толкать руку вниз». Он вызвал шок и удивление, которые на мгновение затормозили систему представлений субъекта. Именно в этот момент Эриксон добавил внушение: «Вы обнаруживаете, что не можете перестать толкать руку вниз». Субъект думал, что он сопротивляется. Мысль, что он не сможет остановиться, оказалась для него абсолютно неожиданной, и к тому моменту, когда она до него дошла, то оказалась полностью сформировавшейся идеей. И он, к своему удивлению, обнаружил, что не может прекратить толкать руку вниз, и спросил: «Что произошло?» Эриксон сказал: «По крайней мере, Ваши руки вошли в транс. Вы можете встать?» Этот простой вопрос явился развитием фразы и распространился на ноги. Разумеется, он не мог встать.

Прием замешательства явился одним из наиболее эффективных компонентов в техниках наведения транса и внушения. В то время как другие психотерапевты, так же как и большинство людей, обычно пытаются найти способ достичь максимальной ясности в общении, Эриксон намеренно развил в себе умение общаться так, чтобы это вызывало у людей замешательство. Основной момент здесь — кажущееся случайным и непреднамеренным вмешательство, препятствующее спонтанному реагированию субъекта на реальную ситуацию. Это вызывает состояние неопределенности, фрустрированности и замешательства, в результате чего человек с готовностью принимает гипноз как средство разрешения ситуации. Метод создания замешательства утилизирует все, что бы не делал пациент с целью противодействия трансу, в качестве основы, позволяющей вызвать транс. Замешательство может быть осуществлено посредством прерывания какого-либо стереотипа. В частности, одной из такого рода процедур является наведение гипнотического транса рукопожатием. Суть её в неожиданности, которая разрывает обычные рамки существования субъекта, чтобы вызвать мгновенное замешательство. В письме к Вайценхофферу в1961 г. Эриксон описывал свой подход к наведению транса рукопожатием как способ вызывать каталепсию. Примером использования этой техники является описание им одного из своих «пантомимических наведений», где надо было обойти языковый барьер. К подготовленной для демонстрации субъекту-женщине Эриксон подошел и с улыбкой протянул ей правую руку, она протянула свою. Он медленно пожал руку, глядя ей прямо в глаза, как и она — ему, и медленно перестал улыбаться. Отпуская её руку, он сделал это определенным необычным образом, выпуская её из своей руки понемногу и слегка, нажимая то большим пальцем, то мизинцем, то безымянным, все это — неуверенно, неровно, как будто колеблясь и так мягко убирая свою руку, чтобы она не почувствовала, когда именно он её уберет и до какой части её руки дотронется в последний раз. Одновременно он медленно изменил фокусировку своего взгляда, дав ей минимальный, но ощутимый сигнал, что смотрит не на неё, а сквозь её глаза куда-то вдаль. Её зрачки медленно расширились, и тогда Эриксон мягко отпустил её руку совсем, оставив её висеть в положении каталепсии. Легкое давление на запястье, направленное вверх, заставило её руку немного подняться.

Еще один прием замешательства, первоначально разработанный Эриксоном для возрастной регрессии, состоит в дезориентации во времени. В главных своих чертах метод «путаницы» состоит в том, что внимание пациента сосредоточивается с помощью беседы на каких-то нейтральных, повседневных действиях (например, еде), а затем постепенно выполняются различные маневры, создающие замешательство и вызывающие дезориентацию (например, быстрая смена точек отсчета времени, введение несуразностей, ускорение темпа речи). В качестве примера можно привести фрагмент текста начала наведения Эриксоном гипнотического транса: «...и Вы, возможно, ели сегодня что-то такое, что ели и раньше, может быть, на прошлой неделе или на позапрошлой неделе... и возможно, будете есть то же самое снова на следующей неделе или еще через неделю... и может быть, тот день на прошлой неделе, когда Вы ели то, что ели сегодня, был тогда сегодняшним днем точно так же, как этот день сейчас — сегодняшний. Другими словами, то, что было тогда, возможно, совсем как то, что есть сейчас... может быть, это был понедельник, как сегодня, или вторник, не знаю... и, может быть, в будущем Вы будете есть то же самое снова в понедельник или во вторник, но нельзя исключить и среду, пусть даже это середина недели... И что на самом деле означает быть серединой недели? Я, по правде, не знаю, но я знаю, что в начале недели воскресенье идет перед понедельником, а понедельник перед вторником, а вторник после воскресенья, если не считать того, когда он за пять дней до него...» и так далее движение во времени, перепутывая и сменяя представления и события в настоящем, прошлом и будущем времени.

В рамках недирективного (неавторитарного) гипнотического транса используются такие приемы, как импликация (подразумевание), связка и двойная связка, диссоциация, ратификация, идеомоторный сигналинг, составные внушения и многие другие способы косвенного внушения. Психологическая импликация — это ключ, который автоматически устанавливает переключатели ассоциативных процессов пациента в предсказуемые паттерны без осознания того, как это происходит. Примеры импликаций: «Если Вы сядете в это кресло, можете затем войти в транс», «Разумеется, Ваша рука не онемеет, пока я не сосчитаю до пяти». Прием связки предлагает выбор из двух или более сравниваемых альтернатив, то есть какой бы выбор ни был сделан, это направит пациента в нужную сторону. Пример связки: «Какой транс Вы хотели бы испытать — легкий, средний или глубокий?». Двойные связки, наоборот, предлагают возможности поведения, которые находятся вне обычного для пациента сознательного выбора и контроля. Пример двойной связки: «Какая рука, правая или левая, сначала непроизвольно шевельнется, двинется в сторону, поднимется вверх или надавит вниз?». Диссоциация между сознательным и бессознательным как наиболее существенный механизм развития гипнотического транса возникает как автоматически, так и с помощью определенных стимулов и заданий. Диссоциация может возникнуть при возложении одной из задач на сознательный уровень функционирования пациента, а другой — на бессознательный. Использование разного тона голоса или различных уровней смысла нередко приводит к такому же результату. Примеры диссоциаций: «Ваше сознание может слушать мой голос, а Ваше подсознание может чувствовать комфорт...», «Ваше сознание может сомневаться и вести внутренние диалоги, а Ваше бессознательное может проявляться осмысленным, неоспоримым образом и погружать Вас в транс».

Все позитивные изменения в структуре личности пациента, в его представлениях, эмоциях или поведении должны быть следствием обучения, возникающего во время гипноза, а не прямым результатом конкретного гипнотического внушения. Гипноз не столько создает для пациента новые возможности, сколько обеспечивает доступ к существующему у него опыту, способностям, знанию, потенциалу, помогая более эффективному их использованию. Гипноз позволяет проводить психотерапию на бессознательном уровне. Сам Эриксон называл свой терапевтический стиль натуралистическим или утилизационным подходом. Основной принцип данного подхода состоит в том, что необходимо использовать любые убеждения, ценности, установки, эмоции или формы поведения, проявляемые пациентом, чтобы вызвать у него переживания, способствующие психотерапевтическим изменениям Терапевтическое воздействие в значительной мере облегчается, если гипнотерапевт погружается в межличностный внешнеориентированный транс (этот аспект поведения гипнотерапевта подробно разработан Гиллигеном), в котором все его внимание поглощено пациентом. Использование в трансе идеомоторного сигналинга (непроизвольные движения пальцев, покачивание головы), а затем автоматического рисунка и автоматического письма по аналогии со сновидениями и фантазиями открывает прямой доступ к пониманию бессознательного. В процессе гипнотерапии пациент постепенно становится готовым к тому, чтобы произошел перенос психотерапевтически значимого обучения с бессознательного уровня на сознательный.

Эриксоном разработан еще один из важных психотерапевтических подходов — гипнотическая проекция пациента в воображаемое успешное будущее с последующим анализом его реакций и переживаний, приведших к такому результату. Затем следует постгипнотическое внушение бессознательному, с помощью которого пациент осуществляет все те конкретные вещи, которые, как бессознательное уже показало, приведут к успеху. Этот процесс и является наиболее существенным аспектом подхода Эриксона. Активно используется также возможность в гипнозе погружения в прошлые события. Это перемещение в пространстве и времени дает возможность пациенту повторно пережить в регрессии прошлое патогенное событие и отреагировать на него более конструктивным образом, чем было в исходном положении. При этом важно защитить пациента от боли воспоминания с помощью диссоциативной отстраненности от переживаемого или с помощью амнезии. Диссоциация, отстраненность или отделение субъективного от объективного — еще одна из гипнотических форм, часто используемых Эриксоном. Диссоциативная стратегия полезна для успешности некоторых специфических форм обучения (например, анестезии или эмоциональной объективности), позволяет проводить психотерапевтические воздействия без участия сопротивления и мешающих субъективных реакций. Метод «рассеяния», или встроенных внушений, также широко применяется в эриксоновском гипнозе. Встроенные внушения (например, фраза «преодолей это»), недоступные сознательному восприятию с позиции отнесения к себе и запечатлеваемые в подсознании пациента, могут быть использованы не только в рамках формального гипноза, но и применены в ходе любого психотерапевтического общения. Легкое изменение громкости во время произнесения встроенного внушения, введение небольших пауз перед внушением и после него, упоминание имени пациента — все это способствует усилению воздействия рассеянных внушений.

Эриксон считается непревзойденным мастером использования метафорических историй в лечебных целях. Он совместно с Росси предположил, что поскольку симптомы эмоционального происхождения являются сообщениями на языке правого полушария, то использование метафор позволит напрямую общаться с правым полушарием, то есть с бессознательным на его собственном языке. События метафорической истории должны чем-то напоминать события актуальной проблемы пациента и иметь решения этой проблемы. Это могут быть истории о других пациентах, притчи и сказки, события из жизни, но могут быть и новые метафоры, сконструированные гипнотерапевтом для данного пациента и содержащие в себе скрытые от сознательного контроля намеки на способы решения его проблемы.

Эффективное использование гипноза, как и психотерапии в целом, в эриксоновском подходе не ограничивается какими-то особыми техниками. Более важным является осознание и принятие реальности вместе с готовностью и способностью использовать все, что она предлагает для достижения желаемых результатов. При использовании эриксоновского гипноза происходят такие изменения, которые воспроизводят и поддерживают сами себя и приводят к дальнейшим изменениям. Это происходит прежде всего потому, что изменения были направлены на внутренний рост и самораскрытие пациента.

Основные различия классического и эриксоновского гипноза представлены в табл. 9.

**Таблица 9. Основные различия классического и эриксоновского гипноза**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дифференциальные критерии | Классический гипноз | Эриксоновский гипноз |
| Атрибуция лечебного воздействия | Метод и конкретный психотерапевт | Саногенные ресурсы пациента |
| Стратегия взаимоотношения приемов гипноза — психотерапевта — пациента | Пациент настраивается на работу с данным психотерапевтом в рамках предпочитаемых им приемов | Психотерапевт готовится работать с данным пациентом, подстраивает для него приемы |
| Гипнабельность | Считаются негипнабельными 5-20 % пациентов | Все пациенты считаются гипнабельными, негипнабельность расценивается как проявление методической ригидности психотерапевта и необходимости подбора других приемов гипнотизации |
| Параллельно возникающие трансовые состояния сознания самого психотерапевта | Воспринимаются как помеха, преодолеваются | Эксплуатируются для раскрепощения интуиции и эмпатии психотерапевта, подстройки к пациенту и для повышения сенсорной восприимчивости; контроль над ситуацией предоставляется котерапевту-наблюдателю |
| Лечебные формулировки | Четкие и рациональные (хотя гипнотические внушения адресуются бессознательному) с акцентированием на симптоме | Расплывчатые, с высокой разрешающей возможностью подключения субъективной реальности пациента, и оставляющие простор для «самодеятельности» его саногенных ресурсов |
| Нозологические и личностные противопоказания | Имеются | Практически отсутствуют; сам пациент решает, какие изменения и в каком объеме должны происходить |

*Наркогипноз* относится к методам суггестивной психотерапии. Сущность наркогипноза заключается в том, что сеансу гипнотерапии предшествует введение наркотических средств, облегчающих наступление гипнотического сна или усиливающих его глубину. Телешевская выделяет наркогипноз, когда снотворные применяются малогипнабельным больным, вызывая у них состояние сонливости, и гипнонаркоз, применяемый к более внушаемым субъектам, когда присоединение снотворных средств повышает терапевтическую активность гипноза.

Поскольку заблаговременный прием наркотического препарата должен вызвать у пациента дремотное состояние к моменту начала сеанса гипнотерапии, следует учитывать фармакодинамические особенности того снотворного, которое собираются применить. Поэтому первые 2-3 комбинированных применения снотворного с гипнозом часто являются пробными, после чего врач определяет индивидуальную дозу снотворного и оптимальное время его приема больным. При проведении наркогипноза чаще используют амитал-натрий (0,2-0,3) или другие снотворные средства, которые через 25-30 мин вызывают дремотное состояние. Телешевская относит наркогипноз к одному из видов наркопсихотерапии. По ее мнению, наркогипноз может применяться и как основной, и как вспомогательный прием наркопсихотерапии. Продолжительность сеанса 30-60 мин, формулы внушения повторяются каждые 8-10 мин. Врач говорит о благотворном воздействии вводимого лекарственного препарата и гипноза, которые принесут больному полноценный отдых, сон, душевный покой, высокий жизненный тонус, уверенность в себе, хорошее самочувствие и настроение.

Наиболее эффективно применение наркогипноза для устранения затяжных и трудно поддающихся лечению истерических моносимптомов и фобических состояний, при повышенной эмоциональной возбудимости и лабильности настроения, длительной бессоннице, сексуальных расстройствах, а также при соматических заболеваниях с преобладанием функциональных нарушений.

*Наркопсихотерапия* — методический прием в суггестивной психотерапии, используемый для повышения внушаемости путем введения барбитуратов.

Выделяются следующие разновидности наркопсихотерапии: 1) внушение на фоне кратковременного или продленного неполного наркоза; 2) наркогипноз; 3) метод многократных внутривенных введений препарата; 4) комбинированная наркопсихотерапия. Для наркоза используются растворы амитал-натрия, гексенала и др., чаще — 1-10 % раствор амитал-натрия и гексенала в дозах от 0,5 до 3 мл.

В динамике наркоза выделяют 3 стадии, имеющие различное значение при проведении наркопсихотерапии. Первая стадия — понижение общей активности и инициативы — характеризуется замедлением речи, гиподинамией, головокружением. Вторая стадия эмоциональных сдвигов наступает по мере дальнейшего введения препарата; в состоянии эйфории отмечается повышение общительности, оживленность, многоречивость. Продолжительность этой стадии колеблется от 10 мин до 1 ч. В третьей стадии наблюдается картина оглушения сэхолалией и персеверациями.

Наиболее широкое применение получило внушение на фоне кратковременного неполного наркоза. В состоянии эйфории с элементами оглушенности врачебные суггестивные воздействия становятся более эффективными. Препарат вводится в течение 3-4 мин, после чего врач императивно повторяет короткие, ясные формулы внушения. На фоне эйфории больные легче обретают чувство уверенности и впоследствии охотно выполняют различные задания.

Длительное состояние амиталового (гексеналового) субнаркоза используют в терапии истерических моносимптомов (амавроз, астазия-абазия, мутизм и др.), стойкой ипохондрической симптоматики. После введения препарата в течение 15-20 мин проводится внушение и предлагаются тренировочные упражнения (ходьба — при астазии-абазии, чтение вслух — при афонии).

При лечении больных с длительной бессонницей после введения 1-2 мл 1-3 % раствора амитал-натрия используются обычные формулы внушения, как при погружении больного в гипнотическое состояние. Сеанс наркопсихотерапии продолжается от 30 мин до 1 ч, формулы внушения повторяются каждые 8-10 мин. В случае физиогенных астений при тревожно-депрессивном фоне настроения могут проводиться многократные введения барбитуратов (амитал-натрия, гексенала), через день до 20 инъекций. Используется только эйфоризирующее действие препаратов, без внушения.

Наркопсихотерапия с помощью газовой смеси закиси азота и кислорода — один из вариантов наркопсихотерапии (Панько). При его проведении выделяются следующие этапы.

Первый этап — подготовительный, во время которого больному сообщаются сведения о методике, не только подчеркиваются ее преимущества перед другими (безвредность, высокая терапевтическая эффективность), но и опосредуется спектр действия закиси азота, указывается на положительное влияние вдыхаемого до и после подключения закиси азота чистого кислорода. Второй этап — этап предварительной оксигенизации — длится 1-2 мин. Больному предлагают равномерно и глубоко дышать и проводят уже непосредственное внушение, направленное на нормализацию обменных процессов в нервной ткани, на благотворное действие чистого кислорода. Третий этап — начинается с момента подачи закиси азота. Концентрация закиси азота повышается постепенно, начиная с 5 %.Все больные во время первого сеанса проходят 3 стадии первого уровня наркотического состояния (эйфории, сонливости, оглушенности). На последующих сеансах концентрация закиси азота устанавливается на нужной стадии наркоза и поддерживается на протяжении 4-6 мин, то есть достигается устойчивый уровень наркотического состояния, на фоне которого начинается внушение. Формула внушения строится индивидуально для каждого больного, зависит от клинической симптоматики, целей и задач каждого сеанса и направлена на снятие патологических нарушений. Внушение проводится в императивном тоне; во время внушения опосредуются ощущения, характерные для той или иной стадии наркотического состояния. Так, при эйфории формула внушения включает усиление чувства легкости, уменьшение напряжения, улучшение настроения; при сонливости — усиление возникающего чувства тяжести и состояния сонливости; при оглушенности — целебное действие, ощущения провала.

Четвертый этап — этап последующей оксигенизации — длится 1-2 мин. Внушение на этом этапе направлено на снятие психосенсорных ощущений, вызванных вдыханием закиси азота, и на достижение хорошего самочувствия.

Пятый этап — заключительный — начинается после снятия маски.

В это время эффект закиси азота проявляется в повышенной внушаемости и хорошем эмоциональном контакте между врачом и больным, поэтому проводится рациональная, личностно-ориентированная психотерапия, направленная на дезактуализацию психотравмирующей ситуации, перестройку отношения личности к болезни и активное преодоление жизненных трудностей. При наличии фобических проявлений необходим функциональный тренинг. Курс лечения обычно состоит из 10 сеансов, проводимых через день.

Во время первого сеанса положительно оценивается терапевтический эффект стадии эйфории больными с астено-депрессивным синдромом, стадии сонливости — больными с астено-агрипническим синдромом, стадии оглушенности — больными с астено-ипохондрическим и тревожно-фобическим синдромами. Концентрация закиси азота для достижения терапевтической стадии различна у разных больных и зависит от формы невроза: наименьшие дозы требуются для больных истерией, наибольшие — для пациентов с неврозом навязчивых состояний, средние дозировки — для больных неврастенией. Последующие сеансы психотерапии проводятся на той стадии, которая наиболее адекватна для данного больного, а концентрация закиси азота устанавливается сразу же с учетом формы невроза, что дает возможность сократить время достижения необходимой стадии наркопсихотерапии. У больных истерией стадия эйфории наступает на 10-15 % концентрации закиси азота, неврастенией — 20-25 %, у пациентов с неврозом навязчивых состояний — 30-35 %. Все больные независимо от формы невроза отмечают во время этой стадии положительные сдвиги в эмоциональном состоянии, веселость, окрыленность, легкость в теле. Эта стадия оценивается ими положительно. Для достижения сонливости концентрация закиси азота в подаваемой смеси у больных истерией должна составлять 20-25 %, неврастенией — 30-35 %, у пациентов с неврозом навязчивых состояний — 40-45 %. На этой стадии больные ощущают тяжесть в теле и голове, у них путаются мысли, появляется сонливость. Все пациенты с истерическим неврозом отрицательно оценивают эту стадию. Для достижения стадии оглушенности у больных истерией концентрация закиси азота должна составлять 30-35 %, неврастенией — 50 %, у пациентов с неврозом навязчивых состояний — 60 %. Все больные во время этой стадии отмечают, что перестают чувствовать тело, что у них исчезают все неприятные и болезненные ощущения, мысли, страх и возникает ощущение «провала». Особенно положительно эту стадию оценивают пациенты с неврозом навязчивых состояний. Наиболее эффективной наркопсихотерапия с помощью газовой смеси закиси азота и кислорода оказывается при длительности заболевания до 1 года, то есть у больных с острым течением невроза, и менее эффективной — при неврозах с затяжным течением; наибольший эффект отмечается у больных истерическим неврозом, а наименьший — при неврозе навязчивых состояний; более результативна при лечении больных с астено-депрессивным и астено-агрипническим синдромами, менее — при лечении больных с астено-ипохондрическим синдромом. В литературе подчеркиваются преимущества наркопсихотерапии с помощью газовой смеси закиси азота и кислорода перед наркопсихотерапией с использованием амитал-натрия. Это выражается, во-первых, в более высокой эффективности лечения, во-вторых, в более раннем наступлении стойкого терапевтического эффекта, в-третьих, в длительности и стойкости эффекта, подтверждаемого катамнестически.

При лечении больных неврозами данный метод наркопсихотерапии может применяться самостоятельно, поскольку включает в себя как непосредственное действие самого вещества на организм — вегетотропное, аналгезирующее, спазмолитическое, так и психотерапию. Быстрое исчезновение фазовых состояний позволяет сочетать императивное внушение с рациональной психотерапией за счет установления положительного эмоционального контакта и повышенной внушаемости больных, а также проводить функциональный тренинг.

**Контрольные вопросы**

1. К суггестивным психотерапевтическим воздействиям относится:

1) арттерапия;

2) гештальт-терапия;

3) гипнотерапия;

4) когнитивная терапия.

2. Способом наведения гипнотического транса по Эриксону является:

1) метод императивного шокового воздействия;

2) фасцинация;

3) метод множественной диссоциации;

4) фракционный метод.

3. Методика, при которой пациент сознательно регулирует свои физиологические функции, получая информацию о их состоянии, называется:

1) аутогенная тренировка;

2) систематическая десенсибилизация;

3) биологическая обратная связь;

4) психогимнастика.

4. Метод наркопсихотерапии разработан:

1) Рожновым;

2) Консторумом;

3) Телешевской;

4) Лебединским.

**Лекция 6. Психоанализ и психоаналитически ориентированная психотерапия**

План:

##### Динамическое направление в психотерапии.

1. Истоки психоанализа .Основные положения классического психоанализа З.Фрейда. Представления о сущности отклонения.
2. Базовые принципы психоаналитической терапии.
3. «Аналитическая психология» К.Г. Юнга. Основные положения теории К.Г. Юнга Тест словесных ассоциаций.
4. «Индивидуальная психология» и психотерапия А. Адлера. Представления о развитии личности. Представление о дефекте и компенсации. Виды компенсации.
5. Характерологический анализ по К. Хорни. Общее представление о конфликте в целом и невротическом конфликте в частности.
6. «Межличностная психиатрия» Г.С. Салливана. Основные теоретические положения. Виды организации опыта (прототаксический, паратаксический, синтаксический).
7. Транзактный анализ Э. Берна, представление о структуре личности. «Родитель», «взрослый», «ребенок». Понятие «транзакция». Виды транзакций.
8. Структуральный психоанализ Ж.. Лакана.
9. Психосинтез Р. Ассаджиоли.
10. Ограниченность применения психоанализа как и любого отдельно взятого направления психотерапии

Основой динамической психотерапии является достижение понимания динамики психической жизни индивида, основанное на концепции бессознательного. Динамическая (психодинамическая) психотерапия известна также под названием психоаналитической психотерапии, ориентированной на инсайт-терапии, эксплоративной психотерапии. В ней акцентируется внимание на воздействии прошлого опыта на формирование определенного стиля поведения — через особые когнитивные способы (защиты), межличностное взаимодействие и восприятие партнера по общению (перенос), — которому пациент следует в течение жизни и который таким образом влияет на его здоровье.

Динамическая психотерапия берет начало от классического психоанализа Фрейда. Согласно динамической психотерапии, определяющим в понимании природы человека и его болезней является то, что все психические феномены — это результат взаимодействия и борьбы интрапсихических сил. В соответствии с теорией конфликта инстинктов Фрейд описал основные силы в этой борьбе, которые участвуют в происхождении неврозов: «Человек заболевает в результате интрапсихического конфликта между требованиями инстинктивной жизни и сопротивлением им». Этиологию неврозов он считал сексуальной по природе. Психоаналитический подход включает пять фундаментальных принципов: динамический, экономический, структурный, принцип развития, принцип адаптации. На этих принципах основывается психоаналитическое наследие, для которого наиболее существенными являются следующие положения: 1) главное значение имеют человеческие инстинктивные импульсы, их выражение и трансформация и, что наиболее важно, их подавление, посредством которого удается избежать болезненных чувств или переживаний неприятных мыслей, желаний и воздействия сознания; 2) вера, что такое подавление является, по существу, сексуальным, что причиной расстройства является неправильное либидинозное, или психосексуальное, развитие; 3) идея, что корни неправильного психосексуального развития находятся в далеком прошлом, в детских конфликтах или травмах, особенно это касается родительского эдипова комплекса, выраженного в классическом желании противоположного по полу родителя; 4) уверенность в сопротивлении выявлению эдипова комплекса, его быстром восстановлении; 5) мысль о том, что, по существу, мы имеем дело с борьбой между биологическими внутренними импульсами (или инстинктами — Ид) и выступающим в роли защиты по отношению к внешней реальности Эго — в общем контексте моральных правил или стандартов (Супер-Эго); 6) приверженность концепции психического детерминизма, или причинности, согласно которой психические феномены, так же как и поведение, бесспорно, не изменяются случайно, а связаны с событиями, которые предшествуют им, и, если не делаются осознанными, невольно являются основанием для повторения.

Терапевтические изменения и лечебный процесс в динамической психотерапии своей конечной целью имеют осознание бессознательного (если сформулировать эту задачу в возможно более краткой форме). Это означает, что психотерапевт вызывает изменения, которые облегчают проявление и понимание пациентом бессознательного, в основном либидинозного содержания. Динамический психотерапевт ищет способ раскрытия у пациента преимущественно сексуального подавленного содержания и сопротивления этому, чего он добивается путем медленного, скрупулезного объяснения и разгадывания исторического значения психических явлений и косвенных форм, в которых выражаются закамуфлированные конфликты, лежащие в их основе. Понятно, что поэтому динамическая цель иногда значительно удалена. В лучшем случае данная концепция лечения означает возможность полной реорганизации личности при окончательном разрешении невротического конфликта. Наиболее важным проявлением этого служит разрешение эдипова комплекса, что традиционно считается необходимым для здоровой личности. Окончательная интеграция личности означает власть Эго над импульсами Ид, или, как следует из классики, «где было Ид, там будет Эго». Центральным в природе терапевтического взаимодействия в динамической психотерапии является постоянное осторожное внимание к особым отношениям между психотерапевтом и пациентом, что касается как субъекта, так и объекта анализа. Исторически были описаны две роли, или позиции, психотерапевта: первичная — с принятием во внимание явлений переноса, и более поздняя, вторичная, — с осуществлением рабочего, или терапевтического, союза. Первичная позиция базируется на рекомендациях Фрейда: 1) аналитик подобен зеркалу по отношению к пациенту, отражая только то, что дает пациент, и не внося собственные чувства (отношения, ценности, личную жизнь); 2) аналитик следует позиции отсутствующего, или роли воздерживающегося, то есть технические установки должны объединяться с этическими, для того чтобы предотвратить предложение психотерапевтом любви пациенту, которой тот страстно желает. Сравнительно недавно возникшая концепция рабочего, или терапевтического, союза отражает альтернативные, нерегрессивные, рациональные отношения между пациентом и психотерапевтом. В этом случае психотерапевт стремится к формированию реального и зрелого союза с сознательным, зрелым Эго пациента и поощряет его быть партнером в выявлении его трудностей.

Динамический подход реализуется преимущественно средствами вербализации, включающей свободные ассоциации пациента и анализ психотерапевтом реакций переноса и сопротивления. Анализ как задача психотерапевта облегчается четырьмя специфическими процедурами: конфронтацией, прояснением (кларификацией), интерпретацией и прорабатыванием. Методика свободных ассоциаций с самого начала является основным способом взаимодействия психотерапевта с «бесцензурным» содержанием психики пациента. Она служит главной процедурой для выявления «сырого» материала, на котором базируется анализ. Анализ включает также освещение сновидений, которые Фрейд считал «королевской дорогой к бессознательному». Конфронтация обращена к распознаванию пациентом специфических психических явлений, подлежащих исследованию; прояснение предполагает помещение явлений в «резкий фокус», чтобы отделить важные аспекты от незначительных; интерпретация следует за полученным материалом, определяя (в вопросительной форме) основной смысл или причину события; прорабатывание обращено к повторению, постепенному и тщательно разработанному исследованию интерпретаций и сопротивлений до тех пор, пока представленный материал не интегрируется в понимание пациента. Интерпретация является наиболее важной процедурой, а прорабатывание — самой длительной частью психотерапии. Прорабатывание обязательно включает самостоятельную работу пациента вне психотерапевтических часов.

Динамическая психотерапия представлена многочисленными зарубежными и реже — отечественными вариантами этого направления.

За рубежом прототипом психодинамического направления является классический психоанализ, а варианты динамической психотерапии на практике представлены явными и скрытыми модификациями теоретических концепций и технических приемов Фрейда. Они включают попытки: частичного или полного смещения биологического фокуса в межличностные, социальные, этические и культурные сферы (индивидуальная психология Адлера, характерологический анализ Хорни, интерперсональная психотерапия Салливана, гуманистический психоанализ Фромма, интенсивная психотерапия Фромм-Райхманн, биодинамическая концепция Массермана); расширения или усиления Эго за счет более ранних или адаптивных свойств (Эго-анализ Кляйн); ориентировки во времени посредством сосредоточения внимания на первобытном прошлом человека (аналитическая психология Юнга), на его настоящем и/или будущем (индивидуальная психология Адлера, активная аналитическая терапия Штекеля); расширения лечебных процедур путем изменения диапазона и целей лечения (волевая терапия Ранка, Чикагская школа Александера, секторная терапия Дойча); развития принципов краткосрочной психотерапии с ее провоцирующими тревогу приемами (краткосрочная динамическая психотерапия Сифнеоса, Малана); пересмотра роли личности психотерапевта и отношения к пациенту за счет превращения психотерапевта в более непосредственного, гибкого и/или активного участника психотерапевтического процесса (Адлер, Салливан, Ранк, Штекель, Александер); восстановления психофизического баланса человека путем акцента на физической части психофизической организациии (биодинамическая концепция Массермана, психобиологическая терапия Майера) и/или замены традиционного вида лечения, ориентированного на характер инсайта, на такой, который возвращает к катарсису раннего периода путем телесного освобождения от конфликтогенного напряжения (характерологический анализ Райха) и др.

Таким образом, основные категории динамической психотерапии (по Карасу) кратко могут быть сформулированы в следующем виде: концепция патологии основана на признании существования конфликтов в сфере ранних либидинозных влечений и желаний, которые остаются вне сознания, то есть бессознательны; здоровье достигается при разрешении таких конфликтов путем победы Эго над Ид, то есть через усиление Эго; желательные изменения — это достижение глубокого инсайта (понимание далекого прошлого, то есть интеллектуально-эмоциональные знания); временной подход является историческим, фокусируется на субъективном прошлом; лечение требуется, как правило, долговременное и интенсивное; задача психотерапевта заключается в понимании содержания бессознательной области психики пациента, ее исторического, скрытого значения; психотерапевтическая техника основана на интерпретации свободных ассоциаций, анализе переноса, сопротивления, обмолвок и сновидений; лечебная модель является медицинской и авторитарной: врач — пациент или родитель — ребенок (то есть терапевтический союз); психотерапевт выполняет интерпретирующую и отражающую роль и занимает недирективную, бесстрастную или фрустрирующую позицию.

Из отечественных видов психотерапии к динамическому направлению могут быть отнесены патогенетическая психотерапия Мясищева и личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова.

Ниже будет раскрыто содержание основных концепций динамической психотерапии.

**Классический психоанализ.** Этим термином обозначается: 1) направление глубинной психологии, рассматривающее бессознательное в качестве детерминанты развития и функционирования личности; 2) психотерапевтическая система, в основе которой лежит выявление особенностей переживаний и действий человека, обусловленных неосознаваемыми мотивами.

В работе «Эго и Ид» Фрейд писал: «Психоанализ — инструмент, дающий возможность Эго достичь победы над Ид». Он считал, что в психоанализе основные усилия направлены на то, чтобы «усилить Эго, сделать его более независимым от Супер-Эго, расширить сферу действия перцепции и укрепить его организацию...». Цель психоанализа Фрейд видел в том, чтобы сделать бессознательное сознательным; он утверждал, что «дело анализа — обеспечить, насколько это возможно, хорошие условия для функционирования Эго».

Ключевыми, определяющими понятиями психоанализа являются: свободные ассоциации, перенос и интерпретация.

Классическая аналитическая техника включает ежедневные (5 раз в неделю) встречи с пациентом, укладывание его на кушетку, избегание всяческих советов, прописывания лекарств, воздержание от управления его жизнью, ограничение высказываний интерпретациями и инструктирование по выполнению основного правила свободных ассоциаций. Психоанализ можно охарактеризовать как долгосрочную, интенсивную, интерпретативную психотерапию.

Техника свободного ассоциирования основана на трех предположениях: все мысли направлены к тому, что является значимым; потребность пациента в психотерапии и значение того, что его лечат, поведут его ассоциации в направлении значимого, за исключением того случая, когда действует сопротивление, сопротивление проявляет себя во время сеансов в невозможности свободно ассоциировать. В соответствии с инструкцией психоаналитика пациент должен выполнять «основное правило» , то есть сообщать свои мысли безоговорочно и не делать попыток сосредоточиваться во время этого.

Вторым ключевым понятием анализа является перенос, процесс, посредством которого пациент перемещает на психоаналитика чувства, мысли, фантазии и пр., вызванные ранее действовавшими в жизни пациента фигурами. Благодаря переносу больной наделяет психоаналитика значимостью другого, обычно ранее существовавшего объекта. Первое описание и обсуждение роли переноса дано Фрейдом в работе об истерии. Перенос является переживанием чувств, побуждений, фантазий и защит по отношению к личности в настоящем, которая не является подходящей для этого, но это есть повторение реакций, образованных по отношению к значимым фигурам раннего детства. Основная важность реакций переноса вытекает из того факта, что пациент испытывает в ситуации лечения и в отношении к психоаналитику все значимые человеческие чувства своего прошлого. Перенос — это особый вид отношений, главной характеристикой которого является переживание некоторых чувств, действительно обращенных к другой личности. На личность в настоящем пациент реагирует, как будто это личность из прошлого. Перенос есть повторение, новое «издание» старых объектных отношений. Это анахронизм, временная погрешность; имеет место перемещение: импульсы чувства и защиты по отношению к личности в прошлом перемещаются на личность в настоящем. Поскольку это бессознательное явление, человек, реагирующий чувствами переноса, большей частью не осознает искажения. Определение переноса включает 4 основных утверждения: перенос является разновидностью объектных отношений; явления переноса повторяют прошлое отношение к объекту; механизм перемещения играет важную роль в реакциях переноса; перенос является регрессивным феноменом.

Существует много способов классификации различных клинических форм реакции переноса. В соответствии с объектом переноса и повторяемой стадией развития сексуальности перенос может быть отцовским, материнским, эдиповым, доэдиповым. Перенос может быть объектным или нарциссическим в соответствии с тем, представляет ли пациент своего психоаналитика как внешнюю персону, от которой он зависит, которую он любит или ненавидит, или как часть самого себя. Перенос может быть положительным или отрицательным в зависимости от того, расценивает ли пациент психоаналитика как доброжелательную фигуру или недоброжелательную.

В работе «Воспоминание, повторение и тщательная проработка» Фрейд описал невроз переноса, когда во время психоанализа пациент замещает свой обычный невроз этим неврозом, вовлекая психоаналитика. Автор использовал это понятие, чтобы обозначить совокупность реакций переноса, в котором анализ и психоаналитик становятся центром эмоциональной жизни пациента, а невротический конфликт больного вновь оживает в аналитической ситуации. Психоаналитическая техника направлена на то, чтобы обеспечить максимальное развитие невроза переноса.

Контрперенос описан Фрейдом в работе «Рекомендации врачам, практикующим психоанализ», где подчеркивается необходимость для психоаналитика «психоаналитического очищения». Для того чтобы разрешить перенос, психоаналитику необходимо соблюдать анонимность: «Врачу следует быть непроницаемым для своих пациентов, и, как зеркало, он не должен показывать им ничего, кроме того, что показывают ему». Автор видел в переносе существенную часть терапевтического процесса: «В конечном счете каждый конфликт должен быть переведен в сферу переноса».

Следующим ключевым понятием психоанализа является интерпретация. В своих заявлениях психоаналитик приписывает сновидениям, симптомам и цепочке свободных ассоциаций пациента некоторое дополнительное значение по сравнению с тем, как расценивает эти феномены сам пациент. Интерпретация переноса устанавливает связь между поведением и ассоциациями пациента и его отношением к психоаналитику. Интерпретация содержания относится к бессознательным импульсам и фантазиям и не касается тех защитных процессов, которые поддерживают их в качестве бессознательных. Прямые интерпретации основываются только на знании психоаналитиком символики, безотносительно к ассоциации пациента. Корректные интерпретации адекватно объясняют интерпретируемый материал, формулируются таким образом и сообщаются в такое время, что обладают актуальностью для пациента.

Интерпретация является наиболее важной аналитической процедурой. Процесс анализирования включает конфронтацию, когда явление должно стать очевидным для сознательного Эго пациента. Прояснение относится к тем действиям, которые имеют целью поместить анализируемый психический феномен в четкий фокус. Следующий шаг при анализировании — интерпретация, которая в психоанализе является окончательным и решающим действием. Интерпретировать — значит делать неосознанные феномены осознанными. Функция интерпретации направлена на увеличение самосознания, способствует интеграции благодаря осознаванию пациентом внутренних процессов. Последний шаг в анализировании — тщательная проработка. Этот термин относится к комплексу процедур и процессов, которые наблюдаются после инсайта.

Классическим примером интерпретации служит толкование сновидений. Психоанализ основан на убеждении, что сновидения имеют психологическое значение, подойти к которому можно через интерпретацию. Фрейд считал, что сновидения имеют первоначальный текст, оглашение которого наталкивается на цензуру, так что сновидение приходится переписывать в форме, непонятной цензору. Первоначальный набросок — это скрытое содержание, его переписывание составляет работу сновидений, а конечный, оглашаемый вариант есть видимое содержание. Автор утверждал, что сновидения выражают желания как исполненные: «Мысль, выраженная в желательном наклонении, заместилась представлением в настоящем времени».

Важным понятием в психоанализе является сопротивление, которое означает противодействие в ходе анализа превращению бессознательных процессов в сознательные. В состоянии сопротивления пациент отклоняет интерпретации психоаналитика. Термин «сопротивление» относится ко всем силам внутри пациента, которые находятся в оппозиции к процедурам и процессам психоаналитической работы. Сопротивление является повторением тех защитных операций, которые пациент использовал в своей обычной прошлой жизни. Все варианты психических явлений могут быть использованы для целей сопротивления, но, вне зависимости от того, что служит его источником, сопротивление действует через Эго пациента. Хотя некоторые аспекты сопротивления могут быть осознаны, значительная их часть остается бессознательной. Фрейд писал: «Сопротивление сопровождает лечение шаг за шагом. Каждая ассоциация, каждое действие личности при лечении включают сопротивление и представляют собой компромисс между силами, которые стремятся к выздоровлению, и силами, которые противодействуют этому».

Открытие сопротивления относится к периоду написания работы об истерии. Автор впервые употребил термин «сопротивление» в описании случая с Элизабет фон Р. Он пришел к заключению, что сила, сопротивляющаяся лечению, это та же самая сила, которая охраняет патогенные мысли пациентки. Цель одна — защита. «Незнание истерического пациента есть фактически нежелание знать».

В «Толковании сновидений» Фрейд часто ссылался на концепцию сопротивления. По его мнению, концепции сопротивления и цензуры тесно связаны друг с другом: «Цензура для сновидения то же, что сопротивление для свободной ассоциации... То, что прерывает прогресс аналитической работы, есть сопротивление».

В психоаналитической ситуации механизмы защиты проявляются как сопротивление. Автор употреблял эти термины как синонимы в большинстве своих работ. В течение курса психоанализа силы сопротивления используют все механизмы, формы, способы, методы и защиты, которые Эго применяет во внешней жизни пациента.

Анализ сопротивления включает несколько основных процедур. Психоаналитик должен: осознать сопротивление, продемонстрировать его пациенту, прояснить мотивы и форму сопротивления (какой специфический болезненный аффект заставляет пациента сопротивляться; какую конкретную форму и метод пациент использует для выражения своего сопротивления); интерпретировать сопротивление (выявить, какие фантазии или воспоминания являются причиной "аффектов и побуждений, которые стоят за сопротивлением; заниматься историей и бессознательными объектами данных аффектов и побуждений или событий во время анализа, вне анализа и в прошлом); интерпретировать форму сопротивления, для чего заниматься анализом этой и сходных форм деятельности во время и вне анализа; проследить историю и бессознательные цели этой деятельности в настоящем и прошлом пациента. Последняя процедура — тщательная проработка.

Тесно связано с сопротивлением понятие защиты — «общее название для всех специальных приемов, которые Эго использует в конфликтах, могущих привести к неврозу». Предназначение защиты в том, чтобы не допустить осознания импульсов, воспоминаний, предохранить Эго. Механизмы защиты могут побуждаться тревогой, обусловленной увеличением инстинктивного напряжения, угрозами Супер-Эго или реальной опасностью. Поскольку психический фактор, приводящий в действие защиту, должен воспринять угрожающий перцепт до того, как он становится доступным сознанию, Фрейд заменил понятие «сознание» на Эго, так как Эго является частично бессознательным и способно к автоматическим, бессознательным реакциям на изменения внутреннего напряжения. По мнению автора, неврозы обусловлены нарушениями в работе механизмов защиты.

Техника психоанализа связана с разработанными Фрейдом теорией общего психического развития, включающей понятия психического аппарата и стадий развития детской сексуальности, и теорией психологического происхождения неврозов.

Психический аппарат — центральное понятие метапсихологии автора психоанализа: «Мы предполагаем, что психическая жизнь есть функция аппарата, которому мы приписываем характеристики пространственной протяженности и составленности из нескольких частей, а именно Ид, Эго и Супер-Эго». Формулировки, в которых психическая деятельность помещается в ту или иную часть аппарата, называются топографическими; определения психической активности в терминах взаимодействия частей психического аппарата или изменений в его профиле называют структурными; формулировки, в которых постулируется движение энергии внутри психического аппарата, являются экономическими, включают понятия инстинкта, энергии, либидо.

В соответствии с психоаналитической теорией психическая активность бывает двух видов: сознательной и бессознательной. Первый вид активности представляет собой «непосредственно данное», которое «невозможно более полно объяснить никаким описанием». Предсознательное означает мысли, которые являются бессознательными в определенный момент времени, однако не подавлены и поэтому способны стать сознательными. Бессознательное — это часть души, в которой психические процессы являются бессознательными по функционированию, то есть воспоминания, фантазии, желания и т. д., существование которых можно только подразумевать или которые становятся сознательными только после преодоления сопротивления. В 20-х годах Фрейд переименовал бессознательное в Ид, сознательное — в Эго. Бессознательное — это структура со специфическими свойствами: «Освобождение от взаимного противоречия, первичный процесс, вневременность и замещение внешней действительности психической — все это характерные черты, которые мы надеемся обнаружить у процессов, принадлежащих Системе Бессознательного».

Исторически понятие Ид возникает из понятия бессознательного. В ходе развития Ид предшествует Эго, то есть психический аппарат начинает свое существование как недифференцированное Ид, часть которого затем развивается в структурированное Эго. Ид содержит в себе все, что имеется в наличии с рождения, главным образом то, что заложено в конституции, следовательно, и инстинкты, которые порождаются соматической организацией и которые находят свое первое психическое выражение здесь, в Ид. По определению Фрейда, «Ид — темная, недоступная часть нашей личности. Мы приближаемся к пониманию Ид при помощи сравнения, называя его хаосом, котлом, полным бурлящих побуждений. Мы представляем себе, что у своего предела Ид открыто соматическому, вбирая оттуда в себя инстинктивные потребности, которые находят в нем свое психическое выражение. Благодаря влечениям Ид наполняется энергией, но не имеет организации...».

Эго — это структурное и топографическое понятие, относящееся к организованным частям психического аппарата, противопоставляемое неорганизованному Ид. «Эго — это часть Ид, которое было видоизменено под непосредственным влиянием внешнего мира... Эго репрезентирует то, что можно назвать разумом или здравым смыслом в противоположность Ид, которое заключает в себе страсти. В своем отношении к Ид Эго подобно всаднику, который должен сдерживать превосходящую силу лошади, с той разницей, что наездник старается сделать это при помощи своей собственной силы, тогда как Эго использует для этого позаимствованные силы». Развитие Эго подразумевает рост и приобретение функций, которые дают возможность индивиду все в большей степени подчинять себе свои импульсы, действовать независимо от родительских фигур и контролировать среду.

Супер-Эго — это та часть Эго, в которой развиваются самонаблюдение, самокритика и другие рефлексивные деятельности, где локализуются родительские интроекты. Супер-Эго включает бессознательные элементы, а исходящие от него предписания и торможения берут начало в прошлом субъекта и могут находиться в конфликте с его настоящими ценностями. «Супер-Эго ребенка строится собственно не по примеру родителей, а по родительскому Супер-Эго; оно наполняется тем же содержанием, становится носителем традиции, всех тех сохранившихся во времени ценностей, которые продолжают существовать на этом пути через поколения».

Фрейд делает вывод, что «значительные части Эго и Супер-Эго могут оставаться бессознательными, обычно являются бессознательными. Это значит, что личность ничего не знает об их содержании и ей требуется усилие, чтобы сделать их для себя сознательными».

Фрейд выделял два типа психологического функционирования. Первичный процесс мышления является характеристикой бессознательной психической активности. Он проявляется в конденсации и смещении, то есть образы имеют тенденцию сплавляться друг с другом и могут легко замещать или символизировать друг друга, используя свободную энергию, игнорируя категории пространства и времени, и направляются принципом удовольствия. Вторичный процесс мышления подчиняется заколам грамматики и формальной логики, то есть уменьшает неудовольствие от инстинктивного напряжения посредством адаптивного поведения. Фрейд считал первичные процессы мышления онтогенетически и филогенетически более ранними, рассматривал их как врожденно-неадаптивные, а все развитие Эго — как вторичное, служащее для их подавления. Примером первичных процессов служит сновидение, вторичных — мышление. Другими словами, в первичном процессе мышления, например в сновидении, идеи и образы относительно взаимозаменяемы, так что одна идея или образ легко символизирует другую идею или образ, тогда как во вторичном — сознательная, рациональная мысль, образ, представления и слова имеют относительно постоянную ценность и значение.

Фрейд пытался определить мышление в терминах перемещений энергии. В «Проекте научной психологии» он ввел понятие «катексисы», то есть кванты энергии, вложенные в отдельные умственные образы. В результате эти представления описываются как «заряженные». Связанная энергия относительно неподвижна и характерна для структурированных частей психического аппарата, то есть для Эго и вторичных процессов, тогда как вложения свободной, или подвижной, энергии служит отличительным признаком неструктурированных частей психического аппарата, то есть Ид и первичных процессов.

В работе «Три очерка по теории сексуальности» Фрейд дал определение понятию «либидо» как «меняющейся количественно силы, которой можно измерять все процессы и превращения в области сексуального возбуждения». Он считал, что либидо имеет источник — тело, или Ид, существует в различных формах, связанных со специфическими эрогенными зонами, и подразделяется на оральное, анальное, генитальное либидо; распределяется между различными структурами, или процессами, которые насыщают либидо.

Классический психоанализ утверждает, что взрослое поведение можно интерпретировать как совершенствование, или эволюцию, детского поведения. Процесс развития в целом представляет собой результирующую двух факторов: эволюции врожденных процессов и воздействия на эти процессы опыта. Классическая психоаналитическая теория выделяет две параллельные формы развития: развитие Эго, заключающееся в приобретении Эго-функций, которые увеличивают автономию, и сексуальное развитие, состоящее в преобразовании прегенитальных сексуальных и агрессивных побуждений во взрослую сексуальную и сублимированную деятельность.

Психоанализ постулирует ряд стадий развития детской сексуальности, через которые индивид проходит от младенчества до достижения латентного периода и которые синхронны с рядом стадий развития Эго: оральная, анальная, фаллическая и эдипова стадии; три первые вместе составляют доэдипову стадию. Они названы так потому, что рот, анус и пенис соответственно являются на протяжении этих стадий главными источниками сексуального наслаждения. В оральной стадии рот является главным источником удовольствия и, следовательно, центром познания, она начинается с момента рождения. Фиксированные на оральном уровне склонны сохранять рот в качестве главной эрогенной зоны и фиксироваться на матери (груди); для них характерны глубокие колебания настроения. В анальной стадии анус и дефекация являются главными источниками чувственного наслаждения. Овладение своим телом, особенно его сфинктерами, и социализация импульсов являются главными занятиями младенца. Когда мальчики проходят через фаллическую стадию, они поглощены не только своим пенисом, но также идеей потентности, половой зрелости, мужественности и силы. Эдипова стадия развития сексуальности и Эго находится между 3 и 5 годами. Комплекс Эдипа — группа в значительной степени бессознательных представлений и чувств, концентрирующихся вокруг желания обладать родителем противоположного пола. Согласно Фрейду, комплекс Эдипа — это универсальный феномен, заложенный в филогенезе и ответственный за бессознательное чувство вины. Разрешение комплекса Эдипа достигается обычно идентификацией с родителем того же пола и временным отречением от родителя противоположного пола, который «заново открывается во взрослом сексуальном объекте». Эдипово соперничество с отцом является причиной страха кастрации. Фрейд впервые упоминает о комплексе Эдипа в письме к своему другу в 1897 г., это представление возникло из самоанализа, который автор провел после смерти отца. Первая публикация, где описывается комплекс Эдипа, — «Толкование сновидений». Эдипов комплекс и комплекс кастрации являются единственными комплексами в классическом психоанализе.

Фрейд интерпретировал определенные черты характера как дериваты стадий развития сексуальности и развития Эго или как аналоги симптомов, то есть защитные процедуры. Он использовал две системы классификации — генетическую и клиническую. Генетические типы характера соотносятся с той или иной стадией развития сексуальности, от которой определенные черты характера и получают свое название; это оральный, анальный, фаллический, генитальный характеры. Клинические типы характера соотносятся с тем или иным психопатологическим состоянием, с которым они аналогичны или имеют максимальное сходство; отсюда истерический, обсессивный, фобический, шизоидный, депрессивный, маниакальный характеры. Оральный характер проявляется у лиц с фиксацией на оральной стадии. Типичными чертами его являются оптимизм и пессимизм, щедрость, легкая смена настроений, болтливость, жадность и склонность заниматься желанными размышлениями. Термин «анальный характер» используется для ссылки на реактивные образования, на анальный эротизм, компульсивные упрямство, аккуратность, скупость, но может относиться и к противоположным им чертам. Индивид с фаллическим характером понимает сексуальное поведение как проявление силы. Генитальный характер проявляется у личности, прошедшей полный анализ, которая разрешила свой комплекс Эдипа, «пробила себе дорогу» через прегенитальную амбивалентность и достигла генитального уровня психосексуального развития. Человек с генитальным характером полностью свободен от инфантильной зависимости.

В теорию развития сексуальности входит описание механизмов регрессии и сублимации. Регрессия — это защитный процесс, посредством которого субъект избегает тревоги через возвращение к более ранней стадии развития сексуальности и Эго; стадия, в которой происходит регрессия, детерминирована существованием точек фиксации. Теория регрессии предполагает, что более ранние модели поведения остаются в распоряжении субъекта как альтернативные способы действия. Поскольку регрессия не является эффективным защитным механизмом, она обычно сопровождается дополнительными процессами, предназначенными для предохранения Эго от ее последствий. Фрейд писал: «Сновидения в целом представляют собой пример регрессии к наиболее ранним формам существования спящего, это возврат в детство, к тем инстинктам и тем способам их выражения, которые доступны в этот ранний период». К регрессивным формам психической жизни он относит также невротические состояния. Сублимация — это связанный с развитием процесс, посредством которого инстинктивная энергия разряжается в неоинстинктивных формах поведения. Он включает перемещение энергии с объектов биологической значимости на объекты меньшей инстинктивной важности, освобождение деятельности от веления инстинктивного напряжения. Концепция сублимации объясняет эволюцию «высших функций» из низших. Все сублимации зависят от символизации, *а* все развитие Эго зависит от сублимации.

Классический психоанализ включает теорию психологического происхождения неврозов. В классической теории различаются следующие типы неврозов.

1. Психоневроз, который обусловлен причинами, относящимися к прошлому и объясним только в терминах личности и истории жизни. Существует 3 типа психоневрозов — истерическая конверсия, истерический страх (фобия) и невроз навязчивых состояний. Симптомы этих неврозов можно интерпретировать как конфликт между Эго и Ид.

2. Актуальный невроз обусловлен причинами, относящимися к настоящему, и объясним в терминах сексуальных привычек пациента. Он является физиологическим последствием нарушений в половом функционировании. Фрейд разграничил две формы: неврастению как результат половых излишеств и невроз тревоги как результат отсутствия облегчения от полового возбуждения.

3. Нарциссический невроз, при котором пациент не способен к образованию переноса.

4. Невроз характера — в этом случае симптомы являются чертами характера.

5. Травматический невроз, который вызывается потрясением.

6. При неврозе переноса, который развивается в ходе психоанализа, пациент проявляет навязчивый интерес к психоаналитику.

Психоанализ утверждает, что психоневрозы обусловлены невротическим конфликтом, то есть бессознательным конфликтом между побуждением Ид, стремящегося к разрядке, и защитой Эго, предотвращающей непосредственную разрядку или доступ к сознанию. Таким образом, конфликт является невротическим только в том случае, если одна сторона бессознательна и/или если он разрешается путем применения механизмов защиты, отличных от сублимации. Психоанализ рассматривает симптом как осуществление компромисса между подавляемым желанием и требованиями подавляющего фактора. Возникновение симптома обусловлено символизацией, которую Фрейд характеризовал как «древний, но вышедший из употребления способ выражения». Сложную роль в невротическом конфликте играет Супер-Эго. Именно Супер-Эго заставляет Эго чувствовать себя виноватым даже за символическую и искаженную разрядку, которая проявляется как симптомы психоневроза. Сознательно она ощущается весьма болезненно. Таким образом, все части психического аппарата участвуют в формировании невротического симптома.

Фрейд Зигмунд родился в 1856 г. в Моравии. С 4-летнего возраста почти 30 лет прожил в Вене. В 1873 г. поступил на медицинский факультет Венского университета и через 8 лет получил медицинскую ученую степень.

С 1885 г. преподавал в Венском университете. При поддержке своего первого научного руководителя Брюкке прошел стажировку у Шарко во Франции. В сотрудничестве с Брейером описал катарсический метод лечения истерии. В 1886 г. впервые использовал термин «психоанализ» и с этого времени посвятил всю свою жизнь развитию этого учения. Его учениками были такие известные ученые, как Адлер, Юнг, Ференци, Ранк, Абрахам, Джонс и др. Фрейд явился отцом психоанализа, основателем психодинамической теории личности, его работы стали отправной точкой развития крупного направления — глубинной психологии.

Основные труды: «Толкование сновидений» (1900), «Психопатология обыденной жизни» (1901), «Общие вводные лекции по психоанализу» (1917), «Очерк психоанализа», издана посмертно в 1940 г.

Фрейд умер в Англии в 1939 г.

**Аналитическая психология.** Одно из направлений психоанализа, автором которого является швейцарский психолог, психиатр и культуролог, теоретик и практик глубинной психологии Юнг. Основные понятия и методы аналитической психологии, сформулированы автором в тавистокских лекциях (Лондон, 1935). Структура психического бытия человека, по Юнгу, включает две фундаментальные сферы — сознание и психическое бессознательное. Психология — в первую очередь и по преимуществу наука о сознании. Она же и наука о содержании и механизмах бессознательного. Так как пока не представляется возможным непосредственное изучение бессознательного, поскольку неизвестна его природа, то выражается оно сознанием и в терминах сознания. Сознание — в значительной мере продукт восприятия и ориентации во внешнем мире, однако, по словам Юнга, оно не состоит целиком из чувственных данных, как утверждают психологи прошлых столетий. Автор оспаривал также позицию Фрейда, выводящего бессознательное из сознания. Он ставил вопрос противоположным образом: все, что возникает в сознании, вначале с очевидностью не осознается, и осознание вытекает из неосознанного состояния.

В сознании Юнг различал эктопсихические и эндопсихические функции ориентации. К эктопсихическим функциям сознания автор относил систему ориентации, имеющую дело с внешними факторами, получаемыми посредством органов чувств; к эндопсихическим — систему связей между содержанием сознания и процессами в бессознательном. В эктопсихические функции входят: 1) ощущение, 2) мышление, 3) чувство, 4) интуиция. Если ощущение говорит, что нечто есть, то мышление определяет, что есть эта вещь, то есть вводит понятие; чувство информирует о ценности этой вещи. Однако этими знаниями информация о вещи не исчерпывается, так как не учитывает категорию времени. Вещь имеет свое прошлое и будущее. Ориентация относительно этой категории и осуществляется интуицией, предчувствием. Там, где бессильны понятия и оценки, мы целиком зависим от дара интуиции. Перечисленные функции представлены в каждом индивиде с различной степенью выраженности. Доминирующая функция определяет психологический тип. Юнг выводил закономерность соподчиненности эктопсихических функций: при доминировании мыслительной функции подчиненной является функция чувства, при доминировании ощущения в подчинении оказывается интуиция, и наоборот. Доминирующие функции всегда дифференцированны, мы в них «цивилизованны» и предположительно обладаем свободой выбора. Подчиненные функции, напротив, ассоциируются с архаичностью в личности, бесконтрольностью.

Эктопсихическими функциями не исчерпывается сознательная сфера психического; ее эндопсихическая сторона включает: 1) память, 2) субъективные компоненты сознательных функций; 3) аффекты, 4) инвазии, или вторжения. Память позволяет репродуцировать бессознательное, осуществлять связи с тем, что стало подсознательным — подавленным или отброшенным. Субъективные компоненты, аффекты, вторжения еще в большей степени играют роль, отведенную эндопсихическим функциям, — являются тем самым средством, благодаря которому бессознательное содержание достигает поверхности сознания.

Центром сознания, по Юнгу, является Эго-комплекс психических факторов, сконструированный из информации о собственном теле, существовании и из определенных наборов (серий) памяти. Эго обладает огромной энергией притяжения — оно притягивает как содержание бессознательного, так и впечатления извне. Осознается только то, что входит в связь с Эго. Эго-комплекс проявляет себя в волевом усилии. Если эктопсихические функции сознания контролируются Эго-комплексом, то в эндопсихической системе лишь память, и то до определенной степени, контролируема волей. Еще в меньшей степени контролируются субъективные компоненты функций. Аффекты и вторжения и вовсе контролируются «одной лишь силой». Чем ближе к бессознательному, тем менее Эго-комплекс осуществляет контроль над психической функцией, другими словами, мы можем приблизиться к бессознательному только благодаря свойству эндопсихических функций не контролироваться волей. То, что достигло эндопсихической сферы, становится осознанным, определяет наше представление о себе. Но человек не статичная структура, он постоянно изменяется. Часть нашей личности, пребывающая в тени, пока неосознанная, находится в стадии становления. Таким образом, потенциалы, заложенные в личности, содержатся в теневой, неосознанной стороне.

Бессознательная сфера психического, не поддающаяся прямому наблюдению, проявляется в своих продуктах, переходящих порог сознания, которые Юнг делит на 2 класса. Первый содержит познаваемый материал сугубо личностного происхождения. Этот класс содержаний Юнг назвал подсознательным разумом, или личностным бессознательным, состоящим из элементов, организующих человеческую личность как целое. Другой класс содержаний, не имеющих индивидуального происхождения, автор определил как коллективное бессознательное. Содержания эти принадлежат типу, воплощающему свойства не отдельного психического бытия, а всего человечества как некоего общего целого, и, таким образом, являются коллективными по природе. Эти коллективные паттерны, или типы, или образцы, Юнг назвал архетипами.

Архетип — определенное образование архаического характера, включающее равно как по форме, так и по содержанию мифологические мотивы. Мифологические мотивы выражают психологический механизм интроверсии сознательного разума в глубинные пласты бессознательной психики. Сфера архетипического разума — ядро бессознательного. Содержания коллективного бессознательного не контролируются волей; они не только универсальны, но и автономны. Юнг предлагает 3 метода для достижения сферы бессознательного: метод словесных ассоциаций, анализ сновидений и метод активного воображения. Тест словесных ассоциаций, принесший Юнгу широкую известность, заключается в том, чтобы испытуемый как можно более быстро ответил на слово-стимул первым пришедшим ему в голову словом-ответом. Время каждой реакции фиксируется. Эксперимент после первого чтения повторяется снова. Юнг описал 12 различных типов нарушения реакции: увеличение времени реакции; реакция более чем одним словом; реакция, выраженная не словесно, а мимикой; неправильное воспроизведение и т. д. Нарушенные реакции рассматриваются как «индикатор комплекса». Под комплексом понимается сочетание ассоциаций, нечто вроде слепка более или менее сложной психологической природы — иногда травматического, иногда просто болезненного, аффектированного характера. Комплекс, связанный с физиологическими реакциями и обладающий собственной энергией, имеет тенденцию «образовывать как бы отдельную маленькую личность». Бессознательное, таким образом, состоит из неопределенного (неизвестного) числа комплексов, или фрагментарных личностей, персонификация которых может стать патологическим условием. В том случае, когда цель исследователя не выявление комплексов, а выяснение, «что бессознательное делает с комплексами», автор применял метод анализа сновидений.

Отдавая дань заслуге Фрейда, поставившего проблему сновидений в изучении бессознательного, Юнг в толковании снов занимал принципиально отличную от него позицию. Если, по Фрейду, сон есть «искажение, которое маскирует оригинал» и преодоление которого ведет к комплексам, согласно Юнгу, сон ничего не скрывает, он сам по себе закончен и целостен. Сон выполняет компенсаторную функцию, являясь «естественной реакцией саморегуляции психической системы». Юнг видел в сновидении сигнал бессознательного о том, что индивид «отклонился от собственного пути». Задача исследователя — понять этот сигнал, опираясь на чувства сновидца по поводу тех или иных образов сновидения, так как сны всегда являются реакцией на сознательную установку и ключ к их пониманию поэтому находится у самого сновидца. Появление в снах мифологических, архетипических образов свидетельствует о движении к целостности, индивидуальной завершенности. Другими словами, погружение в глубины бессознательного приносит исцеление. В связи с этим важное место в интерпретации сновидений Юнг отводил архетипическим, мифологическим образам. Процесс излечения является процессом идентификации с целостной личностью, с «самостью» — ключевым архетипом в аналитической психологии.

Важное место в психотерапии пациента — на пути к его целостности — Юнг отводил осознанию переноса. Психологический процесс переноса он рассматривал как частную форму более общего психологического механизма проекции, возникающей между двумя людьми. Перенос, по Юнгу, в отличие от фрейдовского понимания, несет не только эротическое, но и все активные содержания бессознательного. Эмоции спроектированных содержаний всегда образуют некое динамическое соотношение между субъектом и объектом — это и есть перенос, который по своему характеру может быть положительным и отрицательным. Перенос, возникающий в процессе анализа, часто свидетельствует о трудностях установления эмоционального контакта между врачом и пациентом — дистанцию между ними бессознательное пациента пытается «покрыть» и возводит компенсаторный мост. Интенсивность переноса пропорциональна важности проектируемого содержания, значительности его для пациента. Чем дольше практикуется содержание, тем больше аналитик заключает в себе эти «ценности» пациента. Задача психотерапевта — «вернуть» их пациенту, иначе анализ не будет завершен. Для снятия переноса необходимо добиться от пациента осознания субъективной ценности личностного и безличностного содержаний его переноса. Юнг выделял 4 стадии терапии переноса. На первой стадии пациент осознает факт проекции личностного бессознательного и вырабатывает субъективную оценку тех содержаний, которые создают проблему. Он должен ассимилировать эти образы со своим собственным психическим бытием, понять, что приписываемые объекту оценки являются его собственными качествами. Лечение невроза, означающее требование стать целостной личностью, предполагает «узнавание и ответственность за свое целостное бытие, за его хорошие и плохие стороны, возвышенные и низменные функции». Если снятие проекции личностных образов состоялось, но тем не менее перенос имеет место, наступает вторая стадия лечения — разделение личностных и безличностных содержаний. Проекция безличностных образов сама по себе носит опосредованный характер, поэтому аннулировать здесь можно лишь сам акт проекции, но никак не ее содержание. На третьей стадии терапии переноса происходит отделение личного отношения к психотерапевту от безличностных образов. Это существенная часть процесса, понимаемого Юнгом как «путь к себе», или «самореализация» , целью которой является осознание пациентом некоего центра внутри его психического бытия (но не внутри его Эго), позволяющее ему не связывать более свое будущее счастье, а иногда и жизнь с некими внешними посредниками, будь то люди, идеи, обстоятельства.

Значительную известность в психологии получило выделение Юнгом экстравертированного и интровертированного типов личности. Экстраверты весь свой интерес направляют на окружающий мир; объект действует на них, по выражению Юнга, как магнит, и как бы отчуждает субъекта от самого себя. У интровертов же вся жизненная энергия направлена на себя, на свое психическое бытие. В основе различий этих типов Юнг видит состояние аффективного напряжения. Высокое напряжение эмоций интроверта обусловливает длительность и яркость полученных им впечатлений; эмоциональная же насыщенность внешних впечатлений экстраверта быстро падает, не оставляя значительного следа, и лишь новизна объекта может вызвать быстро гаснущую эмоциональную вспышку. Слабая обращенность экстравертов на свой внутренний мир обусловливает, согласно Юнгу, инфантильность и архаичность сферы их бессознательной психики, проявляющиеся в эгоцентризме, эгоизме и тщеславии. Обращенность вовне выражается и в стремлении экстравертов произвести впечатление на окружающих. Прямо противоположным является психический облик интроверта. Предложенная Юнгом типология личности и в настоящее время используется в психоаналитической практике.

Юнг Карл Густав родился в 1875 г. в Швейцарии. Закончил медицинский факультет Базельского университета. В 1900 г. стал ассистентом, в дальнейшем близким сотрудником известного психиатра Е. Блейлера. Стажировался у Жане в Париже. В 1905 г. познакомился с научными трудами Фрейда и начал активное сотрудничество с ним. Фрейд считал Юнга своим научным преемником. В 1914 г. из-за теоретических разногласий прервал взаимоотношения с Фрейдом. Работал над созданием собственной теории, получившей название «аналитическая психология».

Основные труды: «Метаморфозы и символы либидо» (1913), «Психологические типы» (1921), «Воспоминания, сны, размышления» (1961).

Юнг умер в 1961 г. в Цюрихе в возрасте 85 лет.

**Индивидуальная психология.** Созданная Адлером, индивидуальная психология явилась крупным шагом вперед в понимании человека, неповторимости его уникального жизненного пути. Именно индивидуальная психология предвосхитила многие положения гуманистической психологии, экзистенциализма, гештальт-терапии и др.

Индивидуальная психология включает в себя такие понятия, как: жизненные цели, стиль жизни, схема апперцепции, чувство общественного и связанная с ним потребность в социальной кооперации, самость. Адлер полагал, что жизненные цели, мотивирующие поведение человека в настоящем, ориентирующие его на развитие и достижение исполнения желаний в будущем, коренятся в его прошлом опыте, а в настоящем поддерживаются актуализацией чувства опасности, незащищенности. Жизненная цель каждого индивидуума складывается из его личного опыта, ценностей, отношений, особенностей самой личности. Многие жизненные цели сформировались еще в раннем детстве и остаются до поры до времени неосознанными. Сам Адлер считал, что на его выбор профессии врача повлияли частые болезни в детстве и связанный с ними страх смерти.

Жизненные цели служат индивидууму для защиты против чувства беспомощности, средством соединения совершенного и могущественного будущего с тревожным и неопределенным настоящим. При выраженности чувства неполноценности, столь характерного для больных неврозами в понимании Адлера, жизненные цели могут приобретать преувеличенный, нереалистический характер (автором открыты механизмы компенсации и гиперкомпенсации). У больного неврозом часто наблюдается весьма значительное расхождение между сознательными и неосознаваемыми целями, в результате чего он игнорирует возможность реальных достижений и предпочитает фантазии на тему личного превосходства.

Стиль жизни — это тот уникальный способ, который выбирает человек для реализации своих жизненных целей. Это интегрированный стиль приспособления к жизни и взаимодействия с ней. Симптом болезни или черта личности могут быть поняты лишь в контексте стиля жизни, как своеобразное его выражение. Поэтому так актуальны сейчас слова Адлера: «Индивидуум как целостное существо не может быть изъят из своих связей с жизнью... По этой причине экспериментальные тесты, которые имеют дело в лучшем случае с частными аспектами жизни индивидуума, мало что могут сказать нам о его характере...»

В рамках своего стиля жизни каждый человек создает субъективное представление о себе и мире, которое Адлер называл схемой апперцепции и которое детерминирует его поведение. Схема апперцепции, как правило, обладает способностью самоподтверждения, или самоусиления. Например, изначальное переживание человеком страха приведет его к тому, что окружающая ситуация, с которой он вступит в контакт, будет восприниматься им как еще более угрожающая.

Под чувством общественного Адлер понимал «чувство человеческой солидарности, связи человека с человеком... расширение ощущения товарищества в человеческом обществе». В определенном смысле все человеческое поведение социально, поскольку, говорил он, мы развиваемся в социальном окружении и наши личности формируются социально. Чувство общественного включает ощущение родства со всем человечеством и связанность с жизненным целым.

Адлер полагал, что способность и потребность кооперироваться являются одной из важнейших форм приспособления людей к среде. Только кооперация людей, согласованность их поведения предоставляет им шанс преодоления действительной неполноценности или ощущения ее. Заблокированная потребность в социальной кооперации и сопутствующее ей чувство неадекватности лежат в основе неприспособленности к жизни и невротического поведения.

Афористично звучат слова Адлера: «Если человек сотрудничает с людьми, он никогда не станет невротиком».

Понятие самости, как и многие категории психоанализа, автор не относит к операциональным. Самость в его понимании тождественна творческой силе, с помощью которой человек направляет свои потребности, придает им форму и значимую цель. Формирование жизненной цели, стиля жизни, схемы апперцепции — акты творчества. Самость руководит и управляет индивидуальным реагированием на окружающее. По мнению Адлера, основным недостатком в понимании Фрейдом личности и сущности психотерапевтического процесса была недооценка уникальности человеческой судьбы. Самость — форма реализации этой уникальности, она активно формирует стиль жизни, отвергая одни переживания и избирательно принимая другие.

В концепции психотерапии Адлер выделял 3 аспекта: понимание и принятие пациентом индивидуального стиля жизни; помощь пациенту в понимании себя; тренировка и усиление социального интереса, потребности в социальной кооперации.

Как правило, сеанс психотерапии начинается с анализа индивидуального стиля жизни пациента, то есть поиска тех проблем, которые отражаются в поведении его на разных этапах онтогенеза. Этому помогает анализ самых ранних воспоминаний или наиболее значимых событий детства. Воспоминания, которые первыми придут на ум, по мнению Адлера, далеко не случайны, а соответствуют тем психологическим проблемам, которые пациент самостоятельно решить не мог как в прошлом, так и в настоящем. В рассказе пациента найдут отражение негативные обстоятельства, повлиявшие на его личностный рост, а именно — органическая неполноценность, эмоциональное отвержение или избыточное потворство со стороны родителей. Важно также обращать внимание на невербальные сообщения пациента — мимику, жесты, интонацию голоса, а также ключевые слова (глаголы), которыми он выражает прошлые действия (прообраз практики нейролингвистического программирования).

Сама психотерапия представляет собой процедуру, отличную от психоанализа Фрейда. В беседах с пациентом психотерапевт создает атмосферу безопасности, доброжелательности, сочувствия и поддержки. Он собирает материал, интегрирует те части прошлого и настоящего опыта больного, которые ускользали от его осознания. А затем возникшая вновь целостность «с улыбкой возвращается психотерапевтом пациенту». Непременными условиями психотерапии является установление визуального контакта и эмпатического раппорта.

Следующий шаг в психотерапии Адлера — оказание помощи пациенту в понимании себя. Что в прошлом опыте переживалось и переживается как слабость, недостаточность, некомпетентность? Какие цели ставит перед собой пациент, чтобы достигнуть невротических атрибутов превосходства? Если когнитивное осознание этих реалий пациентом достигнуто, то он оказывается готовым воспринять этот опыт и эмоционально, а в дальнейшем через выполнение конкретных заданий психотерапевта реализовать его в поведении. Наконец, сотрудничество психотерапевта и пациента становится предметом их совместного обсуждения. Что испытывает пациент по отношению к психотерапевту? Какие переживания из его раннего опыта он проецирует на психотерапевта? Пациент, удовлетворив свою потребность быть услышанным, понятым, принятым, становится способным открыться альтруистическому опыту и осознать собственную противоречивость. Своим новым поведением, интересом к проблемам ближних он инициирует изменения в социальном контексте, от которого, в свою очередь, сам зависит.

Таким образом, схема развития психотерапевтического процесса в индивидуальной психологии выглядит следующим образом: 1) вхождение психотерапевта в контакт с пациентом с помощью эмпатии, доброты, поддержки; 2) формирование ответственности пациента за успех лечения (сигналом о готовности его к сотрудничеству с психотерапевтом служит, в частности, желание вспомнить собственное прошлое); 3) когнитивное осознание пациентом жизненного стиля и проблем самости; 4) эмоциональное отреагирование и соприкосновение с ранее неосознаваемым чувственным опытом; 5) проверка в реальности нового опыта.

Адлер Альфред родился в Австрии в пригороде Вены в 1870 г. В детстве перенес несколько тяжелых заболеваний и упорно боролся со своей физической слабостью. В 18 лет поступил в Венский университет и получил медицинскую степень в 1895 г. С 1901 г. был активным участником дискуссионной группы по психоанализу, куда вошел по приглашению Фрейда. В 1911 г. из-за идейных разногласий прервал сотрудничество с Фрейдом и создал собственную теоретическую концепцию под названием «индивидуальная психология». В 1935 г. переехал в США, где преподавал психологию и продолжал работать психиатром.

Основные труды: «Практика и теория индивидуальной психологии» (1927), «Наука жизни» (1929), «Образ жизни» (1930), «Смысл жизни» (1931).

Умер в 1937 г. в Арбердине (Шотландия) во время поездки с циклом лекций.

Дальнейшее развитие психоанализа осуществлялось в рамках неопсихоанализа. Особую роль в нем сыграло направление, придающее большее, чем классический психоанализ, значение социокультурным факторам в развитии невроза, учитывающее влияние общества на выбор и формирование невротических симптомов. Оно получило название культурного психоанализа. Наиболее видными его представителями являются Хорни, Фромм, Райх, Салливан.

**Характерологический анализ Хорни.** Будучи одним из наиболее ярких представителей неопсихоанализа, Хорни формировалась в традициях учения Фрейда. Как и Фрейд, она подчеркивала важную роль бессознательных конфликтов. Вместе с тем концепция Хорни отличалась от ортодоксального психоанализа, который она нередко критиковала по нескольким направлениям, в частности в связи с обсуждением вопросов, касающихся женской сексуальности. Одно из принципиальных отличий концепции Хорни заключалось в уменьшении значения либидо, другое — в отрицании представления о том, что люди мотивированы преимущественно врожденными и запретными инстинктами, которые в конечном итоге сводятся к инцесту и глобальной деструкции. От Фрейда Хорни отличает также акцент на социальные, а не биологические детерминанты формирования здоровой и невротической личности.

Каждый человек, с точки зрения Хорни, обладает собственным личностным потенциалом развития, конструктивная реализация которого позволяет индивиду достигать цели, добиваться успехов, преодолевать трудности и постепенно становиться тем, кем он может и хочет стать. Психопатологические расстройства возникают только в том случае, если силы, способствующие позитивному росту и развитию, блокируются внешними социальными факторами. В ребенке, растущем в здоровой социальной среде, развивается чувство принадлежности к безопасному и обучающему окружению. Ребенок, родители или воспитатели которого не способны проявлять любовь, заботу и уважение к его индивидуальности, становится человеком, постоянно испытывающим чувство тревоги, воспринимающим мир как недружественный и враждебный. В этом случае здоровое стремление к самоактуализации замещается всепоглощающим стремлением к безопасности — основной невротической потребности. Хорни особо подчеркивала важность выделения концепции базисной тревоги. Это чувство тревоги, беззащитности ребенка, рождающееся из состояния изоляции и беспомощности в потенциально враждебном ему мире. Базисную тревогу нельзя считать наследственной, генетически обусловленной, она всегда представляет собой продукт культуры и воспитания. Тревога такого рода становится основой для возникновения более поздних личностных нарушений. Невротическое стремление к безопасности достигается гипертрофией одного из трех типов защитных реакций: беспомощности, агрессивности и отгороженности. Если человек предпочтительно использует один из типов защиты, почти полностью игнорируя остальные, то формируется один из трех типов характера: ищущий любви, доверия, расположения других людей (движение к людям); агрессивный, враждебный (направление потребности — движение против людей); обособленный, независимый (направление потребности — движение от людей).

Невротический защитный механизм беспомощности выражается в слишком сильном стремлении к протекции, поддержке, защите и в преувеличенном, можно сказать, притворном стремлении соглашаться с желаниями других (ориентация взаимодействия в обществе — движение к людям). Невротический защитный механизм враждебности основан на убеждении, что в жизни действует закон джунглей, где выживает сильнейший. Тот, кто подчеркивает в своем поведении такую жизненную ориентацию, считает других враждебными и лицемерными, отрицает теплые, спонтанные отношения между людьми, предпочитая различного рода манипулирование ими. Он убежден, что настоящих привязанностей не существует (ориентация в обществе — движение против людей). Защитный механизм ухода, отгораживания выражается в отказе от интимных, дружеских и просто бытовых контактов с другими (ориентация в обществе — движение от людей), в то время как здоровый человек предпочитает свободно общаться, сближаться с окружающими, лишь иногда идти против них или уходить от контактов с ними в зависимости от обстоятельств, невротик решает проблему общения всегда негибким способом. Он выбирает один из типов коммуникации, тогда как в действительности они не исключают друг друга. В ситуации, когда значение двух возможных, но не реализуемых ориентации на взаимодействие преуменьшается или полностью игнорируется, создаются условия для вытеснения их на бессознательный уровень, где и разворачивается конфликт между ними и доминирующей ориентацией.

Другой тип невротического внутриличностного конфликта, особо выделяемый Хорни, касается сферы идеализированного образа собственного Я. Люди, страдающие под гнетом собственной невротической структуры личности, не только подавляют свои проблемы, конфликты потребностей, но и не осознают свои недостатки и слабости, которые, возможно, смутно чувствуют (предчувствуют) и даже презирают. Обычно у них формируется сознательный образ самих себя, в котором все позитивные, социально одобряемые черты представлены в сильно преувеличенном виде. Это, в свою очередь, усиливает доминирующее невротическое решение проблемы. Идеализированный образ самого себя заставляет человека ставить перед собой практически недостижимые цели и задачи, предопределяющие неизбежное поражение, которое, в свою очередь, усиливает недовольство собой, может вызвать даже презрение к себе, увеличивая конфликт между реальным Я и мощным и грозным идеализированным его образом. Создается замкнутый круг, в котором постоянно циркулирует стремление соответствовать, поддерживать этот «славный» образ путем достижения нереалистичных, а значит, и недостижимых целей.

Безжалостные внутренние требования, терзающие невротика, Хорни называет «тиранией долга». Такой человек искренне считает, что он должен быть головокружительно успешным, невероятно точным, всегда и только любящим, абсолютно неэгоистичным, должен иметь особую работу, необыкновенного партнера, самых лучших детей и т. д. Системы таких императивов настолько доминируют в сознании невротика, что заслоняют или даже стирают настоящие и здоровые желания до такой степени, что несчастный не различает, в чем он в действительности нуждается и что он просто должен делать в жизни.

По мнению Хорни, только психоанализ, возможно в форме самоанализа, может помочь человеку преодолеть сильное и болезненное стремление к недостижимым целям и заменить их деятельностью, приносящей удовлетворение и радость самореализации.

Цель психотерапии Хорни видит в необходимости помочь больному неврозом осознать свой «идеализированный образ» и его функции, тем самым показав, что подобные попытки разрешения конфликта не приводят к желаемому результату. В процессе аналитической работы она стремится путем раскрытия Идеализированного Я помочь пациенту в его подлинно человеческом развитии и развертывании его тенденций к самореализации, к переориентации мыслей, чувств и жизненных планов. Осознание больным различных факторов своего существования должно быть действительным знанием, что достигается посредством эмоционального переживания. Аналитическую работу Хорни дополняет психосинтезом, пробуждением у пациента конструктивных сил, стремления к саморазвитию. Самореализация означает готовность к глубокому переживанию своих желаний и чувств, к выявлению своего предназначения в жизни и принятию ответственности как за себя, так и за других людей, к установлению дружеских, эмоционально окрашенных межличностных связей. В целом психотерапия служит устранению разрыва между Реальным Я человека и его Идеализированным Я, образующимся в процессе невротического развития личности. Цель психотерапии по Хорни можно выразить, перефразируя слова Фрейда: «Там, где было Идеализированное Я, должно быть Реальное Я».

Хорни Карен родилась в Гамбурге в 1885 г. Училась на медицинском факультете Берлинского университета, который закончила в 1932 г. С 1920 г. сотрудничала с Берлинским психоаналитическим институтом. Проходила анализ у Абрахама и Сакса, выдающихся психоаналитиков того времени. В 1932 г. по приглашению Александера переехала в США. Разочаровавшись в ортодоксальном психоанализе, основала «Ассоциацию за прогресс психоанализа» и в 1941 г. — Американский институт психоанализа, который возглавляла всю свою жизнь. Разработала собственную психоаналитическую концепцию с акцентом на социальные факторы под названием «характерологический психоанализ».

Основные труды: «Невротическая личность нашего времени» (1937), «Самоанализ» (1942), «Неврозы и развитие человека» (1950).

Хорни умерла в 1952 г. в возрасте 67 лет.

**Гуманистический психоанализ.** Исследуя природу и общественную сущность человека, характер «болезни» современного капиталистического общества, идеал «здорового» общества и подлинной человеческой жизни, сочетая различные учения о человеке, главным образом психоанализ, экзистенциализм и философскую антропологию, Фромм стремился создать «диалектически- и гуманистически-ориентированный психоанализ», синтезирующий марксистские и психоаналитические теории личности, общества и культуры. В основе гуманистического психоанализа лежит идея об общественной обусловленности психики, о понимании человека в контексте социальных условий его существования. Цель данного вида психоанализа — познание человеком своей внутренней природы, способствование раскрытию потребностей, смысла жизни и ценностных аспектов человеческого бытия.

В концепции сущности человека Фромма центральной проблемой является внутренне присущее человеческому существованию противоречие между бытием индивидуума в природе, бытием «брошенного в мир не по своей воле» и тем, что он выходит за пределы природы благодаря «способности осознания себя, других, прошлого и настоящего». Исторический процесс развития цивилизации ведет к формированию двух основных тенденций человека — стремление к свободе и отчуждению. По мнению Фромма, свобода человека объединяет негативную «свободу от» и позитивную «свободу для». Развитие человечества идет по пути увеличения «свободы от», что ведет к отчуждению, которое становится всеобъемлющим фактором человеческого существования, в результате он «утрачивает свою самость», обретает свободу, но лишается социальной защищенности. Так возникает механизм «бегства от свободы». Автор концепции выделил три бессознательных психологических механизма, регулирующих отношения человека и общества: 1 ) мазохистические и садистические тенденции, доминирование которых ведет к формированию авторитарного характера, проявляющегося в позиции: жизнь определяется силами, находящимися вне человека; 2) деструктивизм — стремление человека разрушить мир, чтобы он не разрушил его самого; 3) автоматический конформизм, который заключается в идентификации потребностей, норм индивидуума с социально одобряемыми ценностями, В результате противоречия между Я и миром исчезают, а вместе с тем и сознательный страх одиночества и бессилия. Однако цена, которую платит человек, велика — это потеря самого себя.

Оторванному от природы и лишенному естественных связей человеку угрожает одиночество, поэтому он стремится восстановить единство с миром. Но в современном технократическом обществе преобладают «непродуктивные», неподлинные формы межличностных коммуникаций. Одна из них получила название «симбиотическое отношение». Избежать одиночества человек может через подчинение себя группе, Богу, другому человеку. Индивидуум идентифицирует себя с целым, с той силой, которой он подчинен. В противоположном случае он преодолевает одиночество на пути к господству, стремится к соединению с миром через завоевание власти, делая других частью самого себя. Однако в обоих случаях теряется свобода и нарушается целостность человеческой личности. Этим позициям Фромм противопоставил любовь как «продуктивную ориентацию», когда человек соединяется с самим собой, другими людьми благодаря активности и творчеству.

Противоречивость человеческого существования автор раскрывал через две формы дихотомий — «экзистенциальную» и «историческую». Наиболее существенной «экзистенциальной дихотомией» является дихотомия между жизнью и смертью. Из-за неспособности человека сделать выбор возникает тревога и беспокойство, что создает еще одну, «экзистенциальную дихотомию», поскольку «цена, которую человек платит за сознание, — неуверенность». Стремление личности к сохранению своей уникальности и установление отношений с другими людьми, где человек идентифицирует себя с миром, также вызывает «экзистенциальную дихотомию». К «историческим дихотомиям» Фромм относил противоречия, создающиеся и разрешающиеся в процессе исторического развития; он считал, что «человек может реагировать на исторические противоречия, аннулируя их посредством своей собственной деятельности, но он не может аннулировать «экзистенциальные» дихотомии, несмотря на то что может реагировать на них различными способами». Устранение «исторических дихотомий», которые зависят от существующих социальных условий, может произойти при построении «гуманистического общества». Поскольку «экзистенциальные дихотомии» заложены в самой человеческой природе, они могут быть разрешены путем раскрытия готовности человека к любви, вере и размышлению. Способом восстановления гармонии между человеком и обществом является гуманистический психоанализ, способствующий пробуждению критических элементов в сознании личности.

Фромм считал, что человек должен осознать неподлинность своего существования в современном обществе, чтобы затем реализовать заложенные в его существе возможности. «Хотя и имеются некоторые потребности, общие для всех людей, такие как голод, жажда, секс, но те потребности, которые создают различия в характере человека, — любовь и ненависть, вожделение власти и стремление подчиняться, наслаждение чувственными удовольствиями и страх перед ними — все это продукты социального процесса. Наиболее прекрасные и самые безобразные склонности человека представляют собой не компоненты фиксированной и биологически заданной человеческой природы, а результаты социального процесса, который творит людей». В книге «Революция надежды» автор изложил программу преобразования буржуазных социальных структур в направлении гуманизации человека и общества. Необходимо создание таких ценностей, при наличии которых человек мог бы отказаться от социальной маски и обнажить свои подлинные потребности. Эти ценности должны способствовать его развитию. В поиске новых «психодуховных ориентации» человека Фромм обратился к философии любви, которая способствует устранению оторванности людей друг от друга, преодолению дихотомий человеческого существования, восстановлению гармонии человека и общества. Любовь, по мнению автора, дает единственно верный и «удовлетворительный ответ на проблему человеческого существования» и является высшей гуманистической ценностью.

Фромм Эрих родился в 1900 г. в Германии во Франкфурте-на-Майне. Изучал пихологию, философию и социологию в Университете Гейдельберга. С 1925 по 1930 гг. осваивал психоанализ в Мюнхене и Берлинском институте психоанализа. В 1930 г. организовал Южно-германский институт психоанализа во Франкфурте. В 1933 г. переехал в США, где преподавал и занимался в Нью-Йорке частной практикой. Испытывал влияние трудов Маркса, Фрейда, Баховена, а также ортодоксального иудаизма. Разработал собственную теоретическую концепцию — гуманистический психоанализ.

Основные труды: «Бегство от свободы» (1941), «Человек для самого себя» (1947), «Психоанализ и религия» (1950), «Анатомия человеческой деструктивности» (1973), «Иметь или быть?» (1976).

В 1974 г. Фромм переехал в Швейцарию, где умер в 1980 г.

**Интерперсональная психотерапия Салливана.** Психиатрический и психотерапевтический подход, разработанный Салливаном, основан на представлении о ведущем значении межличностных отношений между людьми в норме и патологии.

Развитие концепции в известной мере определялось конфронтацией с психоанализом. Суть интерперсональной психотерапии Салливана состоит в признании важности межличностного взаимодействия как основы формирования нормы и патологии. Согласно Салливану, человека характеризуют две ведущие потребности, одна из которых имеет биологическую природу (потребность в нежности, ласке), а вторая (потребность в безопасности) связана с межличностными отношениями. Психологический смысл первой потребности — ослабление силы физиологических потребностей (голод, жажда, половое влечение). Этот уровень функционирования присущ и животным. Вторая ведущая потребность имеет уже чисто человеческую природу и направлена на снижение тревоги и неуверенности. Удовлетворение второй потребности ложными способами приводит к психическим заболеваниям, которых, по мнению Салливана, у животных нет.

Отдельно Салливан акцентирует внимание на важной роли тревоги в патологии (дезорганизации жизни) и вообще в жизни. Нарушения поведения являются реакцией на усиление тревоги. Большое значение имеет и конфликт тенденций: стремление удовлетворить физиологические потребности может привести к утрате чувства безопасности. Одним из путей, которым индивид может избавиться от тревоги, является механизм «избирательного внимания», отсеивающий информацию, несущую тревогу.

Способы ослабления тревоги закрепляются в опыте. Важнейший период в этом смысле — детство. Причина, по которой именно в детстве происходит формирование наибольшего числа искаженных форм поведения, — неполноценный опыт. Неполноценность опыта на этом этапе развития обусловлена так называемой прототаксической — поверхностной, «до целенаправленной» — формой его приобретения. Сам опыт проживается на этом этапе развития в виде моментальных состояний, причем отсутствует понимание связи между прошлым, настоящим и будущим. При таком опыте окружение отождествляется с собственными эмоциями ребенка. Например, материнская грудь воспринимается по-разному. Если молоко идет легко и в достаточном количестве, что приводит к удовлетворению биологической потребности, то сама грудь закрепляется в сознании как хорошая. Если молока мало, то грудь закрепляется в сознании как плохая.

Следующий период развития — паратаксический — характеризуется тем, что индивид осознает определенные связи между явлениями, но эти связи могут носить поверхностный, случайный и внешний характер. Например, при совпадении событий во времени. Паратаксический период развития имеет важное значение в возникновении патологии, и искажение понятий и опыта сходно с фрейдовским пониманием «переноса». У пациента происходит генерализация отрицательного опыта в межличностных отношениях, главным образом с раннего детства и до отношений с психотерапевтом.

В процессе психотерапии регрессивный, паратаксический способ корригируется анализом отношений пациента в детстве, и одновременно в межличностных отношениях с психотерапевтом больной учится получать удовлетворение от общения с людьми, избавляется от тревоги, приобретает чувство безопасности, налаживает адекватные отношения с собой и окружающими людьми. При этом происходит перестройка личности, которая приводит к тому, что пациент начинает явно видеть пути выхода из ситуаций, ранее представлявшихся неразрешимыми.

По своему характеру метод Салливана приближается к современным вариантам краткосрочной психотерапии. В нем четко прослеживается, наряду с аналитической ориентацией, элемент поведенческой психотерапии.

Салливан Гарри Стек родился в 1892 г. в США, в окрестностях Норича, штат Нью-Йорк. Образование получил в Чикагском медицинском колледже, который закончил в 1917 г. С 1922 г. начал работать психиатром и к 30 годам заслужил репутацию блестящего клинициста. Начиная с 1929 г. разрабатывал основные положения своей теории межличностных отношений, которая в конечном итоге получила название интерперсональной теории. С 1936 г. занял пост директора Вашингтонской школы психиатрии.

Единственным прижизненным опубликованным трудом явилась «Концепция современной психиатрии» (1947). Лекции и рукописи Салливана были опубликованы во многих руководствах и сборниках.

Умер Салливан в 1949 г. в Париже по пути домой с собрания Исполнительного совета Всемирной федерации психического здоровья.

**Психоаналитическая психотерапия.** Среди других направлений неопсихоанализа значительным влиянием пользуется Эго-психологическая теория психоаналитической психотерапии Гилла, Стоуна, Бибринга и концепции объектных отношений Кляйн, Кернберга. Указанные авторы способствовали созданию психоаналитической психотерапии («психодинамической психотерапии», «инсайт-ориентированной психотерапии», «эксплоративной психотерапии»).

Хотя некоторые психоаналитики, отмечает Куртис (1991), придерживаются мнения, что психоанализ невозможно четко отграничить от психоаналитической психотерапии, кроме как по таким количественным факторам, как число сессий, регулярно проводимых по расписанию на протяжении установленного срока, и большая продолжительность, однако, сравнивая их по качеству процесса, можно установить существенные различия. Учитывая, что эти различия могут быть размыты на границе, где интенсивная психотерапия способна приобрести некоторые описательные и качественные характеристики психоанализа, все же сохраняются различия в значении опыта пациента и характера интеракции между пациентом и аналитиком, а также в технических вмешательствах, которые одновременно и вызывают, и являются результатом этого опыта. Некоторые из различий могут быть связаны с соответствующими целями этих двух терапевтических вмешательств, в особенности при переходе из пограничной зоны на участок, отведенный каждому из методов.

Сами названия указывают на один важный параметр: терапия, а не анализ. Хотя совершенно очевидно, что эти две категории не являются взаимоисключающими, кроме, быть может, того, что в крайних точках данного спектра целью терапии является акцент на смягчение, облегчение, адаптацию и возобновление функционирования. Те же явления возникают и при анализе, но они не рассматриваются как конечные пункты и подвергаются дальнейшей эксплорации для определения их значения и функции, так как акцент перемещен на достижение другой цели — повышение самопознания и способности постоянно расширять осознание внутренней психической жизни. Для того чтобы этот процесс начался, установился и сохранялся, требуется специальное сочетание технических мер, создающих психоаналитическую ситуацию. Эти технические приемы включают: использование свободных ассоциаций, охватывающих всю психологическую сферу, а не целенаправленное обсуждение; положение лежа; регулярно назначаемые приемы 4 — 5 раз в неделю; позицию аналитика, выражающую эмпатическую объективность, терпимость и нейтральность относительно реакций пациента; воздержание от участия во внеаналитической жизни пациента или в его поступках, выражающих перенос; реагирование на проявления переноса разъяснением и интерпретацией. На разных этапах эти элементы могут варьироваться (сочетаться по-разному), но они формируют относительно постоянную конфигурацию, приводящую к возникновению ранее неосознаваемых или не вполне понимаемых мыслей, чувств и фантазий, которые становятся более доступными для инсайта, модификации и интеграции в зрелую личность.

Всякое изменение или несоблюдение любого из элементов психоаналитической ситуации может значительно повлиять на характер продуцируемого пациентом материала и на качество интеракции с аналитиком. Особенно это относится к влиянию на две центральные динамические силы — перенос и сопротивление, анализ которых может быть затруднен вследствие отклонения от оптимального равновесия указанных основных технических характеристик. Выборочное изменение в этом сочетании поз и процедур может содействовать либо плохому анализу, либо хорошей психотерапии, поэтому крайне полезно иметь четкое представление о человеческой психике и последствиях для пациента от конкретного подхода, а также о технических вмешательствах, чтобы подобрать соответствующую форму психотерапии, которая окажется наиболее эффективной в достижении целей пациента.

Главный вклад психоанализа не только в психотерапию и в область психиатрии, но и в медицину в целом — это психодинамический способ мышления. Он означает учет влияния бессознательных психических сил, взаимодействующих динамически с процессами защиты, аффекта и мышления для достижения приспособляемости, большей или меньшей адаптации. Понимание природы и значения этих процессов помогает выбрать лечение, соответствующее потребностям и возможностям пациента, и осмыслить уникальные, подверженные изменениям решения и компромиссы, к которым приходит каждый человек. Такая широта охвата этого внутреннего мира порывов, чувств и фантазий с одновременной терпимостью и увлеченностью позволяют выслушивать, узнавать и, возможно, резонировать с другим человеком способами, которые сами по себе являются терапевтическими.

Проводя различие между психоанализом и психоаналитической психотерапией, следует подчеркнуть, что это делается с целью обеспечения научной и практической системы, в рамках которой может быть осуществлен информированный выбор оптимальной формы психотерапии. Действительно, с сугубо практической и терапевтической точек зрения необходимость разработки увеличивающихся научных и утилитарных форм применения психотерапии приобретает первостепенное значение. Роль психоанализа в этом поиске аналогична лабораторному исследованию в открытии принципов, которые могут послужить базой дальнейшего развития и практического использования психотерапии в широком масштабе. Поэтому надлежащим образом примененная психотерапия не должна считаться чем-то второсортным или всего лишь выходом, продиктованным пределами реальности. Практика показывает, что тщательно подобранная форма психотерапии может быть лучшим лечением при определенных формах психопатологии.

Концепции конфликта и компромисса являются отражением универсальных психических процессов, представляющих собой усилия, направленные на достижение некоторого равновесия, удовлетворяющего желания и запросы всех аспектов психики. Симптомы, черты характера, сновидения, перенос — все это компромиссы различной степени сложности, выражающие элементы желания, защиты и наказания. При любой форме психотерапии, как и в любом человеческом общении, существует потенциал для изменения формы компромисса в зависимости от некоторой трансформации относительной силы различных компонентов. Как в спонтанных, непреднамеренных социальных взаимоотношениях, так и при научной, планируемой психотерапии человек, болезненно, с трудом идущий на компромиссы, может использовать взаимодействие, чтобы чувствовать себя более удовлетворенным, менее тревожным, в безопасности, освободившимся от вины или, наоборот, осуждаемым, наказанным, обездоленным и т. д. В любом случае существовавшие ранее симптомы, черты, препятствия могут стать более или менее интенсивными, могут исчезнуть или быть заменены. Фрейд имел в виду этот феномен, когда говорил, что больше пациентов исцелилось благодаря религии, чем будет когда-либо вылечено психоанализом. Если психотерапевт воспринимается как хороший родитель, оказывающий поддержку, приносящий утешение, чувство безопасности, прощающий и многое позволяющий, то баланс между компонентами компромисса может меняться, часто в сторону облегчения симптомов; или же врач в состоянии мобилизовать пациента и помочь ему использовать имеющиеся психические резервы или тенденции, в результате чего достигается новое и более адаптивное равновесие. При интенсивных, экспрессивных формах психотерапии, частых и продолжительных, личное взаимодействие пациента и психотерапевта создает уникальную возможность нового опыта человеческих отношений. Более эффективные формы поведения могут быть усвоены методом проб и ошибок в более безопасной и разрешающей атмосфере лечения, а когда они интегрируются благодаря идентификации с психотерапевтом, это может привести к стойким личностным изменениям.

Все вышеописанные перемены и модификации происходят также и в психоанализе. Дополнительный фактор, обеспечиваемый анализом, заключается в распространении осознания на глубинные сферы конфликта, при этом импульсы и защитные формы детского периода подвергаются неоднократным исследованиям и модификациям, прорабатываемым с помощью более зрелых, объективных и аффективных психических процессов. Отбор пациентов для специфического психотерапевтического подхода зависит от оценки их потребности и способности инициировать различные процессы изменения. Одной из характеристик, благоприятных для психоанализа, является осознанность страдания или неудовлетворенности наряду с желанием понять себя посредством самонаблюдения. Это обычно ассоциируется с толерантностью к фрустрации и хорошим контролем. В этом плане обнадеживает способность к продуктивной работе и поддержанию отношений с окружающими, а также наличие чувства юмора и метафоричности мышления. Как правило, острые кризисы в текущей жизненной ситуации не помогают широкому, последовательному саморефлективному методу анализа.

Руководствуясь этим набором характеристик как моделью, можно составить портрет пациента, для которого лучшим вариантом будет психоаналитическая психотерапия. Переворот и кризис являются показаниями к поддерживающим, направленным на разрешение проблем мерам, по крайней мере до тех пор, пока не наступит состояние относительного контроля и спокойствия, позволяющее оценить возможности индивида. Трудности с контролем и фрустрационной толерантностью, нередко очевидные из проблем, возникающих в работе и взаимоотношениях, являются основанием для рекомендации поддерживающей, образовательной терапии. Ограниченность способности к рефлексии собственных мыслей, чувств и поведения часто проявляется в отказе пациента от предложения заняться самонаблюдением. Это ограничение говорит в пользу поддерживающего и директивного типа психотерапии, а не направленного на инсайт и разрешение конфликта.

Решающую роль могут играть факторы времени, места и стоимости психотерапии. Помимо этого, различные сочетания описанных качеств, присущих двум главным видам психотерапии, могут продиктовать промежуточную форму психотерапии, объединяющую экспрессивные и поддерживающие черты.

Для иллюстрации этих принципов и того, как психотерапия может избирательно использовать некоторые аспекты психоаналитической теории и техники, чтобы соответствовать в лечении специфическим потребностям пациента, Куртис сначала описывает случай с применением психоанализа, а затем приводит пример психоаналитической психотерапии.

Первая пациентка — обладающая высоким интеллектом 25-летняя женщина, работник эстрады, — несмотря на рост успеха и признания, стала испытывать чувства депрессии, раздражительности и напряженности. Кроме того, за последнее время она усомнилась в своей очень активной сексуальной жизни, отмеченной частыми победами над мужчинами, которых встречала на своем артистическом пути. Эти проблемы, по-видимому, совпали по времени с одной довольно бурной связью с человеком, которого она соблазнила и с которым у нее позже начались серьезные отношения. Ее сексуальные победы переживались как случайные и приносили удовлетворение скорее ощущением власти над мужчинами, чем в строго сексуальном аспекте. В то время как ее любовные отношения были средством, помогающим ее карьере, у нее не было такого чувства, что ее используют, скорее она полагала, что использует мужчин для своих целей.

Присущий ей здравый смысл говорил ей, что мужчина, с которым она связана, обладает высокими качествами во всех смыслах и является достойным кандидатом для вступления в брак, что было ее конечной целью. И тем не менее она никогда не чувствовала себя с ним вполне свободно и против собственной воли насмехалась над ним и не доверяла ему. Поняв, что она в опасности и может потерять его, и, что особенно важно, ощущая какую-то извращенную потребность отталкивать его, она стала искать помощи в анализе.

В привычной ей манере она начала анализ энергично, как будто намеревалась побороть болезнь или одержать победу в сражении с психоаналитиком. Такая установка приносила ей пользу в течение нескольких месяцев, пока она исследовала свою историю и поведение во всех подробностях. Хотя она и почувствовала, что может лучше контролировать себя и более широко взглянуть на себя, но понимала, что реальное осознание и изменение ее непонятного поведения все еще не доступно ей. Затем наступил период повышенного интереса к психоаналитику и его личной жизни, и она с удовольствием и вместе с тем с завистью приписывала ему разнообразные специальные знания и достижения. Эти чувства вскоре приобрели эротическую окраску, и в ее поведении сперва скрыто, а затем явно стало проявляться желание обольстить врача.

Когда это желание стало преобладать, она часто теряла из виду цель своего анализа, и психоаналитик указал ей на сходство ее поступков в процессе лечения с характерным стремлением соблазнить и завоевать каждого значимого для нее мужчину. Затем он высказал предположение, что это вполне понятно, что у нее будет желание прибегнуть к испытанному способу преодоления тревоги, когда придется столкнуться с новыми, угрожающими ситуациями во время анализа. Такое разъяснение, повторявшееся и развивавшееся в течение нескольких недель, привело к заметному изменению ее поведения. Ей стали сниться беспокойные сны (за ней гонятся или на нее нападают), потом она стала бояться посещать аналитические сессии и, входя в офис, испытывала тревогу и застенчивость. Она начала одеваться более консервативно, и поведение ее стало менее вызывающим. Заметив, что стала часто краснеть, она сказала, что чувствует себя как испуганная девственница.

Такая разительная перемена — от смелой обольстительницы до испуганной девственницы — была истолкована психоаналитиком как появление невроза переноса, то есть как регрессивное и дистоническое выражение аспектов отгоняемых фантазий детства, теперь сфокусированных на психоаналитике в возрожденной и вместе с тем измененной форме. Это аффективное переживание ни в коем случае не идентично с тем, что было в детстве, поскольку последнее подверглось развитию и трансформации и теперь происходит и запечатлевается в личности взрослого человека, являющегося партнером в подлинно терапевтических отношениях. Тем не менее следует особо отметить, что обе главные темы и специфические взаимоотношения в детстве могут быть сближены и аффективно пережиты заново.

Степень и характер невроза переноса могут широко варьироваться «от пациента к пациенту». У некоторых это яркое, захватывающее переживание, трудносдерживаемое в рамках анализа, приводящее к отреагированию или бегству. У других оно выражается как бледное, ослабленное — «то оно есть, то нет его» — переживание, сдерживаемое в безопасных пределах защитными механизмами личности, работающими слишком хорошо. Эти проявления точнее было бы называть феноменами переноса, чем неврозом переноса, что предполагает более организованную, устойчивую психическую структуру. Иногда узнавание невроза переноса может быть задержано или затемнено из-за сильного проявления защитного аспекта упрямства или апатии, а не более характерных качеств энергичного порыва и аффекта. В других источниках информации, таких как сны, фантазии, воспоминания, или, что часто более важно, в эмпатических реакциях или контрпереносе психоаналитика эти состояния сопротивления могут рассматриваться как элемент невроза переноса, чем более выраженно проявляются эротическое или гневное состояния. Концептуально они представляют собой то, что А. Фрейд называла переносом защиты, поскольку они происходят от защитных механизмов, возникших в попытках ребенка установить равновесие и контроль в отношении угрожающих импульсов.

В случае с описываемой пациенткой тревожное состояние, при котором прерывается дыхание и человек краснеет, исследовалось не только с помощью сновидений и ассоциаций пациентки, но и с помощью эмпатических реакций психоаналитика. Образ «испуганной газели» и ощущение нетерпения в реакции психоаналитика были ключевыми положениями, предполагающими, что пациентка борется с мазохистической фантазией, в которой врачу отводится роль нападающего садиста. Результатом нескольких различных версий данной интерпретации стали все более четкие проявления этой фантазии в снах и осознаваемых образах.

С возникновением воспоминаний и элементов сновидения, связанных с конкретным домом, в котором пациентка жила в пятилетнем возрасте, можно было начать интерпретацию генетических связей и реконструировать более целостную картину развития ее невроза. Например, она признала, что переживаемое ею тревожное чувство во время аналитической сессии было идентично чувству страха в детстве, возникшему у нее вскоре после того, как она несколько раз была свидетельницей сексуального контакта родителей. Сперва это выражалось в том, что она начала бояться отца, стала убегать от него в тревоге и волнении, когда он возвращался домой, что заставляло его гнаться за ней. Это — хороший пример формирования компромисса в форме симптоматического действия: ее тревожное бегство провоцировало отца на погоню за ней. Интересно, что старания пациентки найти более удобное разрешение своего конфликта по поводу мазохистических ошибочных концепций о сексуальной роли женщины приняли не просто невротическую, но более сублимированную форму. Будучи ребенком и испытывая чувство страха и изоляции, она часто предавалась романтическим фантазиям и разыгрывала роль героини знакомых сказок и историй. В юношеском возрасте она поборола в себе застенчивость и тревожность и участвовала в школьных спектаклях, что привело ее на эстраду. Сценическая деятельность все более удовлетворяла и поглощала ее. Сперва она избавилась от тревожных чувств, а позже у нее выработалась защита от страха — переход, сделавший игру на сцене более переносимой. Однако одновременно с этими переменами у нее развилась контрфобическая сексуальная неразборчивость, что и привело ее к психоанализу.

Это сжатое изложение пятилетнего анализа может послужить парадигмой ряда дополнительных трансферентных тем, которые были разработаны и исследованы: соперничество со старшим братом; ненависть к отцу, недостаточно любившему ее; идентификация с матерью-жертвой, которая в ответ на мучения могла садистски властвовать над мужчинами, — все это было проработано и соотнесено с ее потребностью соблазнять мужчин. Связи с мужчинами, углублявшие ее тревожную депрессию, не могли поддерживаться долго; и только на позднем этапе анализа, после достаточной проработки переноса, у нее начались отношения, которые в итоге привели к замужеству. Этот период был особенно плодотворным аналитически, поскольку требовалось тщательное изучение ее чувств в переносе в сопоставлении с растущей способностью понять и следовать до конца своим зрелым сексуальным целям, которые теперь обретали свободу.

Важным признаком этой краткой и сжатой истории болезни является выбор пациента с различимым интрапсихическим конфликтом в сочетании со структурой личности с хорошими адаптивными способностями, при условии устойчивой, безопасной терапевтической обстановки, позволяющей использовать свободные ассоциации, чтобы добраться до психических смысловых эпизодов и процессов, от которых до этого пациентка отгораживалась. Обычно это связано с тревогой по поводу регрессии и потери контроля, что ведет к опоре на знакомые симптомы и защитные механизмы и закреплению на них как на первой линии обороны. Необходимо разъяснение, помогающее пациенту уяснить некоторые стереотипы и значения этих привычных форм поведения. По мере того как эти стереотипы становятся менее автоматическими и более дискомфортными, более отчетливыми станут проявления переноса. Это будут выражения ранее подавляемых чувств и фантазий детства. Переживание, наблюдение и понимание этой смеси возрожденных и реактивных способов проявления противоречивых стремлений теперь станут центром анализа, и подход к ним осуществляется с помощью интерпретации и реконструкции их происхождения.

В качестве противопоставления Куртис приводит пример психоаналитической терапии с использованием отдельных аспектов психоанализа, но со значительными отличиями.

Некоторые пациенты по причинам, обусловленным реальной действительностью и психопатологией, не соответствуют показаниям для психоанализа. Это может потребовать творческой комбинации техник, которая обеспечивала бы поддержку и какой-то новый интерперсональный опыт, благодаря чему могли бы быть повышены самооценка и инсайт. Не создавая доступа к бессознательным динамическим и генетическим факторам, работа в течение длительного времени с производными этих обусловливающих элементов способствует личностному росту и пониманию себя.

Одним из таких пациентов был 28-летний стажер университета, трудности которого заключались в социальной тревоге, пренебрежительном отношении к учебе и приступах депрессии. Его работа над диссертацией задерживалась этими симптомами, и несколько раз он был на грани отчисления. У него были приятели-мужчины, разделявшие его интеллектуальные и музыкальные интересы; вел он довольно изолированный образ жизни. Его сексуальная жизнь ограничивалась связями с четырьмя или пятью женщинами, с которыми ему удавалось устанавливать не более чем удовлетворительные сексуальные отношения, без настоящей близости. Он потерял надежду найти женщину, которая захотела бы выйти за него замуж, так как сознавал, что его тревога и недоверчивость могут вызывать отчуждение.

Как и следовало ожидать, ему стоило большого труда прийти на лечение. Его тревога, имевшая оттенок настороженности и недоверия, являлась непосредственным препятствием для психотерапии, а также главной, давней проблемой. Иногда он мрачно шутил по ее поводу, и это убедило психоаналитика в том, что эта его черта не достигла степени параноидальных расстройств. Учитывая сенситивность и сдержанность пациента, психоаналитик пришел к выводу, что наибольшую пользу ему принесет интенсивная, долговременная психотерапия, которая даст ему возможность понять и преодолеть свой страх, что его поймают в ловушку или унизят. Психоаналитик предложил, кроме того, испытательный срок, по истечении которого пациент, если увидит, что не доверяет врачу, вправе прекратить лечение. Этот «запасной выход» создавал у пациента некоторое ощущение безопасности, тогда как рекомендация психоаналитика относительно интенсивной психотерапии убедила его в том, что он нуждается в помощи.

Работа началась по расписанию. Два раза в неделю пациент и психоаналитик сидели лицом к лицу, исследуя как ежедневные переживания больного, так и его реакции на психоаналитика и психотерапию. Первые несколько месяцев были явно испытательным периодом, в течение которого пациент искал, а иногда и находил подтверждение своим сомнениям относительно намерений психоаналитика или способности помочь ему; врач же особенно старался следить за своими внутренними ощущениями и реакциями, сознавая чувствительность пациента. Ошибки психоаналитика и неверное понимание подвергались честному обсуждению не только для того, чтобы прояснить их, но и для того, чтобы понять их восприятие пациентом. Психоаналитик отвечал на вопросы пациента о своем отпуске, декоре офиса, автомобиле и т. д., но если считал вопросы слишком личными или если ответ на них мог бы помешать психотерапии, то говорил пациенту об этом. Тот обычно улыбался и соглашался.

Эффект после первых шести месяцев такой работы выразился в постепенном ослаблении настороженности пациента. Он чувствовал большую уверенность в том, что психоаналитик не позволит себе выпадов против него, не попытается использовать его слова против него и доминировать над ним. Теперь он мог раскрывать перед психоаналитиком некоторые свои секреты, фантазии и болезненные воспоминания детства. Возросшее доверие к психоаналитику, основанное на опыте отношений с ним в процессе открытого исследования и понимания происходящих в рамках этого опыта событий, еще больше усилилось благодаря тому, что теперь пациент связывал свою недоверчивость с травмами и обидами, которые он вспомнил. Поскольку психотерапевтический подход не продуцировал материала, который выявил бы проекции и трансформации его травматических переживаний, психоаналитик довольствовался созданием связной картины его жизни вплоть до настоящего времени. Симптоматическое улучшение, возросшая уверенность в своих силах — все это дало возможность пациенту завершить диссертацию. Его отношения с женщинами стали свободнее и более близкими, и он, по всей видимости, намеревался жениться, когда психоаналитик говорил с ним в последний раз.

Эта терапия продолжалась три года и состояла из двух главных элементов. Первый — это то, что Бибринг называл «эмпирической манипуляцией», при которой пациенту предоставляется возможность в рамках лечения и вне его получить новый опыт, способный оказать мутационный эффект. Это осуществимо при разрешающей, поощряющей атмосфере терапии и с помощью переноса. В данном случае перенос не анализировался, как при психоанализе, хотя опыт переноса обсуждался и использовался для того, чтобы прояснить способы, с помощью которых пациент может строить свои отношения с психотерапевтом и другими людьми.

Второй технически важный элемент — выяснение стереотипов поведения пациента и их происхождения от прошлых влияний, обусловленных развитием. Такая реконструкция отличается от проводимой при психоанализе тем, что в ней отсутствует параметр бессознательного конфликта и фантазии, явно интегрированной в этот конфликт. Тем не менее реконструкция может обеспечить ощущение постоянства и устойчивости и понимание себя, что оказывает стабилизирующий эффект.

На основании рассмотренных психоаналитических принципов и концепций психического функционирования и представленных клинических примеров Куртис дал некоторые основополагающие технические рекомендации для психоаналитической психотерапии: 1) определи решающие динамические вопросы с целью локализации и ограничений предпринимаемых терапевтических действий; 2) не касайся аспектов личности, не имеющих близкого отношения к центральной проблеме; 3) фокусируй внимание на текущих взаимоотношениях пациента и защитных механизмах личности; 4) поддерживай адаптивные навыки и ресурсы пациента; 5) создай устойчивую, восприимчивую атмосферу поддержки и уважения; 6) поощряй более адаптивные способы устранения болезненных симптомов посредством новых перемещений и идентификаций.

На этапе, когда пациент проявит стойкое улучшение, должен быть рассмотрен вопрос об окончании лечения. Ограниченные цели психотерапии требуют, чтобы регрессия к зависимости от психотерапевта контролировалась с помощью поддержки и поощрения у пациента стремления к самостоятельному поведению. Доказательства возросшей способности независимо функционировать должны быть признаны в качестве достижения, заслуживающего уважения, желание больного прекратить лечение обычно сопровождается тревогой, которая может быть снижена признанием и верой психотерапевта в способность пациента сохранять достигнутое улучшение.

Из отечественных концепций психотерапии к динамическому направлению можно отнести систему патогенетической психотерапии Мясищева и ее развитие в виде личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова.

**Патогенетическая психотерапия Мясищева.** На становление психотерапии в нашей стране существенное влияние оказала концепция патогенетической психотерапии. Основные положения ее как системы личностно-ориентированной психотерапии были сформулированы на основе «психологии отношений» Мясищева еще в 30-40-х годах прошлого столетия. Одним из фундаментальных положений последней явилось понимание личности как системы отношений индивида с окружающей социальной средой. Начало исследования личности как системы отношений связано с именами основателей русской медицинской психологии Бехтерева и Лазурского. В дальнейшем эти исследования были продолжены и развиты их учеником Мясищевым, которому и принадлежит более детальная разработка указанной концепции личности как в общепсихологическом плане, так и применительно к теории и практике медицины и в особенности — к учению о неврозах и психотерапии.

Подход к проблеме личности неразрывно связан с вопросом о соотношении биологического и социального в человеке. Задавая себе вопрос, является ли личность биосоциальным или социальным образованием, Мясищев отвечает на него так: «Считая, что личность представляет собой высшее психическое образование, обусловленное общественным опытом человека, подчеркивая необходимость разграничения понятий «условия личности» и «сама личность», я полагал, что в понимании личности биологически-органическое неразрывно связано с социальным, но не является ни личностью, ни ее частью, а только условием личности».

Главная характеристика личности, по Мясищеву, — система ее отношений, прежде всего отношений с людьми, формирующихся в онтогенезе в определенных социально-исторических, экономических и бытовых условиях на базе физиологической деятельности мозга. Эти отношения представляют преимущественно сознательную, основанную на опыте избирательную психологическую связь человека с различными сторонами жизни, которая выражается в его действиях, реакциях и переживаниях. Отношения характеризуют степень интереса, интенсивность эмоций, желания и потребности, поэтому они и являются движущей силой личности. Выступающим в качестве важнейшего структурообразующего компонента во взаимосвязи с другими психическими явлениями — психическими процессами, свойствами и состояниями — отношениям личности присущи следующие особенности: уровень активности, соотношение рационального и иррационального, адекватного и неадекватного, сознательного и бессознательного, устойчивость или неустойчивость, широта или узость, рациональная или эмоциональная обусловленность и др. Личность проявляется в разных областях, и прежде всего в социальных отношениях и взаимоотношениях, отношениях в семье, на производстве, к труду и др. В структуре отношений особенно важным является отношение человека к самому себе. Значимость последнего определяется тем, что отношение к себе — один из компонентов самосознания (самосознание: самопонимание, самооценка, саморегуляция). Именно отношение к себе, будучи наиболее поздним и зависимым от всех остальных, завершает становление системы отношений личности и обеспечивает ее целостность. В условиях, когда отношения личности приобретают особую устойчивость, они становятся типичными для личности и в этом смысле превращаются в черты характера, оставаясь отношениями.

Особое значение категории отношения («психологического отношения») для разработки проблемы личности в отечественной, в том числе в медицинской, психологии, отмечали Ананьев, Ломов и др.

Психология отношений, являясь специфической концепцией личности, имеет существенное значение при исследовании проблем нормального и патологического формирования личности, происхождения болезней и механизмов их развития, особенностей их клинических проявлений, лечения и предупреждения.

Патогенной основой различных форм неврозов, согласно представлениям Мясищева, являются противоречия в тенденциях и возможностях личности, с одной стороны, в требованиях и возможностях, которые ей предъявляет действительность, — с другой. Невротические расстройства могут возникать в тех случаях, когда жизненные обстоятельства затрагивают обобщенные, особо значимые, эмоционально насыщенные отношения личности, занимающие центральное место в системе ее отношений к действительности. Индивидуальные особенности таких отношений обусловливают ее невыносливость в той или иной ситуации. Мясищевым были уточнены типичные черты личности, предрасполагающие к различным формам неврозов: почвой для истерии служит столкновение стремлений эгоцентрической личности с требованиями действительности; неврастения развивается при непосильных требованиях личности к себе, не противоречащих общественным нормам; невроз навязчивых состояний возникает у личности, неспособной разрешить свои внутренние противоречия, обычно в ситуации, требующей выбора в вопросах этики. В каждом конкретном случае патогенное противоречие имеет индивидуальное, конкретное содержание, выявление которого очень важно для психотерапии.

В соответствии с концепцией неврозов Мясищева была разработана их патогенетическая психотерапия. Основной задачей системы патогенетической психотерапии Мясищева является выяснение жизненных отношений, сыгравших патогенную роль, лишивших данную личность способности адекватно переработать сложившуюся ситуацию и вызвавших перенапряжение и дезорганизацию нервной деятельности.

Важнейшее значение для успеха патогенетической психотерапии имеют взаимоотношения врача и больного, но не в смысле фрейдовского переноса. Основную положительную роль играют авторитет врача, его социальная направленность, широта кругозора, знание жизни, такт, умение слушать пациента, сочувственно-благожелательное к нему отношение, не исключающее в необходимых случаях противодействия социально-неприемлемым тенденциям больного. Роль врача в психотерапевтическом процессе не пассивная. Психотерапия — эмоционально насыщенное воздействие психотерапевта, в котором участвуют, наряду с его словом, и выразительность его мимики, и манера обращения с больным, и влияние всего режима лечебного учреждения.

Хотя в общении с врачом система жизненных отношений больного и находит известное отражение, но далеко не полное. Их выяснение происходит в процессе умело проводимых психотерапевтических бесед. Патогенетическая психотерапии предполагает уточнение особенностей жизненного опыта больного в различные возрастные периоды, отношения его к себе и окружающим, его тягостных и радостных переживаний, интересов, системы оценок, мотивации своего поведения, понимания жизни и мира в целом и своего места в нем, его мечтаний и ожиданий, симпатий и антипатий — всего того, что образует внутренний мир человека, — и сопоставление этих данных с реальными условиями его жизни в настоящем и прошлом. Внимание пациента привлекается не только к его субъективным тенденциям и тем внешним обстоятельствам, с которыми они пришли в противоречие. Основная задача заключается в том, чтобы в процессе психотерапии сам больной неврозом уловил взаимосвязи между историей его жизни, сформированными ею отношениями, вытекающими из них неадекватными реакциями на сложившуюся ситуацию и проявлениями болезни — все те взаимосвязи, которые он до того не осознавал. Уяснение их является переломным моментом в терапии, но достигается оно не сразу. При успешном продвижении в этом направлении больной становится менее напряженным, более откровенным, постепенно начинает критически переосмысливать свои прежние жизненные позиции, иначе оценивать свою ситуацию. Решающим моментом служит завершающая процесс психотерапии перестройка нарушенных отношений больного. При этом речь идет не просто об изменении отношения к данному травмирующему обстоятельству, что само по себе не всегда возможно. Излечение наступает, если удается изменить систему отношений больного в целом, если изменятся в широком плане его жизненные позиции и установки.

Психотерапевт осуществляет «дело перестройки личности и отношений больного», опираясь на такие капитальные ее свойства, как сознательность (способность человека давать отчет о событиях не только настоящего, но и прошедшего и будущего), социальность (способность подчинять собственные интересы общим), самостоятельность (способность управлять своим поведением согласно общественно-социальным требованиям). «Эти сугубо личностные черты, недостатки их развития, — пишет Мясищев, — в той или иной из многочисленных комбинаций являются причинами невроза в трудных, вызывающих перенапряжение социальных условиях». И далее: «Именно в этом смысле и применительно к такому пониманию неврозов и их лечения может быть с правом применено понятие психотерапии отношений, использовавшееся ранее преимущественно по отношению к детям и в плане психоаналитического их лечения».

В психотерапевтических беседах применяются различные подходы и приемы: ободрение, убеждение, переубеждение, отвлечение, разъяснение сущности невроза и его симптомов. В дополнение к беседам, в зависимости от симптоматики невроза и его течения, оказываются полезными и другие психотерапевтические методы: внушение наяву и в гипнотическом состоянии, наркогипнотерапия, аутогенная тренировка и др. Эти методы могут выдвигаться на первый план при легких невротических расстройствах или при острых, относительно изолированных невротических моносимптомах. Психотерапия может сочетаться с применением медикаментозных средств и физиотерапии, способствующих нормализации нервных процессов и создающих фон, облегчающий контакт врача с больным. Однако эти средства имеют вспомогательное значение. В систему психотерапии входит и возможное содействие врача в нормализации, где это требуется, производственной или семейно-бытовой ситуации.

Патогенетическая психотерапии Мясищева создавалась в трудные для нашей страны 30-50-е годы. В работах самого Мясищева и его учеников, посвященных патогенетическому пониманию неврозов и их психотерапии, не могло не отразиться общественное сознание того времени с подчеркнутой идеологизацией психотерапии. Отсюда чрезмерно частые в этих работах ссылки на марксистско-ленинскую методологию и учение о высшей нервной деятельности и критика психоанализа.

На последней странице рукописи, подготовленной Мясищевым для 2-го издания монографии «Личность и неврозы», не вышедшего в свет по чисто техническим причинам, автор будущее социальное здоровье нашего общества рассматривал в качестве основного условия эффективной психотерапии неврозов и их профилактики: «Тогда свершится программа формирования совершенной личности в совершенном обществе». Он не знал, сколь длителен, труден, а порой и трагичен будет путь достижения этой цели нашим народом.

Мясищев Владимир Николаевич родился в 1892 г. в семье мирового судьи. В 1919 г. закончил медицинский факультет Психоневрологического института в Петрограде и до последнего дня жизни его деятельность была связана с этим учреждением. На научные взгляды Мясищева значительное влияние оказали Бехтерев и Лазурский, учеником которых он являлся. Мясищевым были разработаны психология отношений, клинико-патогенетическая концепция неврозов и патогенетическая психотерапия. С 1945 г., не покидая пост директора Института им. В. М. Бехтерева, он стал профессором Ленинградского государственного университета, где в дальнейшем заведовал кафедрой психологии, принимал активное участие в создании Факультета психологии ЛГУ, открытого в 1966 г. Мясищев стал первым председателем Проблемной комиссии по медицинской психологии Академии медицинских наук СССР.

Основные труды: «Психические свойства человека», совместно с Ковалевым (1957, 1960), «Личность и неврозы» (1960), «Введение в медицинскую психологию», совместно с Лебединским (1966).

Умер Мясищев в 1973 г., будучи научным консультантом Института им. В. М. Бехтерева и профессором ЛГУ.

**Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова.** Психотерапевтическое направление, представляющее собой дальнейшее развитие учения Мясищева о неврозах и их психотерапии. По основным своим теоретическим положениям личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия может быть отнесена к психодинамическому направлению в психотерапии. Разрабатывается в отделении неврозов и психотерапии Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева. Становление личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии как самостоятельного направления в психотерапии может быть отнесено к началу 70-х годов и включает в себя: 1) концепцию личности как систему отношений индивида с окружающей средой; 2) биопсихосоциальную концепцию невротических расстройств, в рамках которой невроз понимается прежде всего как психогенное заболевание, обусловленное нарушением значимых для личности отношений; 3) систему личностно-ориентированной индивидуальной и групповой психотерапии, основной целью которой является достижение позитивных личностных изменений (коррекция нарушенной системы отношений, неадекватных когнитивных, эмоциональных и поведенческих стереотипов), что ведет как к улучшению субъективного самочувствия пациента и устранению симптоматики, так и к восстановлению полноценного функционирования личности. Теория личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии содержит представления о ее целях и задачах, механизмах лечебного действия, специфике и этапах психотерапевтического процесса, особенностях взаимодействия пациента, психотерапевта и группы, методических подходах и технических приемах и пр.

Первоначально цели и задачи личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии формулировались следующим образом: 1) глубокое и всестороннее изучение личности больного: специфики формирования, структуры и функционирования его системы отношений, особенностей его эмоционального реагирования, мотивации, потребностей; 2) выявление и изучение этиопатогенетических механизмов, способствующих возникновению и сохранению невротического состояния и симптоматики; 3) достижение у больного осознания и понимания причинно-следственных связей между особенностями его системы отношений и его заболеванием; 4) изменение и коррекция нарушенной системы отношений больного неврозом; 5) при необходимости помощь больному в разумном разрешении его психотравмирующей ситуации, изменении его объективного положения и отношения к нему окружающих.

Дальнейшее развитие личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, которое во многом связано с широким использованием групповой психотерапии, позволило на основе анализа опыта практической работы и научных исследований в данной области более четко и конкретно сформулировать основные теоретические положения этой психотерапевтической системы в целом применительно и к индивидуальной, и к групповой ее формам, и прежде всего ее цели и задачи, а также представления о механизмах лечебного действия.

Сформулированные вначале задачи личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии по сути дела отражают поэтапный характер психотерапевтического процесса — от изучения личности пациента и пациентом, через осознание, к коррекции нарушенных отношений личности — и фокусируют психотерапевтический процесс преимущественно на когнитивных аспектах. Однако личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия не просто включает в качестве своих задач три плоскости изменений (когнитивную, эмоциональную и поведенческую) — сам процесс психотерапии основан на сбалансированном использовании когнитивных, эмоциональных и поведенческих механизмов.

Цели и задачи любого психотерапевтического направления, ориентированного на личностные изменения, вытекают из представлений о специфике личностных нарушений, что, в свою очередь, определяется личностной концепцией. Именно поэтому в рамках конкретного направления цели и задачи психотерапии формулируются в общем виде как для индивидуальной, так и для групповой психотерапии, но решаются с помощью собственных средств.

Задачи личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии с учетом трех плоскостей ожидаемых изменений более подробно могут быть сформулированы следующим образом.

1. Познавательная сфера (когнитивный аспект, интеллектуальное осознание). Процесс психотерапии должен помочь пациенту осознать:

— связь между психогенными факторами и возникновением, развитием и сохранением невротических расстройств;

— какие ситуации вызывают напряжение, тревогу, страх и другие негативные эмоции, провоцирующие появление, фиксацию и усиление симптоматики ;

— связь между негативными эмоциями и появлением, фиксацией и усилением симптоматики;

— особенности своего поведения и эмоционального реагирования в различных ситуациях, их повторяемость, степень адекватности и конструктивности;

— как воспринимается его поведение другими, как реагируют окружающие на те или иные особенности поведения и эмоционального реагирования и как оценивают их, какие последствия имеет такое поведение;

— существующее рассогласование между собственным образом Я и восприятием себя другими;

— собственные потребности, стремления, мотивы, отношения, установки, а также степень их адекватности, реалистичности и конструктивности;

— характерные защитные психологические механизмы;

— внутренние психологические проблемы и конфликты;

— более глубокие причины переживаний, способов поведения и эмоционального реагирования начиная с детства, а также условия и особенности формирования своей системы отношений;

— собственную роль, меру своего участия в возникновении, развитии и сохранении конфликтных и психотравмирующих ситуаций, а также того, каким путем можно было бы избежать их повторения в будущем.

В целом задачи интеллектуального осознания в личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии сводятся к трем аспектам: осознание связей «личность — ситуация — болезнь», осознание интерперсонального плана собственной личности и осознание генетического (исторического) плана. Следует подчеркнуть, что первая стадия осознания, которая условно обозначается как «ситуация — личность — болезнь», не имеет определяющего значения для собственного психотерапевтического эффекта. Она скорее создает более устойчивую мотивацию для активного и осознанного участия пациента в психотерапевтическом процессе.

2. Эмоциональная сфера. Процесс психотерапии должен помочь пациенту:

— получить эмоциональную поддержку со стороны психотерапевта или группы, пережить положительные эмоции, связанные с принятием, поддержкой и взаимопомощью;

— пережить в рамках психотерапевтического процесса те чувства, которые он часто испытывает в реальной жизни, воспроизвести те эмоциональные ситуации, которые были у него в реальной жизни и с которыми он не мог справиться;

— пережить неадекватность некоторых своих эмоциональных реакций;

— научиться искренности в чувствах к себе и другим людям;

— стать более свободным в выражении собственных позитивных и негативных эмоций;

— научиться более точно понимать и принимать, а также вербализовать собственные чувства;

— раскрыть свои проблемы с сопутствующими им переживаниями (зачастую ранее скрытыми от самого себя или искаженными);

— модифицировать способ переживаний, эмоционального реагирования, восприятия себя самого и своих отношений с другими;

— произвести эмоциональную коррекцию своих отношений.

В целом задачи личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии в эмоциональной сфере охватывают 4 основных аспекта: точное распознавание и вербализацию собственных эмоций, а также их принятие; переживание заново и осознание прошлого эмоционального опыта; непосредственное переживание и осознание опыта психотерапевтического процесса и своего собственного; формирование более эмоционально благоприятного отношения к себе.

3. Поведенческая сфера. Процесс психотерапии должен помочь пациенту:

— увидеть собственные неадекватные поведенческие стереотипы;

— приобрести навыки более искреннего, глубокого и свободного общения;

— преодолеть неадекватные формы поведения, проявляющиеся в процессе психотерапии, в том числе связанные с боязнью субъективно сложных ситуаций;

— развить формы поведения, связанные с сотрудничеством, ответственностью и самостоятельностью;

— закрепить новые формы поведения, в частности те, которые будут способствовать адекватной адаптации и функционированию в реальной жизни;

— выработать и закрепить адекватные формы поведения и реагирования на основе достижений в познавательной и эмоциональной сферах.

В самом общем виде направленность личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии применительно к поведенческой сфере может быть сформулирована как задача формирования эффективной саморегуляции на основе адекватного, точного самопонимания и более эмоционально благоприятного отношения к себе.

Таким образом, задачи личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии фокусируются на трех составляющих самосознания — на самопонимании, отношении к себе и саморегуляции, а общая цель может быть определена как формирование адекватного самосознания и расширение его сферы.

Механизмы лечебного действия личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии лежат в трех основных плоскостях — когнитивной, эмоциональной и поведенческой — и могут быть обозначены как конфронтация, корригирующий эмоциональный опыт и научение.

Конфронтация, по мнению большинства авторов, является ведущим механизмом лечебного действия психотерапии, ориентированной на личностные изменения. Конфронтация, понимаемая как столкновение пациента с самим собой, со своими проблемами, конфликтами, отношениями и установками, с характерными эмоциональными и поведенческими стереотипами, осуществляется в основном за счет обратной связи между участниками психотерапевтического процесса. В ходе индивидуальной психотерапии «инструментом» обратной связи выступает психотерапевт, который не столько привносит в нее содержание, сколько отражает различные аспекты психологической реальности пациента, концентрируя внимание на сложностях и противоречиях. Обратная связь в групповой психотерапии является более многоплановой, так как осуществляется между каждым из членов группы и группой как целым. Каждый участник за счет обратной связи получает разнообразную информацию о самом себе: как он воспринимается другими, какие эмоциональные реакции вызывает его поведение у окружающих, насколько адекватно его понимание различных межличностных ситуаций, каковы цели и мотивы его поведения, насколько его актуальное поведение способствует или препятствует достижению этих целей и насколько они реалистичны, какие эмоциональные и поведенческие стереотипы для него характерны, какую связь между его прошлым опытом и актуальным поведением видят другие и пр. Обратная связь дает участнику группы возможность осмыслить и оценить значение собственного Я в типичных для него межличностных ситуациях и, соотнося прошлое и настоящее, понять собственные проблемы и особенности своих отношений. Пациент видит себя как бы в различных зеркалах, которыми являются участники психотерапевтической группы. Конфронтация пациента с отраженным образом Я, во многом не согласующимся с существующим представлением о себе, способствует осознанию новых аспектов собственной личности и интеграции полученной информации, что приводит к расширению образа Я и его большей адекватности. Однако материал осознания, хотя и относится прежде всего к личности пациента, включает и иные аспекты, связанные с более адекватным пониманием других людей, особенностей их переживаний и поведения, а также определенных общих аспектов функционирования человеческой психики, взаимоотношений и взаимосвязи психических и соматических процессов, межличностного взаимодействия, иными словами, всего того, что можно обозначить как развитие психологической культуры в широком смысле. Очевидно, что групповая психотерапия создает более благоприятные условия для такого осознания, поскольку являет собой реальное эмоциональное взаимодействие, в котором во всей полноте раскрываются психологические особенности каждого участника группы, и представляет более широкие возможности для сопоставления собственных отношений, установок и позиций с отношениями, установками и позициями других людей. Такое сопоставление способствует не только более глубокому пониманию самого себя, но и повышению чувствительности к другим, принятию и уважению ценности и значимости других людей, несмотря на существующие личностные различия, а это, в свою очередь, ведет к улучшению межличностного взаимодействия, снижает напряжение и уменьшает сложности во взаимоотношениях .

Корригирующий эмоциональный опыт (или корригирующее эмоциональное переживание) включает: переживание и анализ своего эмоционального опыта (прошлого, в том числе относящегося к родительской семье, и актуального, связанного собственно с процессом психотерапии) и эмоциональную поддержку. Эмоциональная поддержка означает для пациента принятие его психотерапевтом (или группой), признание его человеческой ценности и значимости, уникальности его внутреннего мира, готовность понимать его, исходя из его отношений, установок и ценностей. Конструктивная переработка содержания обратной связи, становление адекватного самопонимания предполагает принятие пациентом новой информации о себе, которая часто не согласуется с собственными представлениями. Низкая самооценка, эмоционально неблагоприятное отношение к себе препятствуют восприятию пациентом новой информации, обостряя действие защитных механизмов; более позитивная самооценка, напротив, снижает уровень психологической угрозы, уменьшает сопротивление, делает пациента более открытым для новой информации и нового опыта. Это означает, что самооценка и отношение к себе играют чрезвычайно важную роль в становлении адекватного самопонимания и могут как способствовать, так и препятствовать этому процессу. Эмоциональная поддержка оказывает стабилизирующее положительное воздействие на самооценку, повышает степень самоуважения и производит корригирующее эмоциональное воздействие на такой важнейший элемент системы отношений, каким является отношение к себе, практически всегда неадекватное в структуре отношений невротической личности. Изменение отношения к себе происходит, с одной стороны, под влиянием нового знания о себе, а с другой — в связи с изменением эмоционального компонента этого отношения, которое и обеспечивается в основном за счет эмоциональной поддержки. Принятие пациента психотерапевтом (или группой) способствует развитию сотрудничества, облегчает усвоение пациентом психотерапевтических норм, повышает его активность и ответственность в психотерапевтическом процессе, создает условия для самораскрытия. Аналогом принятия в индивидуальной психотерапии является групповая сплоченность в групповом психотерапевтическом процессе, которая обеспечивает еще более высокий и многоплановый уровень эмоциональной поддержки. Корригирующее эмоциональное переживание связано также с переживанием пациентом своего прошлого и текущего (актуального) опыта. Возникновение в ходе психотерапии различных эмоциональных ситуаций, с которыми пациент не мог справиться в реальной жизни, позволяет в особых психотерапевтических условиях вычленить эти переживания, проанализировать их, пережить заново, переосмыслить и выработать более адекватные формы эмоционального реагирования. Еще один аспект корригирующего эмоционального переживания связан с проекцией эмоционального опыта, полученного в родительской семье, на психотерапевтическую ситуацию. Анализ этих переживаний на основе эмоционального взаимодействия в психотерапевтической ситуации позволяет пациенту в значительной степени переработать эмоциональные проблемы, уходящие корнями в родительскую семью.

Научение в рамках личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии осуществляется как прямо, так и косвенно. Групповая психотерапия более благоприятствует реализации поведенческих механизмов в сравнении с индивидуальной. Группа выступает как модель реального поведения пациента, в которой он проявляет типичные для него поведенческие стереотипы, и создает условия для исследования пациентом собственного межличностного взаимодействия, выявляя в нем конструктивные и неконструктивные элементы, приносящие удовлетворение или вызывающие негативные переживания, и для выработки навыков полноценного общения. Пациент начинает ощущать свою способность к изменениям, которые приносят ему удовлетворение и позитивно воспринимаются другими. Все это создает благоприятные предпосылки для генерализации достигнутых поведенческих изменений и на другие ситуации, в реальной жизни.

В системе личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии индивидуальная и групповая ее формы решают общие психотерапевтические задачи (раскрытие и переработку внутреннего психологического конфликта и коррекцию нарушенных отношений личности, обусловивших возникновение и субъективную неразрешимость конфликта, а также фиксирующих его), используя свою специфику. При этом индивидуальная психотерапия в большей степени ориентирована на исторический (генетический) план личности пациента, но учитывает и реальную ситуацию взаимодействия, а групповая — на межличностные аспекты, но обращается и к историческому плану личности пациента.

Условно можно выделить определенную последовательность в поведении врача в процессе индивидуальной личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии. При первой встрече с пациентом он минимально активен, недирективен, способствует искреннему раскрытию эмоциональных переживаний пациента, созданию доверительного контакта. Затем, увеличивая свою активность, приступает к выяснению «внутренней картины болезни», к вербализации пациентом его представлений о болезни, ожиданий от лечения и перспектив выздоровления. Проводя коррекцию концепции болезни у пациента, врач обсуждает с ним данные обследований, помогает понять, что причины невроза кроются не в органических изменениях, и уловить связь эмоциональных факторов с симптоматикой. В этот период психотерапевт предоставляет больному соответствующую информацию и выступает преимущественно в роли эксперта. После уяснения пациентом связи между симптоматикой и провоцирующими патогенными ситуациями содержание бесед существенно меняется. Их предметом становятся уже не симптомы, а психологические проблемы, переживания и отношения больного. Постепенно в процессе обсуждения и переработки этого материала в сознании пациента выстраивается определенная схема из различных звеньев новой концепции болезни (эмоциональные факторы или патогенные ситуационно-личностные позиции или отношения — потребности или мотивы — невротический конфликт — симптоматика). Взаимоотношения с больным углубляются, психотерапевт становится помощником в интенсивной работе пациента над его внутренним миром. На заключительном этапе личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии психотерапевт снова увеличивает свою активность и даже директивность в испытании и закреплении пациентом новых способов восприятия, эмоционального реагирования и поведения.

В течение лечебного курса при использовании этого метода на всех его этапах постоянно осуществляются 2 взаимосвязанных психологических процесса — осознание и реконструкция отношений личности. 1-й процесс — осознание, инсайт — заключается в постепенном расширении сферы самосознания больного, связанном с необходимостью понимания им истинных источников собственных невротических расстройств; 2-й — реконструкция отношений личности — в соответствии со степенью осознания проявляется в коррекции нарушенных и выработке новых отношений на познавательном, эмоциональном и поведенческом уровнях. Что же может осознать пациент в процессе личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии? Психотерапевт помогает больному осмыслить связи между способами реагирования в определенных жизненных обстоятельствах, нарушенными значимыми для него отношениями и возникновением невроза.

Врач выступает здесь в роли проводника в познании больным своего внутреннего мира. На трудности этого пути указывал Павлов. «Надлежит, — писал великий физиолог, — отыскать вместе с больным или помимо его или даже при его сопротивлении среди хаоса жизненных отношений те разом или медленно действовавшие условия и обстоятельства, с которыми может быть связано происхождение болезненного отклонения, происхождение невроза. Дальше нужно понять, почему эти обстоятельства обусловили такой результат у нашего больного, когда у другого человека они же остались без малейшего внимания».

В условиях личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии психотерапевт пытается расширить у больного область осознаваемого, чтобы помочь ему уяснить причинно-следственные связи, породившие невроз, вербализовать смутные переживания и уточнить те соотношения, которые сам пациент прежде не соединял в своем сознании. Важно «натолкнуть» больного на связывающие звенья между различными аспектами его поведения и эмоциональными особенностями, раскрывающие уязвимые точки его личности. Полезным в этом процессе является привлечение внимания больного к возможным аналогиям его эмоциональных отношений с психотерапевтом и со значимыми в его жизни лицами.

В отличие от психоанализа, при личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии речь идет о расширении сферы осознаваемого не на основе прямого анализа бессознательного и его антагонистического взаимодействия с сознанием, а посредством поиска связей между разобщенными прежде в сознании больного представлениями, точной вербализации неясных переживаний и понятий. Кроме того, в психоанализе смысл нового знания, понимания с помощью интерпретаций в определенной мере «навязывается» пациенту психоаналитиком, который исходит из довольно ограниченного набора жестких схем, прямо или косвенно связанных с сексуальностью человека в течение всей его жизни, особенно в раннем возрасте. При личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии пациент в сотрудничестве с психотерапевтом реконструирует самосознание, оставаясь в мире реальных событий и понятий.

Самое главное и самое трудное при обсуждении заключается в том, чтобы помочь больному понять, что его невроз был вызван не только обстоятельствами жизни и внешними конфликтами, но и внутренним конфликтом, в основе которого лежат его неадекватные отношения и малосовместимые потребности, вследствие чего он не способен разрешить свои проблемы. Конфликт сопровождается эмоциональным напряжением, дезорганизующим сомато-нервно-психическое функционирование пациента и вызывающим соответствующую симптоматику. Именно эти взаимосвязи психотерапевт и помогает осознать больному. Уяснение пациентом психологических механизмов болезни не является чисто рациональным, познавательным процессом; в него обязательно должны быть включены достаточно значимые эмоциональные переживания, которые и делают возможной необходимую перестройку личности на основе положительных внутренних ресурсов. Рациональное, интеллектуальное понимание пациентом своих невротических проблем и их причин само по себе малодейственно и к необходимым переменам в личности больного не приводит; оно должно быть завершающим звеном процесса осознания, эмоционально насыщенного в своей сущности.

Глубина осознания может быть разноуровневой. 1-й уровень может касаться понимания пациентом некоторых новых представлений о своем дезадаптивном поведении, в частности в условиях патогенной ситуации. Это осознание может возникнуть в обстановке откровенного общения с другими больными, медперсоналом и психотерапевтом, 2-й уровень отражает осмысление пациентом тех неадекватных отношений (в самооценке, отношении к другим людям и окружающему миру), которые лежат в основе его невротического поведения. На этом уровне осознания больной не только видит неконструктивность своего поведения в прошлом, но и понимает, почему он вел себя таким образом. 3-й уровень глубины понимания пациентом генеза своего невроза (особенно важно это бывает при невротических развитиях, требующих длительной психотерапии) связан с осознанием им нарушений в сфере мотивов и потребностей, лежащих в основе неправильно сформированных в ходе развития личности отношений. При анализе жизненной истории психотерапевту приходится обращать особое внимание пациента на развитие его чувств и форм поведения начиная с детства, когда в силу условий воспитания могла формироваться неадекватность системы его отношений. В процессе психотерапии не всегда удается достичь всех указанных уровней. Что же способствует достижению осознания (инсайта), если такая цель ставится психотерапевтом? Во-первых, прогностически полезными могут быть такие свойства, как способность больного к самонаблюдению, психологическая настроенность на самоанализ, рефлексия, склонность к самораскрытию, достаточный уровень интеллекта. Психологическая настроенность и самораскрытие пациента могут повышаться в процессе психотерапии. Во-вторых, важны такие условия, как эмпатический подход психотерапевта, доверительность в контакте и катарсис, кроме того, обратная связь (восприятие себя в реакциях других).

Осознание и понимание являются лишь началом психотерапии, вернее — ее условием. Важна реорганизация тех значимых в данной жизненной ситуации отношений личности, дезадаптирующее влияние которых проявляется в целостном функционировании пациента. Недостаточно адекватные вследствие «изъянов» развития личности отношения в определенных жизненных обстоятельствах могут быть не столько условием внешних и внутренних конфликтов, сколько причиной неспособности человека успешно решать эти конфликты. Именно эта неспособность и является основой развития невротических состояний. Задача психотерапии — путем реорганизации системы отношений сделать личность способной к разрешению трудностей. В отличие от рациональной и гипносуггестивной психотерапии, подобная психотерапия и может быть названа реконструктивной, так как реконструкция отношений личности — это главная и отличительная ее цель. Достижение этой цели ведет не только к устранению невротической симптоматики, но и к развитию новых, зрелых форм восприятия, переживаний и поведения пациента.

В ходе реконструкции нарушенных отношений больного происходят 2 процесса: коррекция неадаптивных позиций и выработка новых, более реалистичных, проверяющихся вначале в условиях терапевтической среды, а затем — во внелечебных ситуациях реальной жизни пациента. Изменение отношений во внутренней структуре личности осуществляется преимущественно с помощью двух основных психологических механизмов — идентификации и интернализации. Идентификация (отождествление) отражает довольно поверхностный и нестойкий уровень перемен в системе отношений и поведения пациента. Как правило, она является следствием удовлетворяющего определенные потребности больного (например, в признании или опеке) контакта с психотерапевтом. Пациент пытается усвоить одобряемые психотерапевтом формы поведения, конкретные суждения или представления. Обычно этот процесс усвоения специфических позиций носит неосознаваемый характер. Идентификация в ряде случаев может быть переходом к более глубокому уровню перемен, который осуществляется с помощью механизмов интернализации и интериоризации. Важным условием этого типа перемен является атмосфера положительного принятия больного психотерапевтом, интенсивность и глубина процесса осознания, конструктивное использование конфронтации в системе психотерапевтических воздействий.

Процесс реконструкции отношений и выработки нового поведения пациента протекает обычно с определенными трудностями, противодействием, сопротивлением больного. Это сопротивление — реальный клинический факт, затруднение, возникающее при коррекции неадаптивного поведения пациента. Представляя собой проявление психологической защиты, сопротивление обычно отражает реакцию пациента на болезненное для него прикосновение к зачастую глубоко скрытым или скрываемым тягостным переживаниям, а также на перестройку неадаптивного поведения. Сопротивление больного проявляется в общении с психотерапевтом в различных формах — в уклонении от обсуждения наиболее важных проблем и переживаний, в молчании, в переводе разговора на другую тему, в неясности формулировок проявления своего заболевания, в неприятии реальных фактов, в отрицательной реакции на те или иные методы лечения, в юморе, иногда даже в излишней податливости и согласии с высказываниями психотерапевта без должной их переработки.

Степень сопротивления, противодействия психотерапевтическому влиянию в процессе лечения может изменяться. Она повышается при несовместимости установок больного и психотерапевтического стиля психотерапевта, при явном игнорировании устойчивых лечебных ожиданий пациента, при преждевременной интерпретации, при чрезмерных требованиях от него откровенности или активности, при неверии психотерапевта в возможности больного и при внутренней отрицательной позиции (критика без одобрения, ирония) и т. д. Следует отличать сопротивление от резистентности к психотерапии. Последняя может быть обусловлена такими характеристиками больного, как низкая мотивация к лечению вплоть до рентной установки, низкий интеллект или негибкость мышления, психический инфантилизм. Изменения в системе отношений больного, и прежде всего в самооценке, тесно связаны с перестройкой его поведения. Важными являются направленная коррекция малоадаптивных форм поведения и выработка новых, более адекватных достигнутому уровню интеграции внутреннего мира пациента.

В последние годы, основываясь на известной пластичности и открытости системы личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии и учитывая преимущественно психодинамическую ее направленность, ее авторы стремились к разумной интеграции в эту систему принципов и методов второго и третьего направлений современной психотерапии — гуманистического и бихевиористского. Трехкомпонентный характер отношений, представляющий собой основной системообразующий фактор в принятой концепции личности, создает предпосылки для интеграции других психотерапевтических приемов. Следует лишь подчеркнуть, что, в то время как личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия направлена на достижение основной стратегической цели — реконструкции и гармонизации нарушенной системы отношений личности, послужившей главной причиной невротической декомпенсации, другие психотерапевтические приемы решают скорее тактические задачи, в целом повышая эффективность и экономичность психотерапевтических воздействий.

**Контрольные вопросы**

1. В теории личности Фрейда значимым аспектом является:

1) стремление к превосходству;

2) чувство неполноценности;

3) бессознательное;

4) самоактуализация.

2. Ассоциативный эксперимент как методика психотерапии и диагностики личности разработана:

1) Фрейдом;

2) Юнгом;

3) Брейером;

4) Бернгеймом.

3. Представителем «культурного психоанализа» не является:

1) Салливан;

2) Хорни;

3) Фромм;

4) Райх.

4. Какую позицию занимает ортодоксальный психоаналитик по отношению к своему пациенту?

1) директивную и принимающую;

2) недирективную и принимающую;

3) принимающую и поддерживающую;

4) директивную и дистанцированную.

5. На приеме у динамического психотерапевта пациентка намеками демонстрирует симпатию к психотерапевту; последнему следует выбрать конструктивную тактику:

1) не замечать такого поведения, поскольку переживания пациентки — это ее личное дело;

2) во время занятия не обращать внимания на такое поведение пациентки, а после окончания занятия вне основного времени обсудить с ней ее поведение;

3) напрямую поговорить о поведении пациентки в начале занятия, чтобы можно было без помех продолжать работу;

4) сделать обнаружившийся факт симпатии пациентки к себе содержанием занятия.

6. Архетипы по Юнгу представляют собой «изначальные первообразы», имеющиеся в каждом человеке, и составляют содержание:

1) низшего бессознательного;

2) индивидуального бессознательного;

3) коллективного бессознательного;

4) личного бессознательного.

7. Согласно Адлеру, существенной характеристикой личности является:

1) чувство общности;

2) ориентация интересов на внешний (экстраверт) или внутренний (интроверт) мир;

3) организмический процесс оценки;

4) защитный панцирь.

8. Основной задачей личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии на начальном этапе является:

1) выработка и закрепление желаемых форм поведения;

2) установление контакта и определение дезадаптивных стереотипов в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах личности;

3) устранение симптома;

4) бессознательные психические процессы должны быть как можно более глубоко раскрыты и представлены сознанию;

9. К приемам личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии при неврозах относятся:

1) диалог между частями собственной личности;

2) моделирование;

3) советы относительно способов решения трудной жизненной ситуации;

4) осознание психологических механизмов невроза (причинно-следственных связей между конфликтами, дезадаптивными стереотипами системы отношений и симптоматикой).

**Лекция 7. Поведенческая терапия**

План:

1. Классический бихевиоризм Д.Уотсона, его связь с рефлексологией. Представление о научении.
2. Изменение поведения как цель бихевиористической психотерапии. Основные методы поведенческой терапии: реципрокного торможения, систематической десенсибилизации, иммерсии (наводнения, имплозии), негативного воздействия (парадоксальной интенции).
3. Коррекция импульсивного поведения подростков методом оперантного обусловливания с помощью жетонной системы Д. Бардилла.
4. Использование наработок бихевиористов в области создания тренингов по выработке разнообразных умений.
5. тренингов: управление тревогой; планирование будущей карьеры; принятие решений; коммуникативные умения; предупреждение причин возникновения стресса; уверенности в себе; перестройка убеждений; релаксационный тренинг и т.д.
6. Возможные ограничения и трудности использования идей бихевиористской терапии. Ограниченность применения любого отдельно взятого направления психотерапии.

Поведенческая психотерапия относит различные виды научения (обусловливания) к краеугольным основам своей теории. Первый опыт применения поведенческой терапии, описанный пионерами этого направления Павловым и Скиннером, был связан с классическим и оперантным обусловливанием.

Павлов Иван Петрович родился в 1849 г. в селе Кривополье Рязанской губернии в семье священника. Окончив в 1864 г. духовное училище, поступил в Рязанскую духовную семинарию. Увлекшись работами Писарева, решил изучать естественные науки, оставил семинарию и в 1870 г. поступил на физико-математический факультет Петербургского университета. Под влиянием трудов Сеченова начал специализироваться по физиологии. Окончил университет в 1875 г. и сразу поступил на 3-й курс Медико-хирургической академии. Во время обучения руководил небольшой лабораторией в клинике Боткина. Научные труды Павлова стали основополагающими в физиологии высшей нервной деятельности, явились научной базой бихевиоризма, в СССР легли в основу павловской психотерапии. В 1904 г. ему была присуждена Нобелевская премия за исследования в области физиологии.

Основные труды: «Лекции о работе главных пищеварительных желез» (1897), «Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных» (1924), «Лекции о работе больших полушарий головного мозга» (1926 — 1927), «Павловские среды» (1949), изданные в 3 томах (стенограммы заседаний коллектива сотрудников физиологических лабораторий, руководимых Павловым).

Умер Павлов в 1936 г. от пневмонии в возрасте 87 лет.

Скиннер Беррес Фредерик родился в 1904 г. в Саскеханне, штат Пенсильвания в семье адвоката. Учиться начал в Колледже Гамильтона, получил степень бакалавра по английской литературе, намеревался стать писателем. Вскоре прекратил литературные изыскания и изучал в Гарварде психологию. Во время учебы ему довелось общаться с такими выдающимися учеными, как Боринг, Пратт, Меррей, Крозье. На формирование его научных взглядов оказали влияние труды Павлова, Шеррингтона, Уотсона, Бриджмена, Рассела. Степень доктора получил в 1931 г. и 5 лет проработал в Гарвардской медицинской школе в лаборатории Крозье. В 1936 г. начал преподавательскую деятельность в Миннесотском университете, где за 9 лет приобрел репутацию одного из ведущих экспериментальных психологов своего времени. Затем 3 года возглавлял кафедру психологии Университета штата Индиана, после чего возвратился в Гарвард, где с небольшими перерывами работал до самой смерти. Был удостоен многих престижных наград, таких как премия Американской психологической ассоциации «За выдающиеся научные заслуги», право чтения Джеймсовских лекций в Гарварде, президентская медаль за научные достижения.

Основные труды: «Поведение организмов» (1938), роман «Уолден 2» (1948), «Наука и человеческое поведение» (1953), «Техника обучения» (1968), «О бихевиоризме» (1974), «Размышления о бихевиоризме и обществе» (1978).

Умер Скиннер в 1990 г. в возрасте 86 лет, всего за день до смерти закончил редактировать последнюю статью.

Классическое, или павловское, обусловливание показывало, что формирование условной реакции подчиняется важнейшему требованию: совпадению во времени индифферентного и безусловного раздражителей. Классическое обусловливание заключено в формуле: «стимул—реакция».

Суть оперантного обусловливания можно отразить следующим образом: поведение закрепляется (контролируется) его результатами и последствиями. Поведение, которое приводит к достижению положительного результата, закрепляется, и наоборот, не приводящее к нему, ослабляется или угасает (положительное и отрицательное подкрепление).

По мере того, как новые поколения врачей применяли поведенческие техники, стало выясняться, что ряд проблем пациентов гораздо сложнее, чем сообщалось в прежних публикациях. Обусловливание адекватно не объясняло сложный процесс социализации и научения личности. Интерес к самоконтролю и саморегуляции в рамках поведенческой психотерапии приблизил «средовой детерминизм» (жизнь человека определяется прежде всего его внешним окружением) к реципрокному детерминизму (личность — не пассивный продукт среды, а активный участник своего развития).

Публикация статьи «Психотерапия как процесс научения» в 1961 г. Бандуры и его последующие работы были событием для психотерапевтов, ищущих более интегративных подходов. Бандура представил в них теоретические обобщения механизмов оперантного и классического научения и одновременно подчеркнул важность когнитивных процессов в регуляции поведения.

Модель обусловливания человеческого поведения уступила дорогу теории, основанной на когнитивных процессах. Эта тенденция была очевидной в реинтерпретации систематической десенсибилизации Вольпе как противообусловливающей техники с точки зрения таких когнитивных процессов, как ожидание, копинг-стратегия и воображение, что привело к специфическим направлениям терапии, таким как скрытое моделирование (Каутела), тренинг навыков и умений. В настоящее время существует по меньшей мере 10 направлений психотерапии, делающих акцент на когнитивном научении и подчеркивающих значение того или иного когнитивного компонента (Бек, Эллис, Мейхенбаум). Приводим их общие принципы.

1. Многие симптомы и поведенческие проблемы являются следствием пробелов в обучении, образовании и воспитании. Чтобы помочь пациенту изменить неадаптивное поведение, психотерапевт должен знать, как проходило психосоциальное развитие пациента, видеть нарушения семейной структуры и различных форм коммуникации. Этот метод высоко индивидуализирован для каждого пациента и семьи.

Так, у пациента с личностным расстройством обнаруживаются в сильной степени переразвитые или недоразвитые поведенческие стратегии (например, контроль или ответственность), преобладают однообразные аффекты (например, редко выражаемый гнев у пассивно-агрессивной личности), а на когнитивном уровне представлены ригидные и генерализованные установки в отношении многих ситуаций. Эти пациенты с детства фиксируют дисфункциональные схемы восприятия себя, окружающего мира и будущего, подкрепляемые родителями. Психотерапевту необходимо изучить историю семьи и понять, что поддерживает поведение пациента в дисфункциональной манере. У лиц с личностными расстройствами труднее формируется «доброкачественная» альтернативная когнитивная система.

2. Имеются тесные взаимоотношения между поведением и средой. Отклонения в нормальном функционировании поддерживаются в основном подкреплением случайных событий в среде (например, стиль воспитания ребенка). Выявление источника нарушений (стимулов) — важный этап метода. Это требует функционального анализа, то есть детального исследования поведения, а также мыслей и ответов в проблемных ситуациях.

3. Нарушения поведения являются квази-удовлетворением базисных потребностей в безопасности, принадлежности, достижении, свободе.

4. Моделирование поведения представляет собой одновременно обучающий и психотерапевтический процесс. Когнитивно-поведенческая психотерапия использует достижения, методы и техники классического (условно-рефлекторного, павловского), оперантного, наблюдательного (моделирование поведения), когнитивного научения и саморегуляции поведения.

5. Когнитивный компонент является решающим в процессе научения. Считается, что поведение может быть изменено в результате наблюдения за ним и устранения когнитивного дефицита или когнитивных искажений.

6. Лечение активно вовлекает пациента и семью, включает практику альтернативного поведения на психотерапевтическом занятии и в реальной среде, предусматривает систему обучающих домашних заданий, активную программу подкреплений, ведение записей и дневников, то есть методика психотерапии структурирована.

7. Прогноз и результативность лечения определяются в параметрах наблюдаемого улучшения поведения.

Если раньше поведенческая психотерапия ставила основной своей задачей устранение или исключение нежелательного поведения или ответа (агрессии, тиков, фобии), то в настоящее время акцент смещен на научение пациента позитивному поведению (уверенность в себе, позитивное мышление, достижение целей и т. д.), активацию ресурсов личности и ее окружения.

Иными словами, происходит смещение с патогенетического на саногенетический подход.

Когнитивно-поведенческая психотерапия (моделирование поведения) является одним из ведущих направлений психотерапии в США, Германии и ряде других стран, входит в стандарт подготовки врачей-психиатров.

Моделирование поведения — метод, легко применимый в амбулаторных условиях, он ориентирован на проблему, его чаще называют обучением, что привлекает клиентов, избегающих слово «пациент». Он стимулирует к самостоятельному решению проблем, что очень важно для пациентов с пограничными расстройствами, в основе которых нередко лежит инфантилизм. Кроме того, многие приемы когнитивно-поведенческой психотерапии представляют конструктивные копинг-стратегии, помогая пациентам приобрести навыки адаптации в социальной среде.

Когнитивно-поведенческая психотерапия относится к краткосрочным методам психотерапии. Она интегрирует когнитивные, поведенческие и эмоциональные стратегии для изменений личности; подчеркивает влияние когниций и поведения на эмоциональную сферу и функционирование организма в широком социальном контексте. Термин «когнитивный» используется потому, что обнаружение специфических нарушений эмоций и поведения нередко зависит от ошибок в познавательном процессе, дефицита в мышлении. В «когниции» входят убеждения, установки, информация о личности и среде, прогнозирование и оценка будущих событий. Пациенты могут неправильно интерпретировать жизненные стрессы, судить себя слишком строго, придти к неправильным выводам, иметь о себе негативные представления. Когнитивно-поведенческий психотерапевт, работая с пациентом, применяет и использует логические приемы и поведенческие техники для решения проблем совместными усилиями психотерапевта и пациента.

Когнитивно-поведенческая психотерапия нашла свое широкое применение при лечении невротических и психосоматических расстройств, аддиктивного и агрессивного поведения, нервной анорексии.

Тревога может быть нормальным и адаптивным ответом на множество ситуаций. Способность распознавать и избегать угрожающих событий является необходимым компонентом поведения. Некоторые страхи исчезают без всякого вмешательства, но длительно существующие фобии могут оцениваться как патологический ответ.

Тревожные и депрессивные расстройства нередко связаны с псевдовосприятием окружающего мира и требованиями среды, а также жесткими установками по отношению к себе. Депрессивные пациенты считает себя менее способными, чем здоровые лица в связи с такими когнитивными ошибками, как «селективная выборка», «сверхобобщение», «принцип все или ничего», минимизация позитивных событий.

Поведенческая психотерапия всегда служила средством выбора при обсессивно-фобических расстройствах. Она базируется на принципах когнитивно-поведенческой психотерапии и по необходимости дополняется фармакотерапией транквилизаторами, антидепрессантами, бета-блокаторами.

Следующие поведенческие лечебные цели осуществляются у пациентов с обсессивно-фобическими расстройствами:

— полная элиминация или редукция навязчивой симптоматики (мысли, опасения, действия); перевод ее в социально приемлемые формы;

— устранение индивидуальных факторов (чувство малоценности, недостаток уверенности), а также нарушений контактов по горизонтали или вертикали, потребности в контроле со стороны значимого микросоциального окружения и т. д.;

— устранение вторичных проявлений болезни, таких как социальная изоляция, школьная дезадаптация и т. д.

Когнитивно-поведенческая психотерапия при нервной анорексии преследует следующие кратко- и долгосрочные лечебные цели.

Краткосрочные цели: восстановление преморбидного веса тела как необходимого условия для психотерапевтической работы, а также восстановление нормального пищевого поведения. Долгосрочные цели: создание позитивных установок или развитие альтернативных интересов (других, чем соблюдение диеты), обновление поведенческого репертуара, постепенно заменяющего анорексическое поведение; лечение фобии или страха потери контроля за массой тела, нарушений схемы тела, заключающегося в способности и потребности распознавать собственное тело; устранение неуверенности и беспомощности в контактах, в отношении полоролевой идентичности, а также проблем отделения от родительского дома и принятие роли взрослого. Это ключевые задачи психотерапии, которые приводят не только к изменениям веса (симптомо-ориентированный уровень), но и к разрешению психологических проблем (личностно-ориентированный уровень). Распространен следующий алгоритм психотерапевтических мероприятий: когнитивно-ориентированная поведенческая психотерапия, вначале в индивидуальной форме. Она состоит из приемов самоконтроля, шкалирования целей, тренинга уверенного поведения, тренинга решения проблем, подписания контрактов по восстановлению массы тела, метода прогрессирующей мышечной релаксации по Джекобсону. Затем для снятия уникальности симптоматики и налаживания контактов пациента включают в групповую психотерапию. Практикуется интенсивная поддерживающая психотерапия, и параллельно с этим проводится системная семейная психотерапия.

Аддиктивное поведение может быть оценено в терминах позитивных (положительное подкрепление) и негативных последствий (отрицательное подкрепление). При проведении психотерапии определяется распределение обоих видов подкреплений при оценке психического статуса пациента. Позитивное подкрепление включает удовольствие от приема психоактивного вещества, связанные с ним приятные впечатления, отсутствие неприятных симптомов абстиненции в начальный период приема веществ, поддержание через наркотики социальных контактов с ровесниками, иногда условную приятность роли больного. Негативные последствия аддиктивного поведения — более частая причина обращения к специалисту. Это появление физических жалоб, ухудшение когнитивных функций и т. д. Для включения такого пациента в лечебную программу необходимо найти «замещающее поведение» без приема психоактивных веществ или других видов девиантного поведения. Объем психотерапевтических вмешательств зависит от развития социальных навыков, степени выраженности когнитивных искажений и когнитивного дефицита.

Цели когнитивно-поведенческой психотерапии представляются следующим образом: 1) проведение функционального поведенческого анализа; 2) изменение представлений о себе; 3) коррекция дезадаптивных форм поведения и иррациональных установок; 4) развитие компетентности в социальном функционировании.

*Основные принципы проведения психотерапевтического сеанса.* Поведенческий и проблемный анализ считается наиболее важной диагностической процедурой в поведенческой психотерапии. Информация должна отражать следующие моменты: конкретные признаки ситуации (облегчающие, утяжеляющие условия для поведения-мишени); ожидания, установки, правила; поведенческие проявления (моторика, эмоции, когниции, физиологические переменные, частота, дефицит, избыток, контроль); временные последствия (краткосрочные, долгосрочные) с различным качеством (позитивные, негативные) и с различной локализацией (внутренние, внешние).

Помощь в сборе информации оказывает наблюдение за поведением в естественных ситуациях и экспериментальных аналогиях (например, ролевой игре), а также вербальные сообщения о ситуациях и их последствиях.

Цель поведенческого анализа — функциональное и структурно-топографическое описание поведения. Поведенческий анализ помогает осуществить планирование терапии и ее ход, а также учитывает влияние на поведение микросоциального окружения.

При проведении проблемного и поведенческого анализа существует несколько схем. Первая и наиболее отработанная заключается в следующем.

1. Описать детальные и зависимые от поведения ситуативные признаки. Улица, дом, школа — это чересчур глобальные описания. Необходима более тонкая дифференцировка.

2. Отразить поведенческие и относящиеся к жизни ожидания, установки, определения, планы и нормы; все когнитивные аспекты поведения в настоящем, прошлом и будущем. Они нередко скрыты, поэтому на первом сеансе их трудно обнаружить даже опытному психотерапевту.

3. Выявить биологические факторы, проявляющиеся через симптомы или отклоняющееся поведение.

4. Наблюдать моторные (вербальные и невербальные), эмоциональные, когнитивные (мысли, картины, сны) и физиологические поведенческие признаки. Глобальное обозначение (например, страх, клаустрофобия) мало применимо для последующей психотерапии. Необходимо качественное и количественное описание признаков.

5. Оценить количественные и качественные последствия поведения.

В качестве задач клинического интервью можно назвать и такие, как демонстрация пациенту его способа избирательной фиксации негативной информации и получения ложных выводов; подчеркивание наиболее важных проблем, которые могли бы послужить ключом к психотерапии; установление степени устойчивости к стрессу, выяснение способов совладания со стрессорами; выяснение «условной приятности» симптома; получение информации о мотивации пациента к изменениям; подробный анализ влияния микросоциального окружения; психопатологическое исследование, поиск ресурсов личности.

Поиск ресурсов может быть ориентирован в прошлое, настоящее и будущее. На самой проблеме психотерапевт не фиксируется, но активно подкрепляет любую находку пациента относительно возможности ее разрешения. Варианты вопросов: «Что раньше помогало преодолевать подобные проблемы? Как такие проблемы решали ваши родственники, знакомые? Когда последний раз Вы постояли за себя? Когда Вы последний раз получали удовольствие без чьей-либо поддержки? Делали ли Вы что-нибудь приятное для братьев и сестер? В чем Вы достигли большего, чем Ваши друзья?» Поиск ресурсов основан и на признании компетентности пациента. Пациентам нередко известно решение их проблемы, хотя они об этом с трудом догадываются. Образец вопроса: «Предположим, что Ваш друг с подобной проблемой пришел за советом. Что бы Вы ему сказали?».

Задача когнитивно-поведенческого психотерапевта — сделать пациента активным участником процесса, установление партнерских отношений между пациентом и психотерапевтом. Это сотрудничество происходит в форме терапевтического договора, в котором психотерапевт и пациент соглашаются вместе работать над устранением симптомов или поведения последнего.

Такая совместная деятельность преследует по меньшей мере 3 цели: во-первых, она отражает уверенность, что оба имеют достижимые цели на каждом этапе лечения; во-вторых, взаимопонимание уменьшает сопротивление пациента, возникающее нередко как следствие восприятия психотерапевта агрессором или идентификация его с родителем, если он пытается контролировать пациента; в-третьих, договор помогает предупредить непонимание между двумя партнерами. Недоучет мотивов поведения пациента может заставить психотерапевта двигаться вслепую или привести первого к ложным выводам по поводу тактики психотерапии и ее срыву.

Так как когнитивно-поведенческая психотерапия представляет собой краткосрочный метод, необходимо тщательно использовать это ограниченное время. Центральная проблема «психотерапевтического обучения» — определение мотивации пациента. Для усиления мотивации к лечению руководствуются следующими принципами:

— совместное определение целей и задач психотерапии, важно работать только над теми решениями и обязательствами, которые вербализируются через «Я хочу, а не хотел бы»;

— составление позитивного плана действий, его достижимость для каждого пациента, тщательное планирование этапов;

— проявление психотерапевтом интереса к личности пациента и его проблеме, подкрепление и поддержка малейшего успеха;

— усилению мотивации и ответственности за свой результат способствует «повестка дня» занятия, анализ достижений и неудач на каждом этапе психотерапии.

При подписании психотерапевтического контракта рекомендуется записать план или повторить его, используя приемы положительного подкрепления, сообщая, что это хороший план, который будет способствовать осуществлению желаний и выздоровлению.

В начале каждого занятия во время интервью совместными усилиями принимается решение, какой перечень проблем будет затронут. Формированию ответственности за свой результат способствует «повестка дня», благодаря которой удается последовательно прорабатывать психотерапевтические «мишени». «Повестка дня» обычно начинается с короткого обзора опыта пациента с последнего занятия. Она включает «обратную связь» психотерапевта по поводу домашних заданий. Затем пациента стимулируют высказываться, над какими проблемами он хотел бы работать на занятии. Иногда психотерапевт сам предлагает темы, которые считает целесообразным включить в «повестку дня».

По окончании занятия суммируются (иногда письменно) наиболее важные выводы психотерапевтического сеанса, анализируется эмоциональное состояние пациента. Наконец, совместно с ним определяется характер самостоятельной домашней работы, задачей которой служит закрепление знаний или умений, полученных на занятии. Домашняя работа вытекает из материала последнего.

Приводим наиболее типичные варианты домашних заданий.

1. Ежедневная запись дисфункциональных мыслей с рациональным ответом. Это задание одновременно является и когнитивно-поведенческой техникой, интегрирующей много приемов.

2. Список удовольствий, которые может получать пациент независимо от другого человека.

3. Обзор основных проблем, обсуждавшихся на занятии.

4. Прослушивание кассеты с записью занятия.

5. Написание автобиографического отрывка.

6. Практика приемов совладания, релаксации.

7. Графики изменений настроения в течение дня.

8. Чтение книги или статьи, относящихся к специфической проблеме.

9. Заполнение опросников.

10. Тренировка в альтернативных видах поведения, закрепление и воспроизведение новых способов поведения in vivo.

Приводим отрывок из домашнего сочинения, которое отражало ананкастную структуру личности пациента, давало возможность психотерапевту наметить основные направления работы с юношей, облегчило планирование дальнейшей психотерапевтической тактики.

Кирилл П., 19 лет, обратился с жалобами на страх удушья после того, как однократно покурил анашу. Сочинение на тему «Страх» было написано в период индивидуальной подготовки к работе в психотерапевтической группе, проводившейся по когнитивно-поведенческой схеме.

«Я постоянно боюсь умереть. Этот страх появляется внезапно. Я как-то стараюсь отвлекаться, но это кольцо на шее мешает мне. Оно давит, сдавливает, возникает такое ощущение, что я задыхаюсь. Иногда из-за этого кольца боюсь есть, нет аппетита, а потом появляется. И иногда я поем, это бывает не очень часто, у меня такое состояние или можно сказать опять ощущение, что будет рвота. Когда на шее шарф, то я как-то не очень беспокоюсь за это кольцо, а когда его нет — у меня снова появляется страх удушья. К примеру: в пятницу я пришел в университет, вроде все складывалось хорошо. На первом же занятии я чувствую, что мне нехорошо, появилось кольцо на шее, но оно и раньше было, а теперь оно давило на шею. И как я ни отвлекался, всегда ощущал его. Мне в этот день с каждым часом становилось хуже. И после пятой пары я не выдержал, взял в раздевалке куртку и пошел домой. На улице был ветерок и мне стало лучше. В этот день я пытался не принимать таблетки. Временами становилось настолько хорошо, что я готов был прыгать от счастья, а временами так плохо, что я уже не вижу смысла в жизни. Сразу охватывают страшные мысли о том, что я могу в данный день, минуту, секунду умереть.

Моя мнительность заключается в том, что явсегда искал в себе болезни. Меня бросает даже в жар, если где-то кольнет или стрельнет. Я не могу выпить рюмку водки, потому что думаю, что отравлюсь. Если болит живот, сразу мысли, а не аппендицит ли у меня».

После определения «мишеней» психотерапии подбираются наиболее подходящие когнитивно-поведенческие приемы для работы с пациентом. Поведенческие техники используются по следующим показаниям.

1. Для уменьшения или увеличения поведенческих проявлений (уменьшение агрессии, приобретение навыков уверенного поведения).

2. Восполнение дефицита умений у пациентов, совладание с ситуационными или межличностными проблемами. Поведенческий избыток (типа агрессии) может быть связан с поведенческим дефицитом, то есть у пациента отсутствуют определенные умения, и единственный путь получить подкрепление — девиантные действия.

Поведенческие приемы ориентированы на конкретные ситуации и действия. По контрасту со строгими когнитивными приемами поведенческие процедуры нацелены на то, как действовать или как справляться с ситуацией, а не как ее воспринимать.

Когнитивно-поведенческие техники основаны на изменении неадекватных стереотипов мышления, представлений, которыми личность реагирует на внешние события, часто сопровождаемых тревогой, агрессией или депрессией.

Кроме того, одна из принципиальных задач каждой поведенческой техники — изменить дисфункциональное мышление. Например, если в начале терапии пациент сообщает, что его ничего не радует, а после проведения поведенческих упражнений меняет эту установку на позитивную, то одна из задач выполнена. Поведенческие изменения часто возникают как результат когнитивных изменений.

Поведенческие приемы включаются в курс психотерапии и психопрофилактики. Их можно разделить на методы редукции поведения и методы, усиливающие поведение (табл. 3 и 4).

**Таблица 3. Методы редукции поведения**

|  |  |
| --- | --- |
| Название метода | Описание |
| Угашение | Отказ в подкреплении, следующий за несоответствующим поведением |
| Смена стимула | Изменение дискриминационного стимула (удаление или изменение запускающего поведение предшествующего стимула) |
| Наказание | Предоставление мягкого аверсивного стимула (aversio — отвращение), следующего после неадекватного поведения |
| Выключение позитивного подкрепления (тайм-аут) | Отсрочка положительного подкрепления на короткое время после неадекватного поведения |
| Сверхкоррекция | Пациент восполняет потерю и вносит дополнительную плату |
| Дифференцированное положительное подкрепление | Подкрепляется поведение, несовместимое с демонстрируемым |
| Постепенная подготовка к аверсивному стимулу (десенсибилизация) | Постепенное погружение в психотравмирующую ситуацию в состоянии безопасности и релаксации |
| Скрытое моделирование, реципрокная ингибиция | Представление в воображении избегаемого объекта и противоположного по вызываемой эмоции |
| Моделирование | Демонстрация поведения для копирования |
| Ролевая игра | Проигрывание соответствующего поведения, ситуации, конфликта с альтернативными вариантами |

Таблица 4. Методы, усиливающие поведение

|  |  |
| --- | --- |
| Название метода | Описание |
| Позитивное подкрепление | Предоставление позитивного стимула (награда или приятное событие), следующего за желаемым поведением |
| Негативное подкрепление | Удаление стимула (аверсивного или угрожающего события), следующего за желаемым поведением |
| Планируемое игнорирование | Не обращается внимание в случае дезадаптивного характера поведения |
| Жетонная система | Подкрепляется только желаемое поведение, нежелаемое штрафуется |
| Моделирование | Нахождение кого-либо на подходящую модель желаемого поведения и проигрывание роли in vivo |
| Тренинг уверенного поведения | Уверенность обладает противообусловливающим характером пассивному поведению |
| Когнитивные методы | Обучение рациональным, альтернативным способам восприятия действительности и решения проблем |

Остановимся подробнее на наиболее широко распространенных поведенческих и когнитивных приемах.

*«Постановка цели».* Вначале необходимо переформулировать проблему в цель. Например, «я раздражителен» — проблема, хочу быть «спокойным, контролировать себя» — цель; «я очень внушаемый» — проблема, «хочу быть критичным, иметь свою точку зрения» — цель.

Модель «целеполагания» предназначена для более точной и четкой проработки цели и последовательности шагов для ее достижения. Перед каждым человеком, подростком особенно, встают конкретные жизненные задачи, которые необходимо разрешать самому. Выполнение решения возможно лишь при правильно сформулированной цели. Критериями этого могут быть следующие характеристики:

— формулирование цели только в положительных (позитивных) терминах (чего я хочу, а не чего я не хочу);

— точное знание достигнутного результата на уровне сенсорных ощущений (как я узнаю, что достиг цели? Что увижу, услышу, почувствую в этот момент?);

— ориентация на свои возможности (не ставится цель для окружающих, только для себя);

— улучшение или сохранение положительного опыта нынешнего состояния (достижение цели не должно ухудшать сегодняшнее состояние);

— обусловленность цели настоящим контекстом (в каких условиях цель желанна, а в каких — нет);

— экологическая чистота (реализация цели не должна наносить вред окружающим или самому человеку).

Кроме того, цель должна быть: возможной (достижимой) для субъекта; практичной (глобальные цели следует разбивать на конкретно выполнимые шаги); стоящей, то есть необходимой субъекту как таковая и в ее последствиях.

Следующие вопросы помогают идентифицировать цель:

Чего я хочу добиться? — *Результат.*

Как я узнаю, что достиг цели? Свидетельства достижения на сенсорном уровне (что увижу, услышу, почувствую?) — *Признаки.*

Когда мне это необходимо (нежелательно)? — *Условия.*

Чего мне недостает, чтобы достичь цели? — *Средства.*

Что мешало мне достичь цели раньше? — *Ограничения.*

Что произойдет, если я достигну (не достигну) цели? — *Последствия.*

Стоит ли цель моих усилий? — *Ценность.*

Кибернетическая модель ТОТЕ (от англ. test-operate-test-exit — пробую-действую-пробую-выхожу) состоит из четырех конкретных шагов.

Первый шаг: проработка цели — необходимо ясно, четко представить себе результат во всех трех модальностях (вижу, слышу, чувствую).

Второй шаг: четко и ясно осознать свидетельства достижения, признаки того, что цель достигнута. Признаки могут быть внешними или внутренними.

Третий шаг: отслеживание движения к цели (признаки, указывающие, двигаюсь ли я к цели или сбился с пути?).

Четвертый шаг: коррекция (если сбился с пути к достижению к цели, необходимо скорректировать действия).

*Техника «Шаги прогресса».* Каждый участник рисует лестницу, под ступенями подписывают определенные периоды времени, первая ступень — «завтра», вторая ступень — «через неделю», далее — «через месяц», следующая — «через год», наконец, «через три года».

Работая с лестницей прогресса, необходимо ответить на следующие вопросы:

Как Вы узнаете завтра, что уже достигаете цели? Какой будет знак завтра, что Вы достигаете прогресса? (Этот вопрос повторяется по всем периодам, через неделю и т. д.).

Как узнают другие завтра, что Вы достигаете цели? Какой будет знак завтра для других, что Вы достигаете прогресса? (Этот вопрос также повторяется по всем периодам и т. д.).

Запланированные поощрения: Как я награжу себя за то, что достиг определенного прогресса?

Когда кто-либо готов к выполнению изменений, тренер должен оказать конкретную помощь в планировании успеха, как выполнить желаемые изменения.

Четкий план действий — очень полезен для человека, выполняющего изменения, потому что:

— возможные проблемы и трудности могут быть определены заранее и могут быть нейтрализованы;

— четкий план поможет обеспечить должную мотивацию, мобилизовать усилия для изменений.

Хороший план действий имеет следующие характеристики.

1. Четкость задач.

План должен быть четким — например, сокращение сигарет до определенного количества, или изменение привычек в еде строго определенным образом.

2. Измеримость результатов.

Результаты должны быть таковыми, чтобы их можно было проконтролировать и измерить. Это поможет осознать прогресс и значительно повысить мотивацию, обеспечив ощутимое поощрение.

3. Соглашение между людьми, которые работают над этими изменениями.

Только сам человек может заставить свой план работать. Однако есть помощники, которые могут оказывать реальную поддержку человеку в его изменениях. Важно, чтобы план самого человека направлял его к целям тем путем, который подходит его образу жизни, культуре, привычкам и устремлениям.

4. Реализм.

Человек должен чувствовать, что он запланировал реально осуществимое. Вера в то, что это возможно, — необходимая преамбула серьезной попытки достичь цели. Задачи должны быть небольшими, чтобы можно было их достичь в обозримом будущем, и одновременно достаточно большими, чтобы над ними стоило трудиться, и они дали ощутимый результат.

5. Временная шкала.

Четкая шкала для подготовки к изменениям, на каждой ступени изменений отслеживание прогресса, — все это необходимо и самому человеку, и специалисту, помогающему ему реально оценивать процесс и знать происходит ли он.

*Реципрокная ингибиция.* Ее механизм заключается в том, что ответ ослабляется в присутствии сильного, несовместимого сигнала. Например, пациент не может быть тревожен и расслаблен одновременно. Два ответа несовместимы, они не могут возникать одновременно и один уступит дорогу другому. К такому методу относится систематическая десенсибилизация Вольпе, а также другие приемы, использующие последовательное применение двух несовместимых сигналов.

Исторически метод десенсибилизации, предложенный Вольпе, был вторым методом, с которого началось широкое распространение поведенческой психотерапии. Автор исходил из следующих положений. Невротическое поведение чаще всего определяется тревогой. Действия, совершаемые в воображении, можно приравнять к действиям человека в реальности. Воображение в состоянии релаксации не является исключением из этого положения. Страх, тревога могут быть подавлены, если в одно и тоже время действуют противоположные стимулы, например гнев или релаксация. Происходит противообусловливание, угасает патологический рефлекс.

Эмоционально-стрессовыми методами работы с фобиями являются следующие поведенческие техники: наводнение, имплозия, парадоксальная интенция, методика вызванного гнева. В настоящее время они употребляются редко, в основном в практике детских психотерапевтов. При использовании этих приемов имеются отработанные алгоритмы. Так, например, при использовании техники наводнения существует следующая последовательность шагов: установление контакта и цели терапии, обоснование ее принципов, ознакомление со скрытыми уходами при тренинге, погружение в реальную ситуацию, повторные погружения в реальную ситуацию в соответствии с программой, закрепление позитивных стереотипов поведения.

*Метод «Стоп-кран», или триада самоконтроля* (применяется как средство неотложной психотерапевтической помощи), заключающийся в остановке мысли, релаксации, скрытом подкреплении. Основан на концепции скрытого моделирования.

Пациента просят закрыть глаза и представить картину, вызывающую отрицательные эмоции, одновременно сфокусировавшись на негативной мысли. Когда появляется такая мысль, его просят поднять палец. На этот сигнал психотерапевт произносит «Стоп!». Пациент обычно отмечает, что мысль исчезает. Затем его просят самому себе сказать «стоп», воображая красный сигнал светофора. После этого рекомендуется глубоко подышать и добиться релаксации. Третьим компонентом скрытого подкрепления служит представление приятной сцены, выбранной заранее из репертуара пациента. Когда пациент способен «видеть» и «чувствовать» положительные эмоции от последовательности картин, вся триада воспроизводится еще раз: 1) пациент представляет мысль, которую нужно «удалить», субвокально кричит «Стоп», представляя красный сигнал светофора; 2) проводит релаксацию; 3) представляет приятную картину. Дома рекомендуются тренировки дважды в день.

Методы аутогенной тренировки и релаксации (например, прогрессирующая мышечная релаксация по Джекобсону) самостоятельного значения в настоящее время не имеют и используются в основном как условие для проведения поведенческой психотерапии.

*Прогрессирующая мышечная релаксация по Джекобсону (короткий вариант).* Вводная инструкция. Эмоциональные переживания сопровождаются различной степенью напряжения мышц. При страхе, тревоге, гневе мышцы сильно напряжены. При положительных эмоциях мышцы расслаблены.

Занятие проводится сидя. Голова прислонена к стене, руки лежат на подлокотниках.

Вначале пациент вызывает у себя напряжение последовательно во всех группах мышц, при этом упражнения выполняются на вдохе. Пациент внушает себе ощущение тепла.

Расслабление сопровождается быстрым и резким выдохом. Время максимального напряжения мышц 5-7 с, расслабления 30-45 с. Расслабление иррадиирует по всему телу.

Каждое упражнение выполняется 2 раза.

1) Кисти. Максимально сжать кулаки. Представьте себе, что Вы выдавливаете из сжимаемой сосульки воду.

2) Мышцы рук. Руки вытянуты вперёд, пальцы растопырены. Необходимо как бы дотянуться пальцами до противоположной стены.

3) Плечи. Дотянуться плечами до мочек ушей.

4) Грудь-спина. Свести вместе лопатки.

5) Стопы. Дотянуться пальцами ног до середины голени.

6) Голени, бёдра. Пальцы ног фиксированы, пятки поднимаются.

7) Верхняя треть лица. Удивлённое лицо, наморщить лоб.

8) Средняя треть лица. Скосить глаза, наморщить нос.

9) Нижняя треть лица. «Буратино» — отвести уголки рта «до ушей».

10) Нижняя треть лица. «Поцелуй» — губы хоботком, звук «у-тю-тю».

Первые три занятия проводятся со всеми десятью группами. Потом объединяются 1-2, 3-4, 5-6, 7-10 группы.

Применение *метода редукции поведения* (систематической десенсибилизации) в рамках когнитивно-поведенческой психотерапии иллюстрирует следующее наблюдение.

Миша К., 13 лет. Обратилась мать с жалобами на перепады настроения у сына, страх посещения школы, «пачкание штанишек».

Наследственность отягощена алкоголизмом по линии матери, психопатическими чертами характера по линии отца (дедушка умер от пневмонии, когда мальчику было 11 лет); бабушка и отец мальчика заикались, отец до 22 лет состоял на учете в психоневрологическом диспансере в связи с эпилепсией; требовательный, аккуратный, тревожный, контролирующий; работает часовщиком.

Родители с обеих сторон были против брака. Сначала молодожены жили со свекровью, которая работала воспитателем в детском саду. Хотела только внука («если не мальчик — выгоню из дома»).

Беременность 1-я, масса тела при рождении 4100 г, до 1 мес ребенка кормили из рожка, мать лечилась в больнице по поводу сепсиса. По возвращении матери сразу взял грудь. Рос спокойным. Свекровь следила, чтобы мать не давала ему плакать. В 11 мес показывал, что необходим горшок. Освоил навыки туалета к 3 годам. Речь с запозданием, на 2-м году — слова. В 1 год 7 мес возник стеноз гортани, существовала угроза смерти. После выписки из больницы сразу заговорил и повторял стихи. В 2 года возникла трещина заднего прохода, из-за чего стал бояться горшка. С 3 лет в течение нескольких месяцев молчал, заикался. Заикание прошло к 5 годам после занятий аутогенной тренировкой. Мать работала, с ребенком сидела свекровь, которая опекала его от столкновений с реальной обстановкой — «не ходи, упадешь, разобьешься». Гулял отдельно от детей, Основное слово у бабушки — «должен». Был послушным. В течение 1 мес перед школой посещал группу общего развития, свекровь считала мальчика «недоразвитым» и боялась, что он попадет в спецшколу. К 6 годам мальчик знал много стихов, читал, считал. В школу пошел вовремя и несколько последующих дней плакал, затем «долженствование» победило. Трудности возникали в общении с детьми, особенно на переменах. До 6-го класса учился хорошо. В это время семья переехала в квартиру родителей матери.

С 6-7-го класса стал больше уставать, не хотел идти в школу, впервые появились «испачканные штаны». Любил быть один, вырезал из журналов картинки, танцевал в одиночестве под старые пластинки, собирал их на помойке, искал их в других местах. В классе — одиночка, но его не обижали, Не любил мыть лицо. В ванной мылся только сам. Протестовал против новых вещей, новых мест и новых людей. В классе некоторые считали его умным, но он старался избегать деятельности, связанной с коллективной работой (например, совместный доклад). В этом был схож с отцом, с ним проводил воскресенья.

Характеристика из школы. «Мальчик очень тихий, самостоятельно инициативу не проявляет. Постоянно находится в состоянии тихой паники, что его могут вызвать, спросить, дать какое-либо задание. Год-два назад мог дойти до истерики, если ему не удавался ответ на заданный вопрос. Не смотрит собеседнику прямо в глаза, слегка отвернувшись смотрит вбок, плечи приподняты, голова втянута. Общается с немногими одноклассниками, на переменах стоит около класса. На уроках физкультуры часто бывают сложности при выполнении упражнений. В этом году значительно снизилась успеваемость. По словам учителей-предметников, Миша успевает за счет системности имеющихся знаний, но запас сейчас почти не пополняется, учиться стало труднее».

Объективно. В контакт вступает настороженно. Очень тревожен, зажат. Боится неизвестности, неопределенности. Пугается мысли, что его отрицательно оценят. Исполнительный. Педантичный. Интеллект соответствует возрасту, образованию.

Результаты психологического обследования. Мальчик во время исследования собственной инициативы не проявляет, неуверен в себе, чувствителен к реакции взрослого: реагирует повышением интеллектуальной продуктивности на элементарную поддержку, поощрение. При обследовании на первый план выступает значительное снижение функциональной активности внимания: время сосредоточения в процессе конкретной деятельности сокращено, выявляются выраженные трудности концентрации внимания (в корректурной пробе 95 ошибок при норме — до 20), обнаруживается истощаемость психических процессов гипостенического типа. Отмечается также ослабление памяти (кривая запоминания — 5, 7, 7, 8, 9 слов из 10; отсроченное воспроизведение — 5 слов через 1 час).

Общий уровень интеллектуальных функций соответствует средней норме (109). Мальчику легче даются практические действия (невербальная оценка — 112), в то время как при выполнении вербальных заданий испытуемый менее успешен, структура интеллекта неравномерна. Причина этого кроется в суженном словарном запасе, заниженном объеме внимания и памяти.

Цветовой тест отношений. Имеет место блокировка потребности в активных действиях и агрессии (отвержение красного цвета в раскладке), отношение к себе — 12 баллов, мать — И баллов, дедушка — 26 баллов, бабушка — 6 баллов, отец — 7 баллов, школа — 22 балла, друг — 10 баллов, семья — 7 баллов. При исследовании самооценки методом рангов себя в восьмицветной раскладке поставил на 6-е место.

Данные ЭЭГ. Регистрируются общие изменения электрической активности головного мозга, указывающие на снижение функционального состояния коры и подкорково-стволовых структур. Локальные изменения по типу ослабления функции в подкорковых отделах правого полушария. Раздражение ствола мозга с преимущественным вовлечением центрально-теменных и височных отведений обоих полушарий. Под действием гипервентиляции эти изменения приближаются к пароксизмальным (с большей выраженностью компонентов раздражения слева). Характер выявленных изменений не исключает их органическую природу (с более давним и глубоким захватом правого полушария).

Проведена когнитивно-поведенческая психотерапия. На первом занятии начато овладение методикой мышечной релаксации, упражнения рекомендовано закрепить дома. На втором занятии пациент составил иерархию своих страхов.

1. Подходить к телефону, когда он звонит.

2. Разговаривать с незнакомыми людьми по телефону.

3. Звонить малознакомым людям по телефону, даже многим одноклассникам.

4. Спрашивать у продавца ту или иную вещь.

5. Играть с одноклассниками, кроме Павлика.

6. Разговаривать с незнакомыми людьми.

7. Поехать куда-нибудь одному на транспорте.

8. Встречаться с хулиганами, задирами.

9. Купаться в канале, плавать в бассейне.

Каждое занятие содержало в себя проработку одного из страхов в рамках систематической десенсибилизации по Вольпе с проверкой in vivo, рассмотрение домашних заданий и работу с ними, стимуляцию совместной деятельности отца и сына, самостоятельную стирку трусов и носков, производился поиск ресурсов и присоединение к будущему.

Домашние задания включали в себя следующие темы: «Как распознать, что я хочу», «Что такое удовольствие», «Моя семья». Давались совместные задания сыну и матери, например, «Как я узнаю о своих чувствах, что происходит в моем теле» — через ведение дневника и взаимные беседы с матерью. Предлагалось завести дома грушу или поролоновую подушку для отреагирования агрессивных эмоций, которые мальчик не умел выражать.

Приводим пример домашнего сочинения мальчика.

«Живем мы в Санкт-Петербурге все вместе: я, папа, мама и бабушка с дедушкой. Мама с папой живут в одной комнате, я тоже в одной, и бабушка с дедушкой в одной. Когда я ухожу в школу, а папа с мамой на работу, бабушка закрывает за нами дверь. А потом опять идет спать. Когда я рад, у нас в семье все тоже радуются, когда все радуются, я тоже радуюсь. Вечером я прихожу к маме с папой в комнату, и мы втроем смотрим телевизор. Один раз по телевизору показывали интересное кино, оно мне очень понравилось. У нас дедушка курит в туалете, и нам никому это не нравится, приходится устранять освежителем. Когда я не справляюсь с уроками, то зову маму, чтобы мне помогла. Папа приходит домой поздно вечером, усталый, раздражительный. И постоянно на всех злится, а потом идет смотреть телевизор допоздна. Бабушка, когда ее обидят, промолчит, а когда дедушка на нее начинает кричать, то она тоже кричит, и это превращается в скандал. Один раз бабушка забыла у себя на столе свои очки, а потом спрашивает, где мои очки, а дедушка говорит: не знаю, а бабушка говорит, нет знаешь, а он говорит, нет, не знаю, и они начинают кричать друг на друга, а потом они ссорятся. Кричат и кричат, пока кто-нибудь их не успокоит. Делает это обычно мама, или они сами успокаиваются. Один раз это хотел сделать я, а они говорят — отстань от нас — мы сами справимся без тебя. В конце концов они успокаиваются до новой ссоры, а ссоры у них бывают частые и продолжительные. Мне это не нравится. И поэтому я ухожу от них. Вот такая наша семья, неспокойная, но и не буйная, а средняя. Но я хотел бы жить вместе с мамой, папой, но не с бабушкой и дедушкой. Лучше, если бы они уехали от нас в однокомнатную квартиру, а мы остались в этой квартире втроем».

В результате занятий энкопрез прекратился. Мальчик стал общительнее в школе, с удовольствием ходит в магазин, повысилась самостоятельность. Всего проведено 12 занятий с периодичностью 2-3 раза в месяц.

*Тренинг уверенного поведения.* Наиболее трудными областями общения и источником отрицательных эмоций у пациентов с пограничными психическими расстройствами служат следующие моменты: умение за себя постоять, публичные выступления, вступление в контакт, страх неудачи или отвержения, страх отрицательной оценки, адекватное поведение в незнакомой или неформальной обстановке, принятие ответственности за свое поведение.

Тренинг уверенного поведения разрешает эти проблемы и представляет собой сплав следующих когнитивно-поведенческих методов: дискриминационного тренинга, состоящего в обучении пациентов распознавать агрессию, уверенность и пассивное поведение (табл. 5); моделирования различных сложных ситуаций; положительного подкрепления уверенного поведения и реакций; десенсибилизации страха и гнева, ингибиторами которых является уверенное поведение; расширения признаков уверенного поведения в реальных жизненных обстоятельствах; знания собственных прав и прав другого.

**Таблица 5. Различие неуверенного, агрессивного и уверенного поведения**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Поведение | Действие | Невербальное поведение |
| Неуверенное | Не показывать другим, в чем состоят Ваши права. Выглядеть нервным. Выполнять желания каждого. Позволить другим делать вещи, которые Вам не нравятся | Демонстрация неуверенной позы, отсутствие контакта глазами |
| Агрессивное | Игнорировать права других. Заставлять других чувствовать себя напряженно. Перекладывать на других ответственность. Громко говорить | Демонстрировать напряженную позу. Выдвигаться вперед. Таращить глаза. Трясти кулаками или топать ногами. Интонации голоса злые или саркастические |
| Уверенное | Заявлять свои права. Говорить четко, голос уверенный и спокойный. Уважать права других. Не позволять другим заставлять Вас делать то, чего Вы не хотите | Поза прямая. Хороший контакт глазами. Свободно выражаются все эмоции, их невербальное сопровождение свободно |

Выбор пациентов на тренинг уверенного поведения учитывает специфические ситуации, где оно затруднено; особые обстоятельства, препятствующие уверенному поведению; ситуационные, а не общие проблемы неуверенности; мотивацию к изменениям; согласие на работу в группе и желание самораскрытия; реальные ожидания и постановку конкретных целей. Прежний негативный опыт работы в группе требует больше времени для предварительной подготовки. Примерная программа такого тренинга состоит из 6-9 занятий, проводимых 1-2 раза в неделю по 1,5 ч.

1-е занятие включает короткую (не более 10 мин) лекцию, содержанием которой служит краткий обзор 9 занятий, описывающий смысл игр и упражнений в общей системе когнитивной реконструкции и поведенческого моделирования, затем участники группы высказывают свои опасения и ожидания, формулируют основную цель (поведение-мишень) пребывания в группе. Проводятся игры и упражнения, направленные на сплочение группы, различение уверенных, агрессивных и пассивных действий, вербального и невербального поведения.

2-е занятие посвящается способам уметь говорить «нет».

3-е и 4-е — ситуациям обвинения, несогласия; повышению фрустрационной толерантности.

5-е — обучению способам совладания со стрессом.

6-е — умению разрешать проблемы, обучению рациональному и позитивному мышлению.

7-е — принципам ведения спора, дискуссии.

8-9-е — решению индивидуальных проблем.

Считается необходимым поиск альтернатив для агрессивного и пассивного поведения: спрашивать разрешения, делиться с другими, помогать другим, вести переговоры, развивать самоконтроль, отстаивать свои права, отказывать; обучать различным способам реакции на шутки, умению выйти из конфликта и т. д.

Приобретение уверенности взамен агрессивного и неуверенного поведения, которое желательно увидеть у пациентов (положительная динамика), доступно наблюдению. В процессе тренинга ведущий занятия добивается, чтобы проблемное поведение встречалось реже, а «поведение-мишень», ради которого пациент пришел на занятия, увеличилось. Этому способствует применение приемов шкалирования, пространственной и графической социометрии, анализ самоотчетов участников группы.

На последнем занятии рекомендуется делать повторные замеры показателей, способных отразить изменения, а также опрашивать пациентов, что удалось им приобрести в результате тренинга, а что не удалось достигнуть. Сигнал к продолжению психотерапевтической работы давали те пациенты, которые не выполнили своих задач. Тогда тренинг уверенности в себе служит лишь этапом комплексной психотерапевтической программы.

*Методы самоконтроля.* Методы самоконтроля базируются на оперантном обусловливании с использованием некоторых когнитивно-поведенческих приемов. Если психотерапевту удается использовать принципы теории научения для изменения поведения пациента, то можно полагать, что и сам пациент в состоянии это сделать. Таким образом, тренинг состоит из различных видов поведенческой модификации, который планируется и проводится пациентом под руководством психотерапевта. Изменения поведения пациента возникают при условии его активного вовлечения в процесс лечения и принятии ответственности за результат. Пациент развивает новые стратегии совладания с трудностями, ранее отсутствовавшие в его поведенческом репертуаре. Методы самоконтроля помогают уменьшать страх и тревогу, контролировать агрессивное поведение, улучшать учебу, повышать уверенность в себе, и в конечном итоге — регулировать самооценку. Методы самоконтроля условно можно разделить на методы самонаблюдения, самооценки (самоописания), самоподкрепления.

Самонаблюдение предоставляет психотерапевту возможность исследовать основную линию проблемного поведения. Пациента просят написать, что произошло перед возникновением, например, скандала. Такая запись позволяет оценить, что запускает агрессивное поведение. Кроме того, само по себе самонаблюдение нередко уменьшает проблемное поведение. Самонаблюдение позволяет также пациенту научиться распознавать собственные мысли (когниции), чувства и действия в проблемных ситуациях. Например, мужчина, который часто агрессивен по отношению к своим близким, может научиться распознавать, что заставляет его злиться и поддерживать один и тот же стереотип поведения, о чем он в этот момент думает, осознать мотивы своего поведения. Постепенно вместо физической агрессии у него есть шанс использовать более безопасный вербальный ее компонент (не бить жену, а кричать на нее). В дальнейшем вместе с психотерапевтом у пациента появляется возможность научиться более адаптивным способам поведения. Самооценочный аспект тренинга способствует развитию понимания пациентом его поведения, поиску альтернативных способов решения проблемы (например, действовать уверенно, а не агрессивно), выяснить, что другие могли чувствовать по поводу его поведения, осуществлять постановку других целей. Заключительный этап тренинга самоконтроля состоит в установлении системы самоподкрепления, например, награждать себя каждый раз, когда у пациента что-то получилось хорошо.

*Прием «шкалирования»* позволяет сделать замеры проблемы: больше или меньше, сколько процентов, градусов, на каком месте по тяжести и т. д. При ответе на подобные вопросы у пациента иногда спонтанно возникает снижение тревоги. Для тех пациентов, которые воспринимают вещи как «все или ничего», этот прием также весьма эффективен. Шкалирование чувств позволяет увеличить у пациентов дистанцию или расширить перспективу. Пациенты замеряют чувства или установки, используя десятичную (1-10) или стобалльную (1-100) систему измерения. Пациентам предлагается оценить любое стрессовое событие в жизни по этой же системе. Техника шкалирования дает возможность определить установки в их жизненном контексте. Так как пациенты нередко находятся на крайних позициях, любое движение к средней точке имеет лечебный эффект. В когнитивной психотерапии она нашла применение в комплексной работе с дисфункциональными мыслями, иррациональными установками (табл. 6). Проработка когнитивной цепочки таким образом снижает степень выраженности отрицательных эмоций и дает возможность поиска альтернатив. Запись дисфункциональных мыслей может осуществляться как на занятии с психотерапевтом, так и в виде домашнего задания. С помощью приемов шкалирования оценивается также эффективность разных методов социально-психологического тренинга (например, на каком месте по уверенности Вы себя поставите), проведя замеры в начале и в конце цикла занятий.

**Таблица 6. Ежедневная запись дисфункциональных мыслей**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Описание | Эмоции | Автоматические мысли | Рациональный ответ | Исход |
|  | 1. Актуальное событие, приводящее к отрицательным эмоциям  2. Поток мыслей, фантазий | 1. Печаль, гнев, тревога и др.  2. Степень проявления эмоции в баллах (1— 100) | 1. Записать автоматическую мысль, предшествующую эмоции  2. Убежденность в автоматической мысли (0-100) | 1. Записать рациональный ответ на автоматическую мысль  2. Шкалирование ответа (0-100) | 1. Пересчитать убежденность в автоматической мысли (0-100)  2. Определить и подсчитать последующую эмоцию (0-100) |

Исследование угрожающих последствий («декатастрофизация»). Этот прием, также называемый «что если», включает помощь пациентам в оценке преувеличения ими природы катастрофической ситуации и расширении ограничения мышления. Используются вопросы и воображение. Задаются вопросы типа «Что самое страшное может произойти?», «А если произойдет, что будет ужасно?». Если ими опыт (и сама жизнь) воспринимается как серия катастроф и проблем, психотерапевту следует подвести их к восприятию реальности. Пациент должен увидеть последствия жизненных событий не через призму «все или ничего», а более оптимистично. Важно, чтобы этот прием использовался с деликатностью и вниманием, чтобы пациент не чувствовал себя высмеянным психотерапевтом. Одновременно его стимулируют к поиску альтернатив.

Баланс решения. Клиенту предлагается обдумать ту часть поведения, которую он собирается изменить (проблемное поведение). После чего написать баланс решения, выделив все «за» и «против» нынешнего поведения для него.

«За» — причины для продолжения нынешнего образа жизни.

«Против» — причины для изменения нынешнего образа жизни.

Как известно, процесс принятия решения изменить поведение — это взвешивание всех «за» и «против». Мотивация очень редко бывает односторонней, всегда существуют «за» и «против» нынешнего образа жизни и «за» и «против» его изменения. Они могут меняться или принимать на себя приоритеты с течением времени. Увеличение количества, удельного веса «против» — ключевой фактор в продвижении к стадии действий и выполнения изменений.

Баланс решения действителен только в том виде, как его видит сам человек. Это субъективный процесс. Другие могут иметь свою, отличную точку зрения на «за» и «против» образа этого человека. Психологу необходимо использовать метод активного слушания, чтобы убедиться, что он не навязывает свой баланс решения.

Ресурсные приемы. Техника «Прошлые успехи». Для выполнения этого шага необходимо нарисовать солнышко с множеством лучей (7 и более). На каждом луче солнца необходимо написать событие, связанное с прошлым успехом. (Закономерность: чем больше лучей, тем больше прошлых успехов). Карта прошлых успехов заполняется в два этапа. Сначала человек ищет успехи в прошлой жизни в решении подобной проблемы, проблема может быть по структуре схожей. Например, есть проблема взаимоотношения с взрослыми. Были ли в прошлом сходные проблемы, решались ли они тогда? Если «да», то именно эти события вписываются в солнышко в первую очередь. Во вторую очередь вписываются просто успехи, которые человек испытывал в прошлом. Вспоминание этих успехов пробуждает ресурсы, укрепляет самооценку.

Техника «Ресурсы для достижения». Карта ресурсов выполняется по тому же шаблону. Необходимо снова нарисовать солнышко и на лучах его прописать ресурсы для достижения своей цели. Ресурсы — это запас энергии, необходимый для осуществления цели. Ресурсом может быть источник, наполняющий силой, энергией, дающий уверенность, убежденность. Это могут быть определенные люди: мама, друзья и др., могут быть увлечения, хобби, природа. К ресурсам могут относится личные качества человека, например, упорство, настойчивость и др.

Техника «День независимости». «Праздник независимости» — это не метафора, праздник независимости наступает тогда, когда человек избавился от проблемы, освободился от ее тягот и стал независимым от нее. Снова используется рисунок солнца, на лучах которого необходимо написать тех людей, кто, как Вы предполагаете, оказывает Вам помощь в решении проблем. Здесь используется прием: как если бы... Как если бы Вы уже решили проблему, кого бы Вы пригласили за праздничный стол? Именно этих людей необходимо отметить на лучах солнца.

Домашнее задание: «Если в лесу упало дерево, но никто об этом не знает — упало ли оно?».

Дома необходимо отправить открытки всем тем, кого прописали на лучах солнышка. Открытка должна быть анонимной, содержать только благодарственную надпись : «Я благодарю Вас за то, что Вы оказали мне помощь в решении моей проблемы!».

Психотерапевт может помочь пациентам понять этот длинный список терминов, пояснив, что все эти В происходят в разное время. Как в домино, каждый из этих умственных процессов запускает последующий, пока они все вместе не образуют силу, достаточную для того, чтобы вызвать определенную эмоцию или действие.

Когнитивные искажения проявляются чаще всего в виде:

— когнитивных пробелов: «Этого я еще не пробовал!»;

— абстрактности, глобальности, сверхраспространенности: «Мир или черный, или белый», «Все, что я делаю — плохо»;

— правил долженствования (интроектов): «Мать должна меня содержать до 18 лет», «Я должен получить высшее образование, чтобы достигнуть положения»;

— правил избегания и уклонения, указывающих на скрытые мотивы поведения: «В группе я не буду раскрываться»;

— правил, связанных с эмоционально-аффективным опытом: «Уже при воспоминании об экзамене у меня возникает дрожь».

Иррациональные установки нередко выполняют роль психологической защиты и препятствуют изменениям. В беседе с пациентом необходимо вникнуть в систему правил проблемного поведения, придерживаясь принципов позитивной трактовки симптома и поведения. Нарушения поведения (симптомы) возникают в результате собственных гипотез, нередко не имеющих аргументов для их подтверждения. На одном из занятий необходимо выяснить, кто и для чего это правило создал и нет ли конфликта между правилами.

Самоинструкции. Мы все говорим что-либо себе. Мы даем себе приказы, указания, инструкции или информацию для решения проблем. Мейхенбаум разработал экстенсивную модель для тренировки механизмов совладания («прививка против стресса»). Согласно этой модели, человек движется от открытой вербализации инструкций к субвокализации и далее — к внутреннему диалогу.

Пациент может начать с прямой вербализации, которая со временем станет частью поведенческого репертуара. Пациентов обучают прямым инструкциям, которые в ряде случаев переходят в «контр-инструкции» (страх, агрессия и другие нарушения поведения). Самоинструкции применяются с примерными формулами по следующим этапам.

1. Подготовка к столкновению со стрессором.

«Я смогу разработать план, чтобы справиться с этим».

«Это легко сделать. Помни о чувстве юмора».

2. Реагирование во время провокации.

«Пока я сохраняю спокойствие, я контролирую ситуацию».

«Беспокойство не поможет мне в этой ситуации. Я спокоен».

3. Отражение опыта.

а) Когда конфликт неразрешим: «Забудь о трудностях. Думать об этом — только разрушать себя».

б) Когда конфликт разрешен или удалось справиться с ситуацией: «Это оказалось не так страшно, как я думал».

Использование воображения, скрытого моделирования, тренинга самоинструкций, методов релаксации одновременно. В этом интегрированном варианте пациенту предлагается на фоне релаксации в безопасной обстановке психотерапевтического кабинета использовать воображение и перенестись в ситуацию, вызывающую проблемы и сопровождающие их неприятные ощущения. В отличие от методики систематической десенсибилизации пациент самостоятельно последовательно преодолевает барьеры, используя релаксацию, тренинг самоинструкций, положительное подкрепление, анализируя дисфункциональные мысли. В прямой вербализации отрицательных эмоций пациенты часто обнаруживали иррациональность собственных идей. Если фантастические последствия подтверждаются аргументами, психотерапевт работает по реалистичной оценке опасности, а пациент приобретает навыки совладания. Этот метод используется и у пациентов, имеющих негативное отношение к гипнозу.

Проиллюстрируем вышесказанное следующим наблюдением.

Максим, 20 лет, основная проблема — страх публичного выступления. Третье занятие индивидуальной психотерапии. На предыдущих встречах освоил прогрессивную мышечную релаксацию и тренинг самоинструкций. Приводим фрагмент записи диалога с психотерапевтом. Занятие проводится в состоянии релаксации с закрытыми глазами.

Психотерапевт: «Теперь представь себе, что ты идешь в аудиторию и хочешь сделать сообщение».

Максим: «Я это сделаю. Я еще совершенно спокоен. Нет, это не совсем верно».

Психотерапевт: «Опиши же это...»

Максим: «Я замечаю, что у меня начинает выступать пот... Но я хочу это выдержать. Немного страха я ведь могу выдержать».

Психотерапевт : «Хм...»

Максим: «Собственно говоря, это же ерунда так волноваться, когда я еще не вошел в институт!»

Психотерапевт: «Да, соберись спокойно с духом! Скажи же громко: важно не отступать при любом легком страхе!»

Максим: «Да...»

Психотерапевт: «Скажи это спокойно!»

Максим откашливается ...

Психотерапевт: «Ну...?!»

Максим: «Важно не увиливать сразу же. Я так или иначе должен это выдержать. Я же хочу этого. Я ведь хочу снова говорить перед группой!». (Максим открывает глаза и смотрит на психотерапевта).

Максим: «Знаете, я уже часто так говорил себе. Но всегда я оказывался слишком трусливым. В большинстве случаев я только предполагал это сделать...»

Психотерапевт: «Теперь ты хочешь, наконец, выдержать ?!»

Максим: «Да.» (Он снова закрывает глаза. Пауза).

Максим: «Итак, я встаю с места и просто иду к доске... Странно, что я это могу сделать?!»

(Максим повторил тренировку дома, а на следующий день сделал сообщение на семинаре. Страх публичного выступления значительно уменьшился).

Когнитивные искажения у пациента являются ключами в работе со схемой.

Цель психотерапии — помочь пациенту выявить различные дисфункциональные правила, по которым он живет. Можно выделить несколько направлений работы. Первое из них — это замена схемы. Если сравнить со сломанным велосипедом, у которого колесо вышло из строя, то это замена его на новое. Данное направление — сложная задача для пациентов, так как требует много времени, и лишь немногие из них мотивированы на длительную работу. Проиллюстрируем это следующим клиническим случаем.

Иван Г., 18 лет, обратился с жалобами на неуверенность в себе, страх отрицательной оценки, трудности установления контактов с ровесниками, тремор рук при волнении. Наследственность нервно-психическими расстройствами не отягощена. Старший ребенок в семье. Ранний анамнез неизвестен из-за отсутствия родителей на приеме и нежелания юноши информировать их о своем обращении к специалистам. Воспитывался в полной семье. Мать по характеру властная, ревнивая, старалась всех членов семьи подчинять своей воле. Отец мягкий, самоутверждается на работе, дома следует директивам супруги. В детстве уделял внимание мальчику, затем от воспитания устранился. Младшая сестра конкурирует с братом за внимание родителей.

Пациент пошел в школу с 7 лет, учился удовлетворительно. В 5-м классе подвергался насмешкам, пытался установить «границы Я», дрался с одноклассниками. Замечал, что на высоте эмоционального напряжения появлялось онемение дистальных отделов верхних конечностей («не чувствовал удара кулака»). К 9-му классу нарастала неуверенность в своих силах, страх оценки, в 10-м классе появилось дрожание рук при волнении.

Впервые обратился к психотерапевту по поводу вышеописанных жалоб в 17 лет. Получил 10 сеансов гипнотерапии без существенного улучшения. Хотел поступить в медицинский институт, но из-за мнения репетитора («Слабо знаешь химию — не поступишь!») отказался от этой идеи и выдержал конкурс в технологический институт. В связи с ухудшением состояния вновь обратился к психотерапевту.

Неврологический статус: определяется легкий мелкоразмашистый тремор верхних конечностей, стойкий красный дермографизм.

Психический статус: сразу же согласился на встречу с клиническими ординаторами. Подробно и с удовольствием отвечает на вопросы, детализированно излагает факты анамнеза. Фон настроения не снижен. Несмотря на небольшое смущение, внимание к себе ценит. Мышление по темпу не изменено, застревает на деталях. Предъявляет множество усвоенных без критики правил, норм жизни, обижен на родителей. Самооценка неустойчивая. Втайне мечтает о власти над людьми, критика к своему состоянию имеется. Мотивирован на проведение групповой психотерапии. Уровень мотивации высокий. Свою цель сформулировал как желание разобраться в себе.

С помощью методики IBT (тест иррациональных установок) выявлены следующие искажения в когнитивной сфере: высокий уровень ожиданий от себя, тревожная сверхозабоченность в отношении будущих событий, долженствование. Вырисовывается невротический конфликт типа «хочу и не имею права», который поддерживает симптом. Пациенту было предложено пройти групповую психотерапию.

Динамическое наблюдение в процессе групповой психотерапии. Страх отрицательной оценки в основном со стороны старших по возрасту. Играет роль жертвы, при этом испытывает удовольствие («могу перетерпеть боль, унижение»), помогающая ему утвердиться в роли стоика. Застревает на выводах, которые сам делает в отношении себя («Наверное, меня в группе не поймут»). На одном занятии был растерян, затем активно включился в работу группы, уменьшилась фиксация только на своих проблемах, стал помогать другим участникам. В процессе психотерапии была подвергнута критике старая система установок («разрушили мою крепость»), начато построение новой схемы в последующей индивидуальной когнитивно-поведенческой психотерапии. Процесс психотерапии занял в общей сложности 36 часов.

Катамнез через 1 год. Тремор рук отсутствует, фон настроения ровный. Забрал документы из технологического института и поступил в университет.

Другая возможность — модификация схемы. Она включает небольшие изменения в поведенческом репертуаре. Если сравнить это вновь со сломанным велосипедом, то существует возможность оставить старое колесо, но заменить подшипники, затем ось и т. д. В этом случае необходим достаточный контакт с микросоциальным окружением, поддерживающим дисфункциональную схему.

И, наконец, третье направление — реинтерпретация схемы. Она включает помощь пациенту в понимании и новом взгляде на свои установки. Психотерапевт совместно с пациентом ищет новые пути взаимодействия с окружающим миром, в том числе помогает в выборе профессии. Например, если у пациента имеется потребность в ограничении контактов с людьми, а предшествующая психотерапевтическая работа дала незначительные результаты, можно посоветовать ему выбор профессии, где его потребность будет удовлетворена. В реинтерпретации схемы могут оказать помощь многие описанные выше когнитивные приемы, включая парадоксальные методы.

В процессе психотерапевтической работы старые (иррациональные) правила вычеркиваются и заменяются другими — позитивными (рациональными).

Суммируя все вышеуказанное, необходимо еще раз отметить, что современная поведенческая психотерапия, подчеркивая значимость принципов классического и оперантного научения, не ограничивается ими, обогащается приемами других направлений, таких как экспериментальная, социальная и возрастная психология. Важность «случайных событий», промежуточных переменных, расположенных между стимулом и реакцией, когнитивной составляющей поведения признается всеми исследователями. В последние годы это направление психотерапии абсорбирует также положения теории переработки информации, коммуникации и даже больших систем, вследствие чего модифицируются и интегрируются методики и техники поведенческой психотерапии и сегодня точнее было бы говорить о когнитивно-поведенческой психотерапии.

**Контрольные вопросы:**

1. Чаще всего в основе иррациональных установок лежат:

1) установки долженствования;

2) установки на максимально возможный результат в любой сфере деятельности;

3) установки на обязательное избегание неприятностей;

4) установки на обязательный успех во всех сферах деятельности одновременно.

2. Понятие и теория поведенческого направления в психотерапии связаны со следующими именами, кроме:

1) Павлова;

2) Вольпе;

3) Перлса;

4) Скиннера.

3. Интерперсональная психотерапия Клермана и Вейссман показана прежде всего пациентам с:

1) соматическими заболеваниями;

2) шизотипическими расстройствами;

3) депрессией;

4) алкоголизмом.

**Лекция 8.Гештальтпсихология и гештальттерапия**

План:

1. Основные принципы гештальттерапии.
2. Представление о гештальте. Принципы гештальта
3. Защитная реакция в гештальтерапии
4. Зрелость как состояние психического здоровья
5. Ограничения и трудности применения идей гештальттерапии в практике работы с подростками и взрослыми людьми.
6. Использование многочисленных техник гештальттерапии.

Широко известным в лечебной практике методом гуманистической психотерапии является **гештальт-терапия**,созданная Перлсом под влиянием идей гештальт-психологии, экзистенциализма, психоанализа и, в частности, теории Райха о физиологических проявлениях вытесненного психологического материала. Гештальт-терапия возникла в русле феноменологического подхода, подчеркивающего необходимость осознания пациентом настоящего и важность непосредственного эмоционального переживания. Информацию, необходимую для терапевтического изменения, получают из непосредственного поведения пациента. Феноменологический подход гештальт-терапии противопоставляется каузальному — традиционному — подходу, при котором усилия психотерапевта направлены на поиски причин расстройств у пациента в его прошлом.

Теоретическими истоками гештальт-терапевтического направления считаются психоанализ, экзистенциальная философия, гештальт-психология и дзэн-буддизм. При этом необходимо отметить, что строгой философской гештальт-терапевтической концепции просто не существует. Сам Перлз относился к философии и научным теориям очень скептически. Основатель гештальт-терапии не имел классического гуманитарного образования, а его увлечения, в том числе и буддизмом, были недолгими и не слишком глубокими. Сталкиваясь с необходимостью признания и следования авторитетам, Перлз быстро охладевал к изучаемому направлению. Так, у мастера дзэн-буддизма он учился около двух месяцев, и одним из разочарований в буддизме стала необходимость «взывать и кланяться перед статуей Будды», что Перлз расценил как материализацию божества. Неудивительно, ведь, пожалуй, основной проблемой, разрешаемой в гештальт-терапии, является потеря личностью индивидуальности, подлинности из-за давления со стороны авторитетов, социальных догм и стандартов.

Перлз ввел в свою теорию термин, взятый из гештальт-психологии и давший название всему психотерапевтическому направлению — **гештальт.**Это понятие, относящееся к законам восприятия и обозначающее целостность и структурность, переносится на мотивационную сферу человека. Возникновение и удовлетворение потребности рассматривается как процесс возникновения и завершения гештальта. Каждая потребность стремится к своему удовлетворению-завершению, и если этого не происходит, нарушается весь процесс образования новых потребностей, так как неудовлетворенная потребность или незавершенный гештальт забирает энергию у организма, снова и снова пытаясь быть завершенным. Так, ребенок, недополучивший признания и похвалы от родителей, в своей взрослой жизни будет компульсивно совершать действия, направленные на получение признания (участвовать в конкурсах, добиваться высокого социального статуса и т. п.). При этом все другие потребности, например в теплых отношениях с людьми, творческом самоопределении, будут блокированы, так как неудовлетворенная потребность будет забирать всю энергию человека.

Кроме термина «гештальт» из гештальт-психологии было взято и представление об организме/поле окружающей среды. Психологические явления существуют только на границе контакта человека и окружающей его среды. Только из внешней среды человек может получить удовлетворение собственных физиологических и духовных потребностей. При взаимодействии с полем окружающей среды организм осуществляет цикл контакта, включающий в себя следующие стадии: предконтакт, контакт, финальный контакт и постконтакт. На стадии предконтакта возникает потребность, на стадии контакта организм выбирает из среды объект, который может удовлетворить потребность, во время финального контакта исчезает граница между объектом и субъектом. В постконтакте организм отделяется от среды, ассимилирует приобретенный опыт, и, таким образом, цикл контакта завершается.

Представление о границе контакта определяет специфику взаимоотношений терапевта и клиента в гештальт-терапии. Здесь их встреча — это не встреча всезнающего и великого гуру с неопытным учеником, это экзистенциальная встреча двух людей. В связи с этим особое значение имеет то, что каждая из личностей выносит на границу контакта. Личность психотерапевта, его спонтанные реакции и действия становятся важнейшим элементом терапии. В гештальт-терапии терапевт имеет право говорить о своих чувствах, выносить на границу контакта любые эмоции, возникающие при взаимодействии с клиентом, более того, его чувства становятся одним из инструментов терапии.

То, что происходит на границе контакта между терапевтом и клиентом, имеет особую важность еще и потому, что неотреагированные эмоции, неразрешенные конфликты не остаются в прошлом, а живут в психике клиента «здесь и сейчас» в виде незавершенных гештальтов. Незавершенные ситуации повторяются и стремятся к завершению во всех «здесь и сейчас» ситуациях пациента, а следовательно, и в актуальной терапевтической ситуации. Например, человек, болезненно стремящийся к самоутверждению, будет пытаться доказать собственную значимость и на сеансе психотерапии. В таком случае ответная реакция терапевта на попытку манипуляции может помочь клиенту обратить внимание на то, какая потребность требует своего удовлетворения и что именно он выносит на границу контакта с окружающими его людьми, в том числе и с терапевтом.

Основной акцент гештальт-терапевтического процесса смещен на диалог клиента и терапевта, на происходящее «здесь и сейчас». Соглашаясь с психоаналитическими представлениями о том, что корни проблем пациента находятся в прошлом, в его детстве, основатель гештальт-терапии не считал необходимой интеллектуальную реконструкцию детской проблемы. Эта проблема живет в настоящем клиента, поэтому доступ к ней может произойти «здесь и сейчас». Например, если клиентка сообщает о том, что в детстве у нее были сложные отношения с бабушкой, которая чрезмерно ограничивала ее свободу, то одним из вариантов работы будет обсуждение этих отношений, рассмотрение биографического материала и т. п., другой же путь, основанный на принципе «здесь и сейчас» и принятый в гештальттерапии, — опереться на то, как эта проблема сказывается на состоянии клиентки в данный момент и проявляется в ее отношениях с терапевтом. Важно не то, что когда-то произошло, а то, как те или иные прошлые переживания сказываются в данный момент.

В гештальт-терапии нет усредненных критериев психологического здоровья. Человек, достигший аутентичности, обретает свободу выбора и становится лучшим экспертом для собственной личности. Перлз говорит о наличии так называемой мудрости тела, которая способствует поддержанию равновесия-гомеостаза и возникновению все новых и новых потребностей, создающих условия для личностного развития. «Мудрость тела» — это идеализированное метафорическое понятие, означающее стремление человека к наилучшему для себя состоянию, к принятию самого правильного решения. Мудрость тела, так же как и понятие самоактуализирующей тенденции, принятое в клиент-центрированной психотерапии К. Роджерса, прежде всего выражает уважение и доверие к личности, свойственные гуманистическим направлениям психотерапии.

Организм существует в динамической смене гомеостатического (равновесного) состояния, когда потребности удовлетворены и организм не нуждается в контакте, и неустойчивого, стремящегося к изменению состояния, когда какая-либо потребность актуализируется и возникает необходимость вступления в контакт с окружающей средой.

Для поддержания гомеостаза человеку необходимо осуществлять постоянный обмен с окружающей его средой: брать необходимое и отдавать избыточное. Чтобы удовлетворить возникающую потребность, ее необходимо осознать, построить четкую фигуру, на которой все остальные, прошлые и будущие, потребности станут фоном, и вынести ее на контактную границу. Например, для матери грудного ребенка весь смысл существования связан с уходом за ним, а другие потребности — в отдыхе, профессиональном росте, общении с друзьями и т. п. — уходят в фон.

Процесс формирования фигуры и фона является динамическим, так как для нормального, полноценного функционирования организма необходима постоянная смена потребностей. Так, после того как мать решила все проблемы с ребенком (накормила, постирала, уложила спать), возникает другая потребность, другая фигура — например, общение с мужем. Если гештальт не завершен и потребность не удовлетворена, то возникает опасность, что фигура станет ригидной, и в различных неадекватных ситуациях человек будет пытаться удовлетворить одну и ту же потребность. Например, человек, переживший обман со стороны близкого друга и не ассимилировавший такой опыт, начинает видеть подвох в любых отношениях с другими людьми. В этом случае фигурой становится человеческая непорядочность, в то время как искренность и бескорыстие окружающих его людей становятся фоном.

Следующим важнейшим принципом гештальт-терапии служит идея холизма, идея единства психической и телесной жизни человека *(body-mind split).*Проблему дихотомии души и тела Перлз разрешает следующим образом: он говорит, что умственная деятельность человека — это точно такая же деятельность, как и физическая, только происходит она с меньшими затратами энергии. Путем перевода активности из физической в умственную организм экономит энергию для того, чтобы использовать ее более рационально и в более подходящих условиях. Например, когда человек гневается, его мышцы напрягаются, учащается сердцебиение, он готовится напасть на обидчика. Однако гнев может перейти в ментальную сферу (в терминологии Перлза — умственную деятельность), и тогда явных физических признаков гнева может и не быть, хотя это чувство сохранится и человек сможет обдумать возможные решения сложившейся ситуации. Следовательно, психическая и физическая деятельность являются проявлением одной и той же реальности — человеческого бытия. В психике нет ничего такого, что не имело бы отражения в теле человека. Поэтому работа с телом является одной из важных составляющих гештальт-терапии. Отметим, что сам Перлз проходил личную психотерапию у одной из ярких представительниц телесно-ориентированного направления Иды Рольф.

Особенность гештальт-терапии состоит еще и в том, что ответственность за результаты терапии лежит не только на терапевте, отвечающем за компетентность и профессионализм выполняемой работы, но и на самом клиенте. Как уже было отмечено, принятие ответственности за свою жизнь, за собственный выбор служит ключевым моментом становления личности в гештальт-терапии. Эта идея была заимствована из экзистенциональной философии, провозгласившей самоопределение и осознание одиночества единственным способом бытия в мире. На социальном уровне человек может быть вместе с другими людьми — иметь друзей, семью, родных, но на экзистенциальном уровне, перед лицом смерти и бессмысленности он обречен на одиночество, принятие которого является важной задачей, решаемой каждым из нас.

Перлс перенес закономерности образования фигуры, установленные гештальт-психологией в сфере восприятия, в область мотивации человеческого поведения. Возникновение и удовлетворение потребностей он рассматривал как ритм формирования и завершения гештальтов. Функционирование мотивационной сферы осуществляется по принципу саморегуляции организма. Человек находится в равновесии с самим собой и окружающим его миром. Для сохранения гармонии нужно лишь довериться «мудрости тела», прислушиваться к потребностям организма и не мешать их реализации. Быть самим собою, осуществлять свое Я, реализовывать свои потребности, наклонности, способности — это путь гармоничной, здоровой личности. Больным неврозом, согласно экзистенциально-гуманистической психологии, является человек, хронически препятствующий удовлетворению собственных потребностей, отказывающийся от реализации своего Я, направляющий все свои усилия на реализацию Я-концепции, создаваемой для пего другими людьми, прежде всего близкими — и которую он со временем начинает принимать за свое истинное Я. Отказ от собственных потребностей и следование ценностям, навязанным извне, приводит к нарушению процесса саморегуляции организма.

В гештальт-терапии различают 5 механизмов нарушения процесса саморегуляции: интроекция, проекция, ретрофлексия, дефлексия, конфлуенция. При интроекции человек усваивает чувства, взгляды, убеждения, оценки, нормы, образцы поведения других людей, которые, однако, вступая в противоречие с собственным опытом, не ассимилируются его личностью. Этот неассимилированный опыт — интроект — является чуждой для человека частью ею личности. Наиболее ранними интроектами являются родительские поучения, которые усваиваются ребенком без критического осмысления. Со временем становится трудно различить интроекты и свои собственные убеждения. Проекция — прямая противоположность интроекции, причем, как правило, эти два механизма дополняют друг друга. При проекции человек отчуждает присущие ему качества, поскольку они не соответствуют его Я-концепции. Образующиеся в результате проекции «дыры» заполняются интроектами. Ретрофлексия — «поворот на себя» — наблюдается в тех случаях, когда какие-либо потребности не могут быть удовлетворены из-за их блокирования социальной средой, и тогда энергия, предназначенная для манипулирования во внешней среде, направляется на самого себя. Такими неудовлетворенными потребностями, или незавершенными гештальтами, часто являются агрессивные чувства. Ретрофлексия при этом проявляется в мышечных зажимах. Первоначальный конфликт между Я и другими превращается во внутриличностный конфликт. Показателем ретрофлексии является использование в речи возвратных местоимений и частиц, например: «Я должен заставить себя сделать это». Дефлексия — это уклонение от реального контакта. Человек, для которого характерна дефлексия, избегает непосредственного контакта с другими людьми, проблемами и ситуациями. Дефлексия выражается в форме салонных разговоров, болтливости, шутовства, ритуальности и условности поведения, тенденции «сглаживания» конфликтных ситуаций и т. п. Конфлуенция, или слияние, выражается в стирании границ между Я и окружением. Такие люди с трудом отличают свои мысли, чувства или желания от чужих. Слияние хорошо выявляется на занятиях групповой психотерапии у пациентов, полностью идентифицирующих себя с группой; для них характерно при описании собственного поведения употребление местоимения «мы» вместо «я».

Описанные варианты нарушений процесса саморегуляции представляют собой невротические защитные механизмы, прибегая к которым индивид отказывается от своего подлинного Я. В результате действия перечисленных механизмов нарушается целостность личности, которая оказывается фрагментированной, разделенной на отдельные части. Такими фрагментами, или частями, чаще выступают дихотомии: мужское — женское, активное — пассивное, зависимость — отчужденность, рациональность — эмоциональность, эгоистичность — бескорыстие. Большое значение придается в гештальт-терапии описанному Перлсом конфликту между «нападающим» (top-dog) и «защищающимся» (under-dog). «Нападающий» — это интроект родительских поучений и ожиданий, диктующих человеку, что и как он должен делать («Родитель» в терминологии трансактного анализа). «Защищающийся» — зависимая, неуверенная в себе часть личности, отбивающаяся различными хитростями, проволочками типа «сделаю завтра», «обещаю», «да, но...», «постараюсь» («Ребенок» в трансактном анализе).

Основная цель гештальт-терапии состоит в интеграции фрагментированных частей личности.

В процессе гештальт-терапии на пути к раскрытию своей истинной индивидуальности пациент проходит через пять уровней, которые Перлс называет уровнями невроза.

Первый уровень — уровень фальшивых отношений, уровень игр и ролей. Невротическая личность отказывается от реализации своего Я. Больной неврозом живет согласно ожиданиям других людей. В результате собственные цели и потребности человека оказываются неудовлетворенными, он испытывает фрустрацию, разочарование и бессмысленность своего существования. Перлсу принадлежит следующий афоризм: «Сумасшедший говорит: "Я Авраам Линкольн", а больной неврозом: "Я хочу быть Авраамом Линкольном", здоровый человек говорит: "Я — это я, а ты — это ты"». Отказываясь от самого себя, больной неврозом стремится быть кем-то другим.

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

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

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

Пятый уровень — эксплозия (взрыв). Достижение этого уровня означает сформирование аутентичной личности, которая обретает способность к переживанию и выражению своих эмоций. Эксплозия — это глубокое и интенсивное эмоциональное переживание. Перлс описывает четыре типа эксплозии: скорбь, гнев, радость, оргазм. Эксплозия истинной скорби является результатом работы, связанной с утратой или смертью близкого человека. Оргазм — результат работы с лицами, сексуально заблокированными. Гнев и радость связаны с раскрытием аутентичной личности и подлинной индивидуальности.

Основным теоретическим принципом гештальт-терапии является убеждение, что способность индивида к саморегуляции ничем не может быть адекватно заменена. Поэтому особое внимание уделяется развитию у пациента готовности принимать решения и делать выбор.

Поскольку саморегуляция осуществляется в настоящем, гештальт возникает в «данный момент», то психотерапевтическая работа проводится сугубо в ситуации «сейчас». Психотерапевт внимательно следит за изменением в функционировании организма пациента, побуждает его к расширению осознания того, что происходит с ним в данный момент, с тем чтобы замечать, как он препятствует процессу саморегуляции организма, какие блоки он использует для избегания конфронтации со своим настоящим, для «ускользания из настоящего». Большое внимание психотерапевт уделяет «языку тела», являющемуся более информативным, чем вербальный язык, которым часто пользуются для рационализации, самооправданий и уклонения от решения проблем. Психотерапевта интересует, что делает пациент в данный момент и как он это делает, например, сжимает ли кулаки, совершает мелкие стереотипные движения, отводит в сторону взгляд, задерживает дыхание. Таким образом, в гештальт-терапии акцент смещается с вопроса «почему?» на вопрос «что и как?». Фрагментирование личности часто устанавливается по рассогласованию между вербальным и невербальным проявлениями.

Феноменологический подход диктует принципы и технические процедуры в гештальт-терапии: и те и другие связаны с настоящим. Основными принципами являются следующие.

1. Принцип «сейчас». «Сейчас» — это функциональная концепция того, что и как делает индивид в данный момент. Например, акт воспоминания далекого прошлого является частью «сейчас», а то, что происходило несколько минут назад, не является «сейчас».

2. Принцип «я — ты». Выражает стремление к открытому и непосредственному контакту между людьми. Часто свои высказывания члены психотерапевтической группы направляют не по адресу — конкретному участнику, а в сторону или в воздух, что обнаруживает их опасения и нежелание говорить прямо и однозначно. Психотерапевт побуждает участников группы к непосредственному общению, просит адресовать конкретные высказывания конкретным лицам. Прямая конфронтация мобилизует аффект и живость переживания.

3. Принцип субъективизации высказываний. Связан с семантическими аспектами ответственности пациента. Психотерапевт предлагает пациенту заменять объективизированные формы (типа «что-то давит в груди») на субъективизированные («я подавляю себя»). Это помогает пациенту рассматривать себя как активного субъекта, а не пассивный объект, с которым «делаются» разные вещи.

4. Континуум сознания. Является неотъемлемой частью всех технических процедур, но может использоваться и в качестве отдельного метода. Это концентрация на спонтанном потоке содержания переживаний, метод подведения индивида к непосредственному переживанию и отказу от вербализаций и интерпретаций, одно из центральных понятий гештальт-терапии. Пациент должен постоянно осознавать или отдавать себе отчет в том, что происходит с ним в данный момент, он должен замечать малейшие изменения в функционировании организма. Осознание чувств, телесных ощущений и наблюдение за движениями тела (понимание «языка тела») способствуют ориентации человека в самом себе и в своих связях с окружением.

Технические процедуры в гештальт-терапии называются играми. Это разнообразные действия, выполняемые пациентами по предложению психотерапевта, которые способствуют более непосредственной конфронтации со значимым содержанием и переживаниями. Эти игры предоставляют возможность экспериментирования с самим собой и другими участниками группы. В процессе игр пациенты «примеряют» различные роли, входят в разные образы, отождествляются со значимыми чувствами и переживаниями, отчужденными частями личности и интроектами. Цель игр-экспериментов — достижение эмоционального и интеллектуального прояснения, приводящего к интеграции личности. Эмоциональное осознание («ага-переживание») — это такой момент самопостижения, когда человек говорит: «Ага!» По Перлсу, «ага» — это то, что происходит, когда что-нибудь защелкивается, попадая на свое место; каждый раз, когда «закрывается» гештальт, «звучит» этот щелчок. По мере накопления фактов эмоционального прояснения приходит прояснение интеллектуальное. Число игр не ограничено, так как каждый психотерапевт, пользуясь принципами гештальт-терапии, может создавать новые игры или модифицировать уже известные. Наиболее известными являются следующие игры.

1. Диалог между частями собственной личности. Когда у пациента наблюдается фрагментация личности, психотерапевт предлагает эксперимент: провести диалог между значимыми фрагментами личности — между агрессивным и пассивным, «нападающим» и «защищающимся». Это может быть диалог и с собственным чувством (например, с тревогой, страхом), и с отдельными частями или органами собственного тела, и с воображаемым значимым для пациента человеком. Техника игры такова: напротив стула, который занимает пациент («горячий стул»), располагается пустой стул, на который «сажают» воображаемого «собеседника». Пациент поочередно меняет стулья, проигрывая диалог, пытаясь максимально отождествлять себя с различными частями своей личности.

2. Совершение кругов. Пациенту предлагается пройти по кругу и обратиться к каждому участнику с волнующим его вопросом, например, выяснить, как его оценивают другие, что о нем думают, или выразить собственные чувства по отношению к членам группы.

3. Незаконченное дело. Любой незавершенный гештальт есть незаконченное дело, требующее завершения. По существу, вся гештальт-терапия сводится к завершению незаконченных дел. У большинства людей есть немало неулаженных вопросов, связанных с их родственниками, родителями и т. п. Чаще всего это невысказанные жалобы и претензии. Пациенту предлагается с помощью приема пустого стула высказать свои чувства воображаемому собеседнику или обратиться непосредственно к тому участнику психотерапевтической группы, который имеет отношение к незаконченному делу. Гештальт-психотерапевтами замечено, что наиболее частое и значимое невыраженное чувство — чувство обиды. Именно с этим чувством работают в игре, которая начинается со слов: «Я обижен...»

4. Проективная игра. Когда пациент заявляет, что другой человек имеет некое чувство или черту характера, его просят проверить, не является ли это его проекцией. Пациенту предлагается «разыграть проекцию», то есть примерить на самого себя это чувство или черту. Так, пациента, который заявляет: «Я испытываю к тебе жалость», просят разыграть роль человека, вызывающего жалость, подходя к каждому из участников группы и вступая с ним во взаимодействие. Постепенно входя в роль, человек раскрывает себя, при этом может произойти интеграция прежде отвергаемых сторон личности.

5. Выявление противоположного (реверсия). Явное поведение пациента часто носит характер защиты, скрывающей противоположные тенденции. Для осознания пациентом скрытых желаний и противоречивых потребностей ему предлагается разыграть роль противоположную той, которую он демонстрирует в группе. Например, пациентке с манерами «душечки» предлагается разыграть роль агрессивной, высокомерной, задевающей других женщины. Такой прием позволяет достичь более полного соприкосновения с теми сторонами своей личности, которые прежде были скрыты.

6. Упражнения на воображение. Иллюстрируют процесс проекции и помогают участникам группы идентифицироваться с отвергаемыми аспектами личности. Среди таких упражнений наиболее популярна игра «Старый, заброшенный магазин». Пациенту предлагают закрыть глаза, расслабиться, затем представить, что поздно ночью он проходит по маленькой улочке мимо старого, заброшенного магазина. Его окна грязные, но если заглянуть, можно заметить какой-то предмет. Пациенту предлагают тщательно его рассмотреть, затем отойти от заброшенного магазина и описать предмет, обнаруженный за окном. Далее ему предлагается вообразить себя этим предметом и, говоря от первого лица, описать свои чувства, ответить на вопрос, почему он оставлен в магазине, на что похоже его существование в качестве этого предмета. Идентифицируясь с предметами, пациенты проецируют на них какие-то свои личностные аспекты.

Большое внимание уделяется в гештальт-терапии работе со сновидениями пациентов. Перефразируя Фрейда, Перлс говорит, что «сон — это королевская дорога к интеграции личности». В отличие от психоанализа, в гештальт-терапии не интерпретируются сны, они используются для интеграции личности. Автор считал, что различные части сна являются фрагментами нашей личности. Для того чтобы достичь интеграции, необходимо их совместить, снова признать своими эти спроецированные, отчужденные части нашей личности и признать своими скрытые тенденции, которые проявляются во сне. С помощью проигрывания объектов сна, отдельных его фрагментов может быть обнаружено скрытое содержание сновидения через его переживание, а не посредством его анализа.

Перлс сначала применял свой метод в виде индивидуальной психотерапии, но впоследствии полностью перешел на групповую форму, находя ее более эффективной и экономичной. Групповая психотерапия проводится как центрированная на пациенте, группа же при этом используется лишь инструментально по типу хора, который, подобно греческому, на заднем плане провозглашает свое мнение по поводу действия протагониста. Во время работы одного из участников группы, который занимает «горячий стул» рядом со стулом психотерапевта, другие члены группы идентифицируются с ним и проделывают большую молчаливую аутотерапию, осознавая фрагментированные части своего Я и завершая незаконченные ситуации.

В последние годы отмечается явная тенденция отхода от ортодоксальной модели гештальт-терапии с ее непримиримостью к каузальности, полному отказу от анализа и интерпретаций к использованию гештальт-экспериментов в сочетании с каузальными методами психотерапии, чаще с трансактным анализом. Гештальт-терапия наиболее эффективна при лечении неврозов. При работе с психотическими пациентами ее рекомендуют проводить достаточно длительно и осторожно.

Гештальт-терапия обладает большим количеством разнообразных техник, многие из которых заимствованы из других видов психотерапии, например из психодрамы, транзактного анализа, арт-терапии. Гештальтисты считают, что в рамках их подхода допустимо использование любой техники, служащей естественным продолжением диалога терапевта и клиента и усиливающей процессы осознавания.

Гештальт-терапия может осуществляться в форме как индивидуальных, так и групповых сессий. При этом групповая работа в рамках гештальттерапии имеет свою специфику: в гештальт-группах акцент делается не на групповой динамике, хотя она и не игнорируется терапевтом, а на индивидуальной работе с одним членом группы, заявившим свою проблему. Таким образом, группа здесь является резонатором, хором, на фоне которого выступает солист.

Первым техническим приемом, используемым в процессе гештальт-терапии, служит заключение контракта. Как уже отмечалось, в этом направлении психотерапии терапевт и клиент являются равноправными партнерами и клиент несет собственную ответственность за результаты терапии. При заключении контракта оговаривается этот аспект, а также формулируются цели, которые ставит перед собой клиент. Для клиента, постоянно уходящего от ответственности, эта ситуация является проблемной и требует проработки. Таким образом, уже на стадии заключения контракта клиент учится брать на себя ответственность за себя и за то, что с ним происходит.

В гештальт-терапии принято разделение техник на две группы: техники диалога и проективные техники. Техника диалога — это работа, осуществляемая на границе контакта между клиентом и терапевтом. Терапевт отслеживает механизмы прерывания клиента и выносит свои эмоции и переживания, как часть среды, окружающей клиента, на границу контакта. Другая группа техник — это так называемые проективные техники, которые используются для работы с образами, сновидениями, воображаемыми диалогами, «частями» личности и т. п. Однако четкое разграничение этих техник возможно только в теории, в практической же работе они тесно взаимосвязаны.

Одной из наиболее известных техник является техника «горячего стула», применяющаяся в ходе групповой работы. «Горячий стул» — это место, на которое садится клиент, намеревающийся рассказать о своей проблеме. При этом взаимодействие осуществляется только между ним и ведущим группы, а остальные члены группы становятся безмолвными слушателями и зрителями и включаются во взаимодействие только по просьбе терапевта. По окончании сессии члены группы сообщают о своих чувствах, причем необходимо, чтобы участники говорили именно о чувствах, а не давали советы и не оценивали человека, сидящего на «горячем стуле».

Еще одной оригинальной гештальт терапевтической техникой является концентрация (фокусированное осознавание). Осознавание должно происходить на трех уровнях: осознавание внешнего мира (что я вижу, слышу), внутреннего мира (эмоции, телесные ощущения), а также мыслей. Клиент, придерживаясь принципа «здесь и сейчас», рассказывает о том, что он осознает в данный момент, например: «Сейчас я сижу на стуле и смотрю на терапевта. Я чувствую напряжение и замешательство. Я слышу, как сильно стучит мое сердце». Этот эксперимент выполняет несколько функций. Во-первых, он позволяет усилить, обострить ощущение настоящего; Перлз описывает ситуации, когда после использования этой техники пациенты говорили о том, что мир для них стал реальнее и ярче. Во-вторых, этот эксперимент помогает осознать способы, с помощью которых человек убегает от реальности (например, воспоминания или фантазии о будущем). В-третьих, монолог-осознавание является ценным материалом для терапии.

Техника экспериментального усиления заключается в том, что клиент должен усилить какое-либо из своих малоосознаваемых вербальных или невербальных проявлений. Например, во время сессии клиент постоянно постукивает рукой по подлокотнику кресла, и терапевт предлагает усилить это движение. В результате постукивание превращается в интенсивные хлопки, а на вопрос терапевта о его ощущениях клиент сообщает, что чувствует гнев по отношению к терапевту. Это становится темой для дальнейшей работы. Другой вариант: клиент часто начинает свою речь со слов «да, но...», не осознавая этого. Терапевт предлагает клиенту каждую фразу начинать с этих слов. Это помогает клиенту осознать, что он соперничает с окружающими, в том числе и с членами группы, старается оставить за собой последнее слово.

Следующая техника — техника челнока — направлена на расширение зоны осознавания. Техника челнока связана с тем, что терапевт намеренно меняет уровни осознавания, фигуру и фон в сознании клиента. Например, клиент говорит о своем одиночестве (фигура — вербальная продукция клиента).

*Терапевт.*Когда вы говорите о своем одиночестве, у вас дрожат колени. (Фигура — телесные проявления; слова — фон.) Усильте эту дрожь. Что вы чувствуете? (Фигура — чувства; телесные проявления и вербальная конструкция одиночества — фон.)

*Клиент.*Я чувствую страх. В моих коленях находится страх.

*Терапевт.*Как ваш страх связан с вашим одиночеством? (Фигура — интеллектуальное понимание; фон — чувства и телесные проявления.)

*Клиент.*Я боюсь людей...

Челночное движение может осуществляться не только из разных зон осознавания, но и из прошлого в настоящее и наоборот. Например, клиентка сообщает, что испытывает постоянное раздражение при общении со своей начальницей. Терапевт предлагает ей выбрать из группы человека, который вызывает у нее подобное чувство, и, реализуя принцип «здесь и сейчас», работает с невротическими механизмами, проявляющимися в этих отношениях. Использование группы в качестве безопасной модели окружающего мира является характерной чертой гештальт-терапии.

Наконец, к основным гештальт-терапевтическим техникам относится техника «пустого стула». «Пустой стул» используется для нескольких целей. Во-первых, на нем размещается значимый человек, с которым клиент осуществляет диалог, причем это может быть даже умерший человек, например отец, которому при жизни не были сказаны важные слова. Во-вторых, «пустой стул» может быть использован для диалога различных частей личности. Экспериментальную игру, связанную с диалогом частей личности, терапевт предлагает тогда, когда у пациента имеются противоположные установки, борющиеся между собой, порождая внутриличностный конфликт. Внутриличностные конфликты часто порождаются внутренним диалогом «собаки сверху» — долга, требований общества, совести, и «собаки снизу» — желаний, эмоций, спонтанности. Разворачивание этого диалога вовне оказывает терапевтическое воздействие.

Техника «пустого стула» используется как для интеграции «частей» личности, так и для диссоциации с интроектами. Например, клиентка Л., преподаватель вуза, сообщила о том, что испытывает двойственные чувства в связи со своей работой: с одной стороны, ей нравится общаться со студентами, читать лекции, с другой — работа вызывает у нее напряжение и неудовлетворенность. Терапевт предложил Л. поместить на одном стуле ту часть личности, которая любит свою работу, а на другом — ту, которая тяготится работой. Пересаживаясь с одного стула на другой и идентифицируясь с разными частями своей личности, клиентка вела диалог от их имени.

*Клиентка (на левом стуле, уверенно, с блестящими глазами).*Я люблю свою работу. Я чувствую себя умной, эрудированной. Мне приятно, что я могу заинтересовать людей.

*Клиентка (на правом стуле, обращаясь к противоположной части).*Какая из тебя эрудитка? Что ты вообще можешь? Говорить все умеют! Посмотри на себя! У тебя ничего не получается!

*Терапевт.*Кто так говорит в вашей реальной жизни?

*Клиентка (пауза).*Это... мой отец *(плачет).*Он никогда не верил в меня.

Для работы с частями личности используется и техника диалога с частями тела. Например, мужчина, рассказывая о своих взаимоотношениях в семье, шлепал себя ладонью по колену. Когда терапевт предложил ему высказаться от имени руки, то оказалось, что рука наказывает его за то, что он недостаточно хорош и недостаточно силен. Говоря от имени колена, по которому била ладонь, клиент сообщил о своем желании быть открытым, беззаботным, веселым, легкомысленным. Таким образом, рука представляла собой «собаку сверху», которая говорит, каким нужно быть, и наказывает за непослушание, а колено — «собаку снизу», которая пытается схитрить, но сделать то, что хочется.

Еще одной интегрирующей техникой является техника работы с полярностями. Как указывалось выше, в гештальт-терапии существует представление, что в личности одновременно сосуществуют противоположности, полярности. Клиенту, жалующемуся на неуверенность, предлагается представить свою уверенную часть личности, попытаться пообщаться с другими людьми как уверенному человеку, пройтись уверенной походкой, провести воображаемый диалог между собственной уверенностью и неуверенностью. Человеку, которому трудно просить помощи у других, дается задание выпрашивать внимание участников группы, обращаться к ним с любыми, даже нелепыми просьбами. Подобное экспериментирование позволяет расширить зону осознавания у клиента таким образом, чтобы включить в нее ранее недоступный личностный потенциал.

Техника совершения кругов применяется в групповой психотерапии, когда член группы в качестве игры-экспериментирования просит определенных участников группы или всю группу высказаться о нем. Другой вариант — сам член группы по кругу выражает собственные чувства участникам группы. Известен прием из работы Перлза, когда он предложил студенту, испытывавшему страх выступлений перед большой аудиторией, пройти по аудитории и посмотреть в глаза каждому человеку. После этой процедуры тревожность заметно снизилась. Техника совершения кругов особенно эффективна при работе с механизмом проекции.

Оригинальна гештальт-терапевтическая техника работы со сновидениями, существенно отличающаяся от такой работы в других психотерапевтических направлениях. Все элементы сна рассматриваются как части личности клиента, с каждой из которых он должен идентифицироваться, чтобы присвоить собственные проекции или избавиться от ретрофлексии. Важно, чтобы, рассказывая о своем сне, клиент говорил о происходящем в настоящем времени. Например, клиент И. рассказал о таком сне: «Я иду по тропинке посреди поля. У меня хорошее настроение. Через какое-то время я вижу, что на тропинке стоит собака, которая привязана к вбитому в землю колышку. Она лает на меня, показывает клыки. Я поднимаю с земли палку и пытаюсь отогнать ее, но она лает еще сильнее и не пропускает меня. Я останавливаюсь в растерянности». Говоря от имени тропинки, И. сказал: «Я веду тебя к людям, я веду тебя к веселью и радости». От имени собаки: «Я хочу привлечь твое внимание. Я хочу проверить тебя на прочность, испугаешься ты или нет. А еще я хочу есть и пить; может быть, ты меня накормишь?» От имени палки: «Я только с виду такая крепкая и тяжелая. На самом деле я могу сломаться, собака может легко перегрызть меня». Дальнейшая работа показала, что сои был связан с отношением И. к женщинам, которых он боялся и чувствовал себя рядом с ними неуверенно. Работа со сном позволила клиенту понять причину отсутствия длительных отношений с женщинами.

Как уже говорилось, в гештальт-терапии используются техники других психотерапевтических направлений, но это делается для достижения специфической цели — обретения так называемой мудрости тела.

**Контрольные вопросы:**

1. К понятиям гештальт-терапии не относится:

1) вытеснение;

2) фигура и фон;

3) незавершенный гештальт;

4) осознание.

**Лекция 9. Экзистенциально-гуманистическая психотерапия**

План:

1. Основные положения гуманистической психологии. Истоки возникновения гуманистической психологии, основные представители.
2. Нейтральность природы человека по А. Маслоу. Две глобальные категории мотивов субъекта. Два образа жизни.
3. Недирективная психотерапия К.Роджерса. Основные представления: самоактуализация, опыт, феноменальное поле, Я-концепция, неконгруэнтность. Основные принципы клиентоцентрированной терапии.
4. В. Франкл о позиции фаталистической личности. Экзистенциальный вакуум.
5. Возможные ограничения и трудности применения идей гуманистической психологии в практике работы с подростками и взрослыми людьми.

Одно из трех основных направлений современной психотерапии, к которым причисляют также динамическое и поведенческое (Парлофф, Карасу). К нему относят прежде всего экзистенциальную психотерапию, дазайнанализ, логотерапию, клиент-центрированную психотерапию, гештальт-терапию.

При рассмотрении природы человека и его болезней представители этого направления подвергают критике классический психоаналитический подход и его отношение к этике человека — его желаниям, выбору и отношению к другим. Через психоаналитическую практику и придание особого значения техническим приемам человек становится обезличенным, изолированным, управляемым, доступным анализу и расчету, а потому униженным. Гуманистическая концепция возвеличивает человека с целью нивелировки его отчуждения, поощряет максимально полное исследование уникальности и универсальности его природы. В этом ее трансцендентальная сущность. Говоря словами Франкла, «человек по своей сути стремится найти цель и осуществить свое предназначение в жизни». Такой подход включает как трансперсональное, так и интраперсональное измерение. Согласно Арендсен-Хейн «интраперсональное относится к уровню Я ... где главным является раскрытие человеческой индивидуальности, эмоционального состояния и их представительства в физическом теле; трансперсонально ориентировано на максимальную реальность ... единство человека, универсальный или космический план, в котором человек переживает переход границ его Я в универсальное сознание». Представители гуманистического направления в психотерапии склонны видеть человека существом прирожденно активным, борющимся, самоутверждающимся, повышающим свои возможности, с почти безграничной способностью к позитивному росту. Поэтому усилия психотерапевта направлены на личностный рост пациента, а не просто на лечение болезни. Терапевтической целью является достижение максимальной осведомленности или более высокого состояния сознания, при котором, согласно Мэю, «быть осведомленным о своем предназначении в мире в то же самое время означает быть предназначенным для этого». Представители этого направления используют такие широкие понятия, как самоопределение, творчество, подлинность и методологию, стремящуюся к максимальной интеграции ума, тела и души человека при отсутствии или нарушении его целостности. Патология понимается как уменьшение возможностей для самовыражения, как результат блокирования, подавления внутренних переживаний или потери соответствия им. Невротическая личность рассматривается как страдающая от подавления и фрагментации, а невроз — как основной, универсальный, приводящий к отчаянию результат отчуждения индивидуума от себя, своего общества (или мира). По Маслоу, патология — это ослабление человека, потеря или пока еще неосуществленность человеческих возможностей. Таким образом, болезнь, включающая все обычные психиатрические понятия, и здоровье располагаются на континууме: кем человек стремится быть — кем он может стать.

При рассмотрении терапевтического процесса (процесса изменений) интеллектуальные знания и инсайт заменяются эмоциями и переживаниями, акцент на «там и тогда» отдаленного прошлого переносится на «здесь и сейчас» непосредственного настоящего. Переживание (как приобретение опыта) является скорее чувственным, чем познавательным или вербальным процессом, происходящим в непосредственном настоящем, являющимся субъективным и незаметным (для окружающих), а также безоговорочно значимым (хотя позднее необязательно остается таковым) и служащим средством для концептуализации. Согласно Гендлину, «терапевтические изменения являются результатом процесса, в котором несомненно значение осведомленности, интенсивного чувствования, точно направленного и измененного, даже без словесного выражения». Терапевтические изменения через переживания обычно происходят с помощью реальных, конгруэнтных межличностных взаимоотношений между пациентом и психотерапевтом. Например, основу клиент-центрированной психотерапии Роджерса составляет позитивная вера в то, что каждый организм имеет врожденную тенденцию к развитию своих оптимальных способностей так длительно, сколько он находится в оптимальной среде. Психотерапевтические встречи действуют через сам факт их новизны. Во время их проведения психотерапевт служит катализатором, с помощью которого пациент реализует свои латентные и лучшие способности для саморазвития.

Хотя в понимании природы терапевтических взаимоотношений могут быть различия, реальный «здесь и сейчас» терапевтический диалог или взаимные встречи психотерапевта и пациента являются обязательным условием для многих школ этого направления. Важнейшее значение приобретают пробуждающие чувства человеческие взаимоотношения, при которых каждый человек пытается искренне общаться с другими как вербально, так и невербально.

Терапевтический союз не является отношениями врача и пациента (как в динамической психотерапии) или учителя и студента (как в поведенческой психотерапии), а представляет отношения одного человеческого существа к другому. Роджерс писал: «Я вступаю во взаимоотношения не как ученый, не как врач, который может точно определить диагноз и лечение, но как личность, вступающая в личные взаимоотношения». Представители этого направления, в особенности экзистенциально-ориентированные, касаясь вопроса о методах и технических приемах психотерапии, считают, что для этого ее вида важнее не то, что психотерапевт делает, а скорее смысл (контекст) психотерапии, а также не то, что психотерапевт говорит, а то, что он из себя представляет (кем он является). В связи с этим их нередко критикуют за недостаточную определенность самих методов психотерапии. Цель всех технических приемов может быть сформулирована как стремление к проникновению в феноменологический мир пациента. В отличие от психотерапевта динамического направления, психотерапевт не касается здесь прошлого пациента, диагноза, не стремится к инсайту, интерпретации, не рассматривает чередование переноса и контрпереноса, не указывает целей, не является директивным или конфронтирующим, навязывающим свое мнение пациенту в форме наставлений или решающих проблему предпочтений. Психотерапевты школы Роджерса и классического экзистенциализма имеют, по сути, вербальные взаимоотношения с пациентом. Другие школы в гуманистическом направлении в психотерапии часто невербальны в своем подходе. Они (например, гештальт-терапия) видят сверхинтеллектуализацию как часть проблемы пациента, то есть проявление защиты против переживаний и чувств, и не принимают ее в качестве терапевтического приема. Психотерапевты пытаются сосредоточить активность на рефлексии, предпочитают действие слову или, как минимум, комбинируют действие с интроспекцией. Их цель заключается в развитии осведомленности пациента о телесных ощущениях, позах, напряжении и движениях с акцентом на соматических процессах. Основной упор делается на усилении, побуждении пациента. Приемами, выражающими самопереживания в таких школах, является сочетание прямой конфронтации с драматизацией, то есть разыгрывание ролей, переживание фантазий в терапевтической обстановке.

В основе **экзистенциальной психотерапии** лежит феноменологическая и экзистенциальная философия и психология (Гуссерль, Хайдеггер, Ясперс, Сартр), центральное понятие учения — экзистенция (от позднелатинского existentia — существование) как нерасчлененная целостность объекта и субъекта; основные проявления человеческой экзистенции — забота, страх, решимость, совесть, вина, любовь. Все проявления определяются через смерть — человек прозревает свою экзистенцию в пограничных и экстремальных состояниях (борьба, страдание, смерть). Постигая свою экзистенцию, человек обретает свободу, которая и есть выбор своей сущности.

Экзистенциальная психотерапия представляет собой собирательное понятие для обозначения психотерапевтических подходов, в которых делается упор на «свободную волю», свободное развитие личности, её уникальность, осознание ответственности человека за формирование собственного внутреннего мира и выбор жизненного пути. В Европе представителями экзистенциального анализа являются Бинсвангер, Босс, Франкл, в США выделилось экзистенциально-гуманистическое направление, известными представителями которого являются Мэй, Бьюдженталь, Ялом.

Экзистенциальная психология и психотерапия, наиболее непосредственно отождествляемая с экзистенциализмом, описана в работах швейцарских психиатров Бинсвангера, Босса. Они признавали психоанализ как ценный психотерапевтический инструмент и основные их возражения были направлены не против техники психоанализа, а выражали глубокие сомнения в адекватности психоаналитической теории человека. Ими разработан психотерапевтический метод — экзистенциальный анализ, или **дазайнанализ** (Daseinsanalyse). Он основан на концепциях Хайдеггера и Гуссерля и в первую очередь на осуществленном этими философами анализе феномена существования человека в мире. В качестве важнейших черт личности рассматриваются: способность к самосознанию, к принятию решений, к ответственности за последствия этих решений; понимание возможности своего несуществования (смерти). Особенно важным положением как указанных философских учений, так и основывающихся на них психотерапевтических направлений, является постулат о личностной необходимости развития. Саморазвитие личности является не только возможностью, но и необходимостью для каждого отдельного человека. Иными словами, каждый человек постоянно стоит перед необходимостью познания и реализации всех своих новых способностей. Остановка саморазвития, чем бы она ни была вызвана, обусловливает различного рода личностные, в том числе и психические, нарушения. «Отказ от саморазвития», «отказ от своих возможностей» в рамках дазайнанализа — основной диагноз при самых различных нарушениях.

Цель дазайнанализа — содействовать индивиду в познании своих возможностей, выявлении их, что необходимо для решения задач, с которыми он столкнулся. Психотерапевтами данного направления отвергается любое понимание сущности психического здоровья личности, исходящее из необходимости соответствовать требованиям, условиям определенного общества. Саморазвитие и психотерапевтическая помощь в его осуществлении необходимы даже тогда, когда это ведет к обострению противоречий между индивидом и социальным окружением. Выздоровление понимается лишь как восстановление способности к саморазвитию.

Следующий важный постулат дазайнанализа — это положение об индивидуальной неповторимости личности. Оно доведено здесь до отрицания любых диагностических схем и классификаций, а также любых психологических теорий личности и ее психологических нарушений. По убеждению психотерапевтов этого направления, для каждого человека необходимо разрабатывать отдельную, только его случаю соответствующую теорию. Психотерапевтическая практика — это прежде всего ряд весьма тщательно разработанных индивидуальных случаев. Отказ от научной категоризации тесно связан при этом с образно-художественным и философско-метафорическим описанием психической эволюции пациента, приведшей его к отказу от саморазвития и, как следствие, психическому заболеванию.

Экзистенциальный аналитик, подобно психиатру или психоаналитику, изучает поведение, речь, письменную продукцию, сновидения, свободные ассоциации пациента и реконструирует его биографию. Однако полученную информацию он анализирует на основе экзистенциального анализа. Последний, согласно представителям этого направления, достигает психотерапевтического эффекта благодаря тому, что он ведет пациента к пониманию структуры человеческого существования и помогает ему найти свой путь из мира невротического или психотического, «потерянного», «ошибочного», «искаженного» способа существования в мир «свободной экзистенции», который позволяет субъекту реализовать собственные возможности для существования.

Холл, Линдсей приводят одно из самых коротких экзистенциальных описаний случаев, сделанных Бинсвангером, «помешательство как жизненно-исторический феномен и как психическое заболевание: случай Илзе». Илзе, замужняя женщина, которой за тридцать, стала в санатории пациенткой Бинсвангера в связи с различными типами бреда. Ее бредовое поведение появилось несколько месяцев спустя после совершения очень драматического и болезненного акта. Она опустила правую руку в горячие печные угли, затем протянула страшно обожженную руку отцу и сказала: «Посмотри, это чтобы показать тебе, как я тебя люблю». По внешней видимости Илзе обожгла себя в отчаянной попытке изменить грубость и тиранию отца в обращении с матерью. Поведение отца на несколько месяцев изменилось, но затем все вернулось в обычное русло. Илзе отреагировала на это, впав в безумие, от которого лечилась впоследствии. Жизненная история Илзе содержала лишь одну ключевую тему — тему отца, вокруг которой вращалось её существование. Гнет этой темы стал в конце концов невыносим, и она попыталась освободиться от него, пойдя на крайний поступок. Это, однако, не сработало, вследствие чего существование Илзе стало еще больше испытывать доминирование отцовского «комплекса».

Относительно специфической природы жертвы — сжигание руки — Бинсвангер отмечает, что она для Илзе означает различные вещи. На поверхностном уровне это сделано на благо матери. Но это был также акт очищения (огонь очищает) и искупления за ее «горячую» любовь к отцу. Она пытается выжечь из себя грозящий сжечь её внутренний огонь. Огонь сражается с огнем. Но это также означает попытку растопить «лед» отцовского сердца в огне своей любви к нему. Жертва была напрасной. Она не только не изменила отца, но и не очистила Илзе. Жертва, чтобы быть успешной, должна завершиться союзом между приносящим жертву и тем, во имя кого она совершается. Илзе хотела очистить себя и Отца, чтобы между ними мог возникнуть новый союз, «... вследствие неудачи союза, единство с отцом на уровне чистого Мы, самоочищение стало бессмысленным» (Бинсвангер, цит. по Холлу и Линдснею). Следствием этой неудачи явилось то, что Илзе «размножила» тему отца на всех мужчин; отсюда ее бред любви и преследования. Мужчины привлекают и отталкивают ее, чему сопутствует чувство вины и ненависть, являющиеся следствием такого конфликта. Бинсвангер указывает на то, что не следует, как это делают психоаналитики, видеть в этой истории лишь историю либидо, его фиксации на отце, вынужденный отрыв от отца и его конечный перенос на окружающий мир.

В экзистенциальной психотерапии особо выделяется созданный Франклом вариант экзистенциального анализа, который представляет собой сложную систему философских, психологических и медицинских воззрений на природу и сущность человека, механизмы развития личности в норме и патологии, пути коррекции аномалий в развитии личности. Франкл определяет этот метод также как экзистенциально-аналитическая логотерапия (от древнегр. logos — смысл).

**Логотерапия,** как ее называют некоторые авторы, Третья венская школа психотерапии, занимается смыслом человеческого существования и поисками этого смысла. Первые две школы — это психоанализ Фрейда и индивидуальная психология Адлера. Фрейд сосредоточился на бессознательном, и прежде всего, на сексуальном инстинкте, Адлер выделил в качестве наиболее значимых факторов волю к власти, стремление к статусу или «социальному интересу». Согласно логотерапии, стремление к поиску и реализации человеком смысла своей жизни — врожденная мотивационная тенденция, присущая всем людям и являющаяся основным двигателем поведения и развития личности. Поэтому Франкл говорил о «стремлении к смыслу» в противовес принципу удовольствия (иначе — «стремление к удовольствию»), на котором сконцентрирован психоанализ. Человеку требуется не состояние равновесия, гомеостаз, а скорее борьба за какую-то цель, достойную его.

Человеческое стремление к реализации смысла жизни может быть фрустрировано; «экзистенциальная фрустрация», хотя сама но себе не патогенна, может привести к неврозу, коренящемуся не в психической, а духовной сфере существования человека. Эти ноогенные неврозы возникают не в связи с конфликтами между влечением и сознанием, а из-за конфликтов между различными ценностями, на основе нравственных конфликтов. Фрустрированная потребность в смысле жизни может компенсироваться стремлением к власти, к удовольствию (часто в виде сильного сексуального влечения), психогенными неврозами. Поэтому логотерапия показана в случае не только ноогенных, но и психогенных неврозов.

Логотерапия не является лечением, конкурирующим с остальными методами, но она вполне может соперничать с ними благодаря дополнительному фактору, который она включает. Как одно из направлений современной психотерапии логотерапия занимает в ней особое место, противостоя, с одной стороны, психоанализу, а с другой — поведенческой психотерапии. Она отлична от всех остальных систем психотерапии не на уровне неврозов, а при выходе за его пределы, в пространстве специфических человеческих проявлений. Конкретно речь идет о двух фундаментальных антропологических характеристиках человеческого существования: о его самотрансценденции и способности к самоотстранению. На этих двух онтологических характеристиках человека основывается механизм действия методов парадоксальной интенции Франкла, которая применяется при лечении фобий и обсессий и дерефлексии, используемой при лечении сексуальных неврозов.

Метод парадоксальной интенции, по мнению Франкла, действует на более глубоком уровне, чем это может показаться на первый взгляд. Активизация юмора этим методом у пациента основывается на восстановлении базовой веры в бытие. Достигается нечто, существенно большее, чем изменение поведенческого паттерна, а именно экзистенциальная реориентация. Именно в этом отношении парадоксальная интенция представляет собой истинно — «лого» — терапевтическую процедуру в подлинном смысле этого слова. Ее использование основывается на том, что в логотерапевтических терминах определяется как психоноэтический антагонизм, понимаемый как специфически человеческая способность дистанцироваться не только от мира, но также и от самого себя. Парадоксальная интенция мобилизует эту основную человеческую способность для терапевтических целей преодоления невроза.

Примеры Франкла по применению метода парадоксальной интенции. Первый пример: студентка-медик применила этот метод успешно по отношению к самой себе. Во время занятий в Институте анатомии она испытывала страх тремора в присутствии инструктора. Она стала говорить себе, когда тот входил в помещение: «О, вот инструктор. Сейчас я покажу ему, какая я великолепная «дрожательница». «Я действительно покажу ему, как здорово я могу дрожать». Но всякий раз, когда она намеренно пыталась дрожать, у нее ничего из этого не выходило. Второй пример: пациентка в течение 11 лет страдала и лечилась разными методами по поводу приступов сердцебиений, сопровождавшихся тревогой и страхом смерти. Всякий раз, когда появлялся страх, вслед за ним начиналось сердцебиение. По совету психотерапевта она начала говорить самой себе в такие моменты: «Мое сердце будет биться еще сильнее. Я как раз хотела бы умереть прямо здесь на тротуаре». Кроме того, пациентке посоветовали намеренно искать такие места, которые она переживала как неприятные, вместо того чтобы избегать их. Две недели спустя пациентка сообщила: «У меня все хорошо, и я не испытываю никаких сердцебиений. Страх исчез совершенно».

Существует специфическая и неспецифическая сферы применения логотерапии. Психотерапия разного рода заболеваний — это неспецифическая сфера. Специфической же сферой являются ноогенные неврозы, порожденные утратой смысла жизни. В этих случаях используется методика сократовского диалога, позволяющая подтолкнуть пациента к открытию им для себя адекватного смысла жизни. Важную роль играет при этом личность самого психотерапевта, хотя навязывание им своих смыслов недопустимо.

Никто, и логотерапевт в том числе, не «преподносит» тот единственный смысл, который человек может найти в своей жизни, в своей ситуации. Однако логотерапия ставит целью расширение возможностей пациента видеть весь спектр потенциальных смыслов, которые может содержать в себе любая ситуация. Не человек ставит вопрос о смысле своей жизни — жизнь ставит этот вопрос перед ним; другими словами, человек не изобретает его, а находит в объективной действительности. Правильно ставить вопрос не о смысле жизни вообще, а о конкретном смысле жизни данной личности в данный момент.

Вопрос о том, как человек находит смысл своей жизни, является ключевым для практики логотерапии. Сам процесс нахождения смысла сводится к общепсихологическим закономерностям человеческого познания (в частности, выделения фигуры из фона). Однако смысловая реальность не сводится к измерениям биологического и психологического существования человека и не может изучаться их традиционными методами.

Положение об уникальности смысла не мешает Франклу дать содержательную характеристику возможных позитивных смыслов. Ценности — смысловые универсалии, являющиеся результатом обобщения типичных ситуаций в истории общества. Выделяются 3 группы ценностей: ценности творчества, ценности переживания и ценности отношения. Приоритет принадлежит ценностям творчества, основным путем реализации которых является труд. Из числа ценностей переживания Франкл подробно останавливается на любви, обладающей богатым смысловым потенциалом.

Основной пафос и новизна логотерапии связаны с ценностями отношения. При любых обстоятельствах человек способен занять осмысленную позицию по отношению к этим обстоятельствам и придать своему страданию глубокий жизненный смысл. Таким образом, жизнь человека никогда не может оказаться бессмысленной. Практические достижения логотерапии связаны как раз с ценностями отношения, с нахождением людьми смысла своего существования в ситуациях, представляющихся безвыходными. Однако обращение к ним оправданно, когда все остальные возможности повлиять на собственную судьбу исчерпаны.

С принятием решения, с выбором сопряжена ответственность человека за свою жизнь. Проблема ответственности — узловая проблема логотерапии: найдя смысл, человек несет ответственность за осуществление этого уникального смысла; от индивида требуется принятие решения, желает ли он или нет осуществлять смысл в данной ситуации.

Необходимость и свобода локализованы не на одном уровне. Свобода возвышается над любой необходимостью. Человек свободен по отношению к своим влечениям, к наследственности и факторам внешней среды. Он, в определенных пределах, самодетерминирующееся существо. Он свободен реализовать смысл жизни.

Известными представителями экзистенциально-гуманистической психотерапии являются американские психотерапевты Мэй и Бьюдженталь. В 1950 г. выходит одна из первых книг Мэя «Смысл тревоги», где он проводит дифференциацию тревоги как клинического симптома и экзистенциальной тревоги как важнейшей конструктивной силы в человеческой жизни, как «переживания встречи бытия с небытием», «переживание парадокса свободы и конечности человеческого существования». В своей книге «Искусство психологического консультирования» (Мэй) описывает основные характеристики личности в экзистенциальном понимании и с этих позиций — задачи психотерапевта. Свобода — первая составляющая понятия личности и первый принцип психологического консультирования. Задача консультанта — подвести клиента к принятию ответственности за свои поступки и за конечный итог своей жизни. Надо объяснить ему сложный механизм принятия решений с учетом прошлого жизненного опыта и влияния подсознания, что позволяет пациенту осознать и научиться использовать предоставляемые ему свободой возможности. Второй составляющей личности является индивидуальность. Прежде чем быть «самим собой», клиент должен отыскать свое настоящее Я, а консультант должен помочь ему соединить сознательное Я с различными уровнями подсознания и обрести свое истинное Я, найти в себе мужество стать этим Я. Социальная интегрированность является третьей составляющей устойчивой личности. Невозможно понять личность вне её социального окружения. Для личности огромное значение имеет умение приспосабливаться к обществу, ибо человек вынужден жить в мире, состоящем из других индивидуумов. Задача психотерапевта — помочь клиенту с готовностью принять на себя социальную ответственность, вдохнуть в него мужество, которое поможет ему освободиться от неотступного чувства неполноценности, и направить его стремления в социально полезное русло. Духовная напряженность является четвертой составляющей личности. Задача консультанта — помочь клиенту освободиться от патологического чувства вины и в то же время научить его достойно принять и сделать устойчивым то духовное напряжение, которое присуще природе человека.

Другой известный психотерапевт экзистенциально-гуманистической ориентации Бьюдженталь подчеркивает важность «шестого чувства» или внутреннего осознания, утраченного во многом человеком в процессе социализации, чувства своего внутреннего бытия, которое позволяет постоянно осознавать, насколько внешний опыт соответствует уникальной внутренней природе индивидуума. Важно помочь пациенту открыть для себя свое внутреннее осознание; обратить его внимание на его собственные желания, страхи, надежды, намерения, фантазии. Функционально внутреннее осознание похоже на процесс слушания, отсюда понятие «слушающий глаз», объединяющее внутреннее зрение и внутренний слух. Внутреннее осознание — это переживание своего Я. Наиболее важными последствиями настройки на внутреннее чувство являются следующие: большая интеграция различиях аспектов своего бытия, возрастание ощущения жизни, большая готовность к действию, более осознанный выбор и большая искренность в отношениях с людьми.

Бьюдженталь так описывает основные аспекты психотерапии экзистенциально-гуманистической ориентации: 1) установление психотерапевтических отношений, развитие терапевтического альянса, эволюция переноса; 2) прояснение выявляющихся основных паттернов сопротивления, необходимые конфронтации и процесс проработки; 3) столкновение с некоторыми проблемами управления, вопросы планирования последовательностей, трудности принятия решений; 4) субъективное участие терапевта в лечебном процессе, проблемы контрпереноса, вовлечения и непривязанности; 5) основные экзистенциальные смыслы, которые психотерапевт находит в своей работе. Психотерапия такого рода — это пробуждение или вызывание жизни, спрятанной внутри патента, внутренней чувствительности, которую научили его подавлять, возможностей бытия, которые слишком редко осуществлялись.

Гуманистическая психология легла в основу таких широко распространенных в лечебной практике психотерапевтических методов гуманистической направленности, как клиент-центрированная психотерапия Роджерса и гештальт-терапия Перлса. Одним из основателей гуманистической психологии общепризнано является Маслоу. Он считает, что теория личности должна касаться не только глубин, но и высот, которых каждый индивидуум способен достичь. Сильное влияние на Маслоу оказал Вертхаймер, один из основателей гештальт-психологии, а также Гольдштейн, подчеркивающий, что организм — это единое целое, и то, что происходит в его любой части, затрагивает весь организм. Он признавал также значительное влияние на него психоаналитической теории. Развитие концепции самоактуализации Маслоу было вдохновлено Гольдштейном, который первым использовал этот термин.

Маслоу начал исследовать самоактуализацию, изучая жизнь, ценности и отношения людей, которые казались ему наиболее душевно здоровыми и творческими, тех, кто казался в высшей степени самоактуализированным, то есть достиг более оптимального эффективного и здорового уровня функционирования, чем средние люди. Он полагал, что изучая лучших из людей, можно исследовать границы человеческих возможностей.

Маслоу называл следующие характеристики самоактуализирующихся людей: 1) более аффективное восприятие реальности и более комфортабельные отношения с ней; 2) принятие себя, других, природы; 3) спонтанность, простота, естественность; 4) центрированность на задаче в отличие от центрированности на себе; 5) некоторая отъединенность и потребность в уединении; 6) автономия, независимость от культуры и среды; 7) постоянная свежесть оценки; 8) мистичность и опыт высших состояний; 9) чувства сопричастности, единения с другими; 10) более глубокие межличностные отношения; 11) демократическая структура характера; 12) различение средств и целей, добра и зла; 13) философское, невраждебное чувство юмора; 14) самоактуализирующееся творчество; 15) сопротивление аккультурации, трансцендирование любой частной культуры.

В книге «Дальние достижения человеческой природы» (1997) Маслоу описывает восемь типов поведения, ведущих к самоактуализации: 1) моменты повышенного сознания и интенсивного интереса; 2) в каждом жизненном выборе решать в пользу роста, то есть открывать себя к новому, неожиданному опыту; 3) научение сонастраиваться со своей собственной внутренней природой, то есть решать для себя, нравится ли тебе самому что-либо, независимо от мнений других; 4) честность и принятие ответственности за свои действия; 5) научение верить своим суждениям и инстинктам и действовать в соответствии с ними; 6) постоянный процесс развития своих способностей, потенциальностей; 7) «пик-переживания», в которых мы более целостны и интегрированы; 8) обнаружение своих «защит» и работа отказа от них. Неврозы и психологическую неприспособленность он определяет как «болезни лишения», то есть считает, что они вызываются лишением удовлетворения определенных фундаментальных потребностей и перечисляет в иерархии следующие основные потребности: 1) физиологические потребности (пища, вода и т. п.); 2) потребность в безопасности (стабильность, порядок); 3) потребность в любви и принадлежности (семья, дружба); 4) потребность в уважении (самоуважение, признание); 5) потребность в самоактуализации. Психологический рост рассматривается как последовательное удовлетворение все более «высоких» потребностей. Ранняя фрустрация потребности может зафиксировать индивидуума на определенном уровне функционирования. Наиболее значительные достижения Маслоу как психолога состоят в подчеркивании позитивных измерений человеческого опыта; он был духовным учителем многих гуманистических психологов и психотерапевтов.

**Клиент-центрированная психотерапия** как вариант гуманистической психотерапии разработана Роджерсом. Использование автором понятия «клиент», наряду с «пациент», подчеркивает признание потенциала самостоятельности, активности больного на всех этапах психотерапии, начиная с постановки задачи. Суть метода заключается в том, что психотерапевт входит в такой контакт с пациентом, который воспринимается им не как лечение и изучение его с целью диагностики, а как глубоко личный контакт. Согласно Роджерсу, индивид взаимодействует с реальностью, руководствуясь врожденной тенденцией организма к развитию своих возможностей, обеспечивающих его усложнение и сохранение. Осуществляется организмический оценочный процесс: организм испытывает удовлетворение при тех стимулах или поведенческих актах, которые усложняют и сохраняют организм и Я как в непосредственном настоящем, так и в отдаленном будущем; поведение направлено в сторону приближения к положительно оцениваемым опытным данным и избеганию данных, получивших отрицательную оценку.

По мере осознания Я у индивида развивается потребность в положительной оценке значимым окружением. В дальнейшем удовлетворение или фрустрация положительной оценки начинает переживаться независимо от взаимодействия с социумом и обозначается как самооценка. Так как Я-переживания индивида воспринимаются значимыми людьми как менее или более заслуживающие положительной оценки (то есть Я-переживания приобретают условия оценки), то и самооценка становится селективной. Из-за этой избирательности опыт воспринимается тоже селективно, на основе условий оценки, он может быть искажен и неосознаваем. Вследствие этого индивид утрачивает интеграцию, его концепция Я включает искаженные восприятия, неправильно репрезентирующие опыт; поведение регулируется то со стороны Я, то теми аспектами опыта, которые не включены в Я, что сопровождается напряженным и неадекватным функционированием. Это главное отчуждение в человеке. Изменяется природное, организмическое оценивание, которое перестает быть регулятором поведения. Ради сохранения положительной оценки индивид начинает фальсифицировать свои переживания и воспринимать их по критерию ценности для окружающих. Как следствие такой неконгруэнтности (несоответствия) между Я и опытом возникает неконгруэнтность в поведении и процесс защиты. Однако если степень неконгруэнтности велика, то защита не срабатывает, и тогда имеет место дезорганизация функционирования индивида.

Теория психотерапии состоит из множества «если... то». Если существуют определенные условия, то будет происходить процесс, включающий определенные характерные элементы. Если данный процесс происходит, то последуют определенные изменения личности и поведения.

1. Условия психотерапевтического процесса:

1) два индивида состоят в контакте;

2) пациент находится в состоянии неконгруэнтности, являясь ранимым или тревожным;

3) психотерапевт является конгруэнтным в отношениях;

4) психотерапевт переживает безусловную положительную оценку по отношению к пациенту;

5) психотерапевт переживает эмпатическое понимание внутренней системы координат пациента;

6) пациент переживает, хотя бы в минимальной степени, условия 4-е и 5-е, то есть безусловную положительную оценку и эмпатическое понимание его психотерапевтом.

Коммуникации психотерапевта могут иметь как вербальную, так и невербальную природу, важно лишь, чтобы, как это указано в условии б, коммуникация была воспринята, была эффективной. Технические средства являются дополнением позиции психотерапевта и сами по себе не обеспечивают психотерапевтического продвижения. Наиболее используемыми приемами являются:

— вербализация — высказывание другими словами того, что сообщил пациент, избегая истолкования, привнесения своего материала. Это перефразирование, имеющее целью выделить наиболее существенное и обратить внимание больного на «острые углы», а также показать, что его не только слушают, но и слышат;

— умелое использование молчания, молчаливое принятие;

— отражение эмоций — повторяются те слова пациента, в которых непосредственно выражаются эмоции.

Роджерс подчеркивал, что вопрос должен стоять не о том, как вести себя психоаналитику, а о том, каким ему быть. Он является яростным противником нозологии, любых классификаций, так как они представляют собой результат интеллектуальных усилий психотерапевта, при наличии которых непосредственно воспринимаемая ситуация пациента искажается опытом врача. В клиент-центрированной психотерапии считаются приемлемыми одни и те же условия, независимо от частных характеристик самого пациента. Со ссылкой на опыт автор метода указывает, что нет ни необходимости, ни пользы в том, чтобы строить определенные отношения в зависимости от типа пациента.

Доминанта этой части концепции — пункт 3, конгруэнтность, или подлинность, психотерапевта в отношениях, то есть психотерапевту следует правильно символизировать собственный опыт. Общая тенденция направлена на выражение или сообщение пациенту своих устойчивых чувств.

Однако не следует ожидать от психотерапевта, чтобы он был вполне конгруэнтной личностью в каждый конкретный момент. Вышеприведенные условия — это условия идеальные, то есть должны соблюдаться до определенной степени. Но чем более они выражены, тем с большей вероятностью будет идти процесс психотерапии и тем значительнее степень происходящей при этом реорганизации личности.

2. Процесс психотерапии. Когда созданы указанные выше условия, осуществляется психотерапевтический процесс, для которого характерно следующее:

1) пациент все более свободен в выражении своих чувств, которое осуществляется по вербальным и моторным каналам;

2) его выраженные чувства имеют все большее отношение к Я и все реже остаются безликими;

3) все чаще он дифференцирует и распознает объекты своих чувств и восприятия, включающие среду, окружающих лиц, собственное Я, переживания и взаимоотношения между ними;

4) его выраженные чувства все больше относятся к несоответствию между каким-то из его переживаний и его концепцией Я;

5) пациент начинает осознавать угрозу такого несоответствия;

6) он осознает переживание чувств, в отношении которых в прошлом отмечались отказы или искажения;

7) концепция Я реорганизуется таким образом, чтобы ассимилировать и включить эти, ранее искажаемые и подавляемые, переживания;

8) по мере реорганизации концепция Я включает такие переживания, которые ранее были слишком угрожающими, чтобы осознаваться, иными словами, ослабляются механизмы защиты;

9) пациент развивает способность переживать безусловное положительное отношение со стороны психотерапевта без какого бы то ни было чувства угрозы;

10) он все отчетливее чувствует безусловную положительную самооценку;

11) источником представления о себе все в большей степени являются собственные ощущения;

12) пациент реже реагирует на опыт, исходя из оценок, даваемых значимым окружением; чаще как удовлетворительные расцениваются те стимулы или поведенческие акты, которые сохраняют и усложняют организм и Я как в непосредственном настоящем, так и в отдаленном будущем.

Такая последовательность наблюдается на практике, и, когда возникает вопрос «почему?», Роджерс подчеркивал, что при любых теоретических объяснениях возможна ошибка, но это не влияет на зависимость «если... то».

3. Исход психотерапии относительно личности и поведения.

Между процессом и исходом не существует четкой границы. Традиционно исход понимается как относительно постоянные изменения. К их числу относятся следующие:

1) пациент становится более конгруэнтен, более открыт для опыта, менее защищен;

2) вследствие этого он более реалистичен, объективен, экстенционален в восприятии;

3) он эффективнее решает свои проблемы;

4) психологическая приспособляемость улучшается, приближаясь к оптимальной;

5) уменьшается ранимость;

6) восприятие своего идеального Я более реалистично и доступно;

7) вследствие увеличения конгруэнтности уменьшается напряжение всех типов — физиологическое, психологическое, а также особый тип психологического напряжения, определяемый как тревожность;

8) повышается степень положительной самооценки;

9) пациент воспринимает место оценки и место выбора локализованными внутри самого себя, доверяет себе;

10) он более реалистичен, правильнее воспринимает окружающих;

11) он сильнее переживает принятие в отношении других людей вследствие меньшего искажения их в своем восприятии;

12) происходят различные изменения в поведении, поскольку увеличивается доля опыта, ассимилированного в Я-структуру, и, следовательно, увеличивается доля поведения, которое может быть «присвоено» как принадлежащее Я;

13) окружающие воспринимают поведение пациента как более социализированное, более зрелое;

14) поведение пациента более креативно и адаптивно по отношению к каждой новой ситуации и к каждой вновь возникающей проблеме и, кроме того, представляет более полное проявление экспрессии его собственных намерений и оценок.

Развивая теорию клиент-центрированной психотерапии, автор неоднократно модифицировал свое понимание роли психотерапевта. Если в первый период недирективной психотерапии акцентировалось внимание на создании климата невмешательства, то во второй — задачей психотерапевта является отражение эмоций пациента (роль «зеркала») и избегание угрозы в отношениях с ним. Третий период связан с осмыслением процессов и опыта психотерапевтических групп. Подчеркивается роль выражения чувств самим психотерапевтом, более полного их выражения, что способствует более быстрому психотерапевтическому эффекту. Развитие клиент-центрированной психотерапии шло в направлении увеличения личностной включенности психотерапевта.

Роджерс Карл Рэнсом родился в 1902 г. в Оук-парке, штат Иллинойс. Учился в университете Висконсина, затем в Теологической семинарии в Нью-Йорке и далее изучал психологию в Колумбийском университете; степень доктора ему была присвоена в 1931 г. Свою практическую деятельность Роджерс начал в Институте детского воспитания в Нью-Йорке в 1927 г. Через год поступил на кафедру изучения детей Общества по предотвращению жестокого обращения с детьми в Рочестере, штат Нью-Йорк, где у него сформировалась собственная система психотерапии. С 1940 г. — профессор психологии в университете штата Огайо, где приобрел большую популярность среди студентов. С 1945 г. был исполнительным секретарем в консультационном центре Чикагского университета. Затем возвратился в свою alma mater — университет Висконсина. В 50-х годах он стал известен и популярен и за пределами психотерапии. Занимал пост президента Национального исследовательского совета Американской психиатрической ассоциации и президента Американской психотерапевтической академии. С 1966 г. работал в Центре по исследованию человека, в создании которого принимал участие.

Основные труды: «Клинический уход за проблемным ребенком» (1939), «Консультирование и психотерапия» (1942), «Клиент-центрированная психотерапия» (1951), «Становление человека» (1961).

Последние 10 лет жизни Роджерс распространил свои идеи на политические ситуации, проводил симпозиумы по урегулированию конфликтов и по гражданской дипломатии.

Умер Роджерс в 1987 г. в возрасте 85 лет. В день его смерти пришло письмо о том, что он выдвинут кандидатом на Нобелевскую премию.

Резюмируя, можно сослаться на Карасу, который, рассматривая экзистенциально-гуманистическое направление в психотерапии, характеризует его следующими основными категориями:

— концепция патологии (основывается на признании существования экзистенциального отчаяния как следствия утраты человеком возможностей, расщепления Я, рассогласования с собственными знаниями);

— здоровье (связано с реализацией потенциала человека — развитием Я, достижением подлинности, непосредственности);

— желательные изменения (непосредственность переживаний, восприятие и выражение ощущений или чувств в данный момент);

— временной подход (внеисторический, фокусируется на феноменологическом моменте);

— лечение (кратковременное и интенсивное);

— задача психотерапевта (сводится к взаимодействию в атмосфере взаимного принятия, способствующего самовыражению — от соматического до духовного);

— основной психотерапевтический метод (встречи с равноправным участием в диалоге, проведение экспериментов, игр, инсценировок или «разыгрывание» чувств);

— лечебная модель (экзистенциальна: диада равных людей или «Взрослый — Взрослый», то есть человеческий союз);

— характер отношения пациента к лечению (считается реальным, в отличие, например, от признания существования переноса в динамическом направлении, и представляет первостепенную важность);

— позиция психотерапевта (взаимодействующая и принимающая; он выступает во взаиморазрешающей или удовлетворяющей роли).

**Контрольные вопросы**

1. К какому направлению психотерапии относится клиент-центрированная психотерапия Роджерса?

1) Психодинамическому.

2) Бихевиористскому.

3) Экзистенциально-гуманистическому.

4) Позитивному.

2. В концепции клиент-центрированной психотерапии Роджерса основным аспектом учения о личности является следующая гипотеза:

1) индивид обладает врожденной тенденцией к актуализации;

2) индивид стремится найти и реализовать смысл жизни;

3) развитие личности определяется наличием постоянного конфликта между чувством неполноценности и порождаемым им стремлением к самоутверждению;

4) индивид обладает врожденной способностью достигать оптимального равновесия внутри себя и между собой и средой.

3. В клиент-центрированной психотерапии Роджерса психотерапевт в контакте с пациентом проявляет следующее качество:

1) манипулирует процессом взаимодействия;

2) безусловно положительно принимает пациента;

3) комментирует поведение больного;

4) интерпретирует скрытый смысл в поведении больного.

**Лекция 10. Когнитивная психотерапия**

План:

1. Основные положения когнитивной психотерапии. Истоки возникновения когнитивной психотерапии.
2. Когнитивно-бихевиористическая терапия. Представление о промежуточных переменных в становлении когнитивной психотерапии.
3. Дж. Келли и учение о личностных конструктах. Перестройка системы конструктов как задача терапии. Терапия фиксированной роли. Коррекция отдельных постулатов личностных конструктов.
4. Когнитивно-бихевиористическая терапия Д.Мичебаума.
5. Теория когнитивного диссонанса Л. Фестингера.
6. Теории каузальной атрибуции Ф. Хайдера, Л. Росса.
7. Когнитивно-эмоциональная терапии А. Бэка и А. Эллиса.
8. Возможные ограничения и трудности использования когнитивно-эмоциональной терапии.

**Когнитивная психотерапия.** Основные положения когнитивной психотерапии были сформулированы Беком независимо от Эллиса, который в 50-е годы разработал метод рационально-эмоциональной психотерапии. Как самостоятельный метод когнитивная психотерапия сформировалась уже позднее — в 60-е годы. Этот метод представляет собой развитие поведенческой психотерапии, в которой эмоциональные реакции и психические расстройства рассматриваются как опосредованные когнитивными структурами и актуальными когнитивными навыками, приобретенными в прошлом, иными словами, в которой в качестве промежуточных переменных выступает мысль (когниция).

Подобно рационально-эмоциональной психотерапии, когнитивная психотерапия исходит из того, что восприятие объекта или события опосредуется мышлением и, только осознав это опосредующее звено, можно понять реакцию человека, прежде всего ее эмоциональные и поведенческие аспекты. Схема взаимодействия окружения и индивида представляется в виде S — О — R (стимул — реакция с промежуточной переменной О, включающей прежде всего когнитивную переработку воспринятого). Когнитивная психотерапия исходит из положения, что психологические нарушения, предшествующие этапу нейрофизиологических расстройств, связаны с аберрацией мышления. Под аберрацией мышления Бек понимал нарушения на когнитивной стадии переработки информации (обозначение, селекция, интеграция, интерпретация), которые искажают видение объекта или ситуации. Искаженные когниции являются причиной ложных представлений и самосигналов и, следовательно, неадекватных эмоциональных реакций. Поэтому целью метода является исправление неадекватных когниций. Считается весьма желательным максимальное использование опыта пациента в позитивном решении жизненных задач и генерализации правил их решения на проблемные сферы. Бек сравнивал работу, которую проводит когнитивный психотерапевт, с коррекцией двигательного стереотипа при игре на музыкальном инструменте. Осознание правил неадекватной обработки информации и замена их правильными — таковы главные задачи.

Когнитивная психотерапия наиболее показана людям со способностью к самонаблюдению и анализу своих мыслей. Она предполагает взаимное сотрудничество психотерапевта и пациента при отношениях между ними, близких к партнерским. Пациент и психотерапевт должны в самом начале достичь согласия в отношении цели психотерапии (центральной проблемы, подлежащей коррекции), средств ее достижения, возможной продолжительности лечения. Чтобы психотерапия была успешной, пациент должен в общем принять базисное положение метода о зависимости эмоций от мышления: «Если мы хотим изменять чувства, надо изменять вызвавшие их идеи». Установление контакта может начаться с принятия психотерапевтом некоторых представлений пациента о болезни с постепенным переводом его на позиции когнитивной психотерапии. Слепое следование за психотерапевтом и повышенный скептицизм — два полюса негативного отношения к предстоящему лечению. Поэтому приведение подобных позиций к центру — залог успешности психотерапии.

Важная задача начального этапа — сведение проблем (идентификация проблем, имеющих в основе одни и те же причины, и их группировка). Эта задача относится как к симптомам (соматическим, психопатологическим), так и к эмоциональным проблемам. При этом достигается укрупнение мишеней психотерапевтического воздействия. Другим вариантом сведения проблем является идентификация первого звена в цепи симптомов, которое и запускает всю цепь, что иногда приводит к выходу на перцептивный уровень.

Следующий этап — осознание, вербализация неадаптивных когниций, искажающих восприятие реальности. Для этого может быть использовано несколько приемов, например экспериментальный метод. В этом случае пациент получает подробные представления о некоторых положениях когнитивной психотерапии с обращением особого внимания на необходимость проведения различий между объективной (сенсорный уровень обработки информации) и воспринятой реальностью. Уровень субъективного восприятия зависит от когнитивных процессов и связан с интерпретацией — обработкой сигналов первого уровня. На этом уровне могут быть значительные искажения из-за сбоев, ошибок когнитивных процессов, из-за автоматически включающихся оценочных когниций — неадаптивных правил. Экспериментальный метод предполагает погружение пациента в значимые ситуации, в том числе по принципу «здесь и теперь», в присутствии психотерапевта. Обращение внимания пациента на параллельно текущий поток мыслей в такой ситуации, вербализация этих мыслей обучают пациента методике последовательного анализа своего восприятия объекта или события. Распознавание неадаптивных когниций может быть облегчено с помощью приема коллекционирования автоматических мыслей. Термин «неадаптивная когниция» применяется к любой мысли, вызывающей неадекватные или болезненные эмоции и затрудняющей решение какой-либо проблемы. Пациенту предлагается сосредоточиваться на мыслях или образах, вызывающих дискомфорт в проблемной ситуации или сходных с ней. Неадаптивные когниции, как правило, носят характер «автоматических мыслей». Они возникают без какого-либо предварительного рассуждения, рефлекторно, и для пациента всегда имеют характер правдоподобных, вполне обоснованных, не подвергаемых сомнению. Они непроизвольны, не привлекают его внимания, хотя и направляют его поступки. Сфокусировавшись на них, пациент может распознать их и зафиксировать. Обычно в значимой, проблемной ситуации эти мысли осознаются с трудом, например у лиц, страдающих фобиями. Опознание их облегчается при реальном приближении к такой ситуации. Неоднократное приближение или погружение в ситуацию позволяет сначала осознать, осуществить «коллекционирование» их, а впоследствии вместо сокращенного, как в телеграмме, варианта, представить его в более развернутом виде.

Метод «заполнения пустот» используется, когда уровень испытываемых эмоций или симптомов носит умеренный характер и когниции, сопровождающие их, недостаточно оформлены, нечетки. В этом случае используется схема анализа, предложенная Эллисом, и названная им схемой А, В, С. Пациент обучается наблюдать за последовательностью внешних событий (А) и реакцией на них (С). Последовательность становится ясной, если пациент заполняет пустоту в своем сознании, которая явится связующим звеном между А и С, то есть обозначит В. Это мысли или образы, возникавшие в этот промежуток и делающие понятной связь между А и С. Следует вновь подчеркнуть, что в когнитивной психотерапии признается существование неадаптивных когниции как в образной, так и в вербальной форме.

После этапа обучения пациента умению идентифицировать свои неадаптивные когниции нужно научить его рассматривать их объективно. Процесс объективного рассмотрения мыслей называется отдалением.

Больной рассматривает свои неадаптивные когниции, как обособленные от реальности психологические явления. Отдаление повышает способность пациента проводить разграничение между мнением, которое надо обосновать («я считаю»), и неопровержимым фактом («я знаю»), развивает умение осуществлять дифференциацию между внешним миром и своим отношением к нему. Прием обоснования, доказательства реальности своих автоматических мыслей больным психотерапевту облегчает дистанцирование от них пациента, формирует у него навык видеть в них гипотезы, а не факты. В процессе отдаления пациенту становится более ясным путь искажения восприятия события.

Следующий этап условно получил название этапа изменения правил регуляции поведения. Согласно когнитивной психотерапии люди для регуляции своей жизни и поведения других используют правила (предписания, формулы). Эта система правил в значительной степени предопределяет обозначение, истолкование и оценку событий. Правила регуляции поведения, которые носят абсолютный характер, влекут за собой регуляцию поведения, не учитывающую реальной ситуации и поэтому создающую проблемы для индивида. Для того чтобы у пациента не было таких проблем, ему необходимо модифицировать их, сделать их менее генерализованными, менее персонифицированными, более гибкими, больше учитывающими реальность. Содержание правил регуляции поведения центрируется вокруг двух основных параметров: опасности — безопасности и боли — удовольствия. Ось опасности — безопасности включает события, связанные с физическим, психологическим или психосоциальным риском. Хорошо адаптированный человек обладает достаточно гибким набором точных правил, позволяющим соотносить их с ситуацией, интерпретировать и оценивать имеющуюся степень риска. В ситуациях физического риска показатели последнего могут быть достаточно верифицированы по одному или нескольким характеристикам. В ситуациях психологической или психосоциальной угрозы верификация таких показателей затруднена. Например, человек, руководствующийся правилом «Будет ужасно, если я окажусь не на высоте», испытывает трудности в общении из-за неясного определения понятия «быть на высоте», и с этой же неопределенностью связана его оценка эффективности своих взаимодействий с партнером. Свои предположения о неудаче пациент проецирует на восприятие его другими. Все приемы изменения правил, имеющих отношение к оси опасности — безопасности, сводятся к восстановлению у пациента контакта с избегаемой ситуацией. Такой контакт может быть восстановлен при погружении в ситуацию в воображении, на уровне реального действия с четкой вербализацией новых правил регуляции, позволяющих испытывать умеренный уровень эмоций.

Правила, центрированные вокруг оси боли — удовольствия, приводят к гипертрофированному преследованию определенных целей в ущерб другим. Например, человек, следующий правилу «Я никогда не стану счастливым, если не буду знаменитым», обрекает себя на игнорирование других сфер своих отношений в угоду рабскому следованию этому правилу. После выявления таких позиций врач-психотерапевт помогает пациенту осознать ущербность подобных правил, их саморазрушающий характер, объясняет, что больной был бы счастливее и меньше страдал, если бы руководствовался более реалистическими правилами. Задача психотерапевта — помочь пациенту самому их найти. С ними тесно связаны правила, относящиеся к долженствованию (имеющие характер «тирании необходимости», по Хорни). Понимание общей стратегии помогает избежать ненужных шагов при работе с пациентом. Этап самонаблюдения больного должен носить достаточный, но не избыточный характер и иметь своей целью обнаружение искажений, самозапретов, самопорицаний, установление всего диапазона правил, объясняющих появление соответствующей симптоматики, вызвавшей обращение пациента.

Перемена отношения к правилам саморегуляции, обучение видеть в мыслях гипотезы, а не факты, проверка их истинности, замена их новыми, более гибкими правилами — следующие этапы когнитивной психотерапии. Вначале желательно использовать навыки продуктивного решения проблем пациентом в других сферах, а затем уже генерализовать эти навыки в проблемную сферу. Выделение этапов работы с пациентом допускает применение нескольких приемов, в том числе из других систем психотерапии, если они направлены на достижение той же цели.

Бек Аарон родился в 1921 г. в Провиденсе, штат Родайленд, США, в семье украинских эмигрантов. В школе проявлял незаурядные способности к академическим наукам. Окончил университет Брауна и Йельскую медицинскую школу. Изначально его привлекала неврология, но во время резидентуры он перешел в психиатрию. Исследуя психоаналитическую теорию депрессий и будучи неудовлетворенным теорией Фрейда, начал разработку собственного подхода к депрессиям и их лечению. Вместо поиска бессознательной мотивации объяснял возникновение потока мыслей и снов исходя из концепции самости. При депрессии когниции (мысли и образы) имеют склонность становиться негативными. Индивид видит себя неудачником, мир карающим, а будущее бледным и даже безнадежным. Так зародилась когнитивная модель депрессии, а терапия, сфокусированная на этих когнитивных процессах, зарекомендовала себя как высокоэффективный психотерапевтический метод.

Основные труды: «Депрессия: клинические, экспериментальные и теоретические аспекты» (1967), «Краткосрочная психотерапия» (1974), «Когнитивная терапия и эмоциональные расстройства» (1976), «Когнитивная терапия депрессий» (с соавт.) (1981), «Когнитивная терапия и личностные расстройства» (1990).

**Рационально-эмоциональная психотерапия.** Один из двух основных методов когнитивной психотерапии, разработанных Эллисом в 50-е годы. В этом методе выделяется 3 ведущих психологических аспекта психического функционирования человека: мысли (когниции), чувства и поведение. Эллис подчеркивал необходимость дифференцировать 2 типа когниции. Дескриптивные когниции содержат информацию о реальности, о том, что человек воспринял в мире; их можно было бы назвать чистой информацией о реальности. Оценочные когниции отражают отношение к этой реальности; для их обозначения Эллис использовал термин belief — убеждение, вера (В). Предполагается, что дескриптивные когниции соединены с оценочными когнициями связями разной степени жесткости. Не объективные события сами по себе вызывают позитивные или негативные эмоции, а оценка, наше внутреннее восприятие их. Мы чувствуем то, что думаем по поводу воспринятого. Расстройства в эмоциональной сфере, ряд психопатологических симптомов являются результатом нарушений в когнитивной сфере (таких как сверхгенерализации, ложные выводы и жесткие установки). Эти нарушения в когнитивной сфере Эллис назвал иррациональными установками (IB). С точки зрения Эллиса, это жесткие связи между дескриптивными и оценочными когнициями типа предписания, требования, обязательного приказа, не имеющего исключений; они носят абсолютистский характер. Поэтому обычно иррациональные установки не соответствуют реальности как по силе, так и по качеству этого предписания. Если иррациональные установки не реализуются, они приводят к длительным, неадекватным ситуации эмоциям, затрудняют деятельность индивида, мешают достижению его целей. У нормально функционирующего человека имеется рациональная система оценочных когниции (RB), которую можно определить как систему гибких связей между дескриптивными и оценочными когнициями. Эта система носит вероятностный характер, выражает скорее пожелание, предпочтение определенного развития события, поэтому приводит к умеренным эмоциям. Хотя иногда они и могут носить интенсивный характер, однако не захватывают человека надолго и поэтому не блокируют его деятельность, не препятствуют достижению целей.

Возникновение психологических проблем у пациента связано с функционированием иррациональных установок. Однако рационально-эмоциональная психотерапия сфокусирована не на генезе иррациональных установок, а на том, что поддерживает и укрепляет их в настоящем.

Работа психотерапевта, придерживающегося этого метода, сводится сначала к опознанию иррациональных установок, затем к конфронтации с ними и пересмотру их, закреплению функционирования рациональных (гибких) установок. Человек, пересмотревший иррациональные установки, характеризуется адекватностью эмоционального реагирования в плане частоты, интенсивности и длительности негативных его проявлений.

Данный метод показан прежде всего пациентам, способным к интроспекции, анализу своих мыслей. Предполагается активное участие пациента на всех этапах психотерапии, установление с ним отношений, близких к партнерским. Этому помогает совместное обсуждение возможных целей психотерапии, проблем, которые хотел бы разрешить пациент (обычно это симптомы соматического плана или хронического эмоционального дискомфорта).

Начало работы включает информирование пациента о «философии» метода (эмоциональные проблемы вызывают не сами события, а их оценка), о последовательных этапах восприятия события человеком: ао — Ас — В (включающая как RB, так и IB) — С, где ао — объективное событие (описанное группой наблюдателей), Ас — субъективно воспринятое событие (описанное пациентом), В — система оценки пациента, предопределяющая, какие параметры объективного события будут восприняты и будут значимы, С — эмоциональные и поведенческие последствия воспринятого события, в том числе и симптоматика.

Цель этого метода — перевод пациента в проблемной ситуации с иррациональных установок на рациональные. Работа строится с учетом схемы А, В, С. Первый этап — кларификация, прояснение параметров события (А), в том числе параметров, наиболее эмоционально затронувших пациента, вызвавших у него неадекватные реакции. Фактически на этом этапе происходит личностная оценка события. Кларификация позволяет пациенту дифференцировать события, которые могут и не могут быть изменены. При этом цель психотерапии — не поощрение больного к уходу от столкновения с событием, не изменение его самого (например, переход на новую работу при наличии неразрешимого конфликта с начальником), а осознание системы оценочных когниций, затрудняющих разрешение этого конфликта, перестройка ее и только после этого — принятие решения об изменении ситуации. В противном случае пациент сохраняет потенциальную уязвимость в сходных ситуациях.

Следующий этап — идентификация следствий (С), прежде всего аффективных воздействий события. Цель этого этапа — выявление всего диапазона эмоциональных реакций на событие. Это необходимо, поскольку не все эмоции легко дифференцируются человеком, некоторые подавляются и поэтому не осознаются из-за включения рационализации, проекции, отрицания и некоторых других механизмов защиты. У одних пациентов осознание и вербализация испытываемых эмоций затруднены из-за словарного дефицита, у других — из-за поведенческого дефицита (отсутствие в его арсенале поведенческих стереотипов, обычно связанных с умеренным проявлением эмоций; такие пациенты реагируют полярными эмоциями, например или сильной любовью, или полным отвержением). Вторичный выигрыш от болезни также может исказить осознание испытываемых эмоций. Для достижения цели этого этапа используется ряд приемов.

Наблюдение за экспрессивно-моторными проявлениями при рассказе пациента о событии и предоставление обратной связи психотерапевтом, говорящим о своем восприятии характера эмоциональной реакции у пациента; высказывание предположений о чувствах и мыслях у типичного индивида в подобной ситуации (обычно такое высказывание помогает пациенту осознать неосознаваемые эмоции). В некоторых случаях можно использовать приемы усиления из арсенала гештальт-терапии (усиление отдельных экспрессивно-моторных проявлений с осознанием языка тела и др.). Выявление системы оценочных когниций (как иррациональных, так и рациональных установок) облегчается, если два предшествующих этапа реализованы полноценно; вербализации же их помогает ряд технических приемов: фокусировка на тех мыслях, которые приходили пациенту на ум в момент столкновения с событием; высказывание психотерапевтом гипотетических предположений типа «У меня в такой ситуации возникли бы следующие мысли»; вопросы с проекцией в будущее время, например: «Предположим, что произойдет самое худшее, что же это будет?» и др.

Выявлению иррациональных установок помогает анализ используемых пациентом слов. Обычно с иррациональными установками связаны слова, отражающие крайнюю степень эмоциональной вовлеченности пациента (ужасно, потрясающе, невыносимо и др.), имеющие характер обязательного предписания (необходимо, надо, должен, обязан и др.), а также глобальных оценок лица, объекта или события. Эллис выделил 4 наиболее распространенные группы иррациональных установок, создающих проблемы: 1) катастрофические установки, 2) установки обязательного долженствования, 3) установки обязательной реализации своих потребностей, 4) глобальные оценочные установки. Цель этапа реализована, когда в проблемной области выявлены иррациональные (а их может быть несколько) установки, показан характер связи между ними (параллельные, артикуляционные, иерархической зависимости), делающей понятной многокомпонентную реакцию индивида в проблемной ситуации. Выявление рациональных установок также необходимо, поскольку они составляют ту позитивную часть отношения, которая в последующем может быть расширена.

Следующий этап — реконструкция иррациональных установок. К нему следует приступать, если пациент легко идентифицирует иррациональные установки в проблемной ситуации. Реконструкция установок может протекать на когнитивном уровне, на уровне воображения, а также на уровне поведения — прямого действия. Реконструкция на когнитивном уровне включает доказательство пациентом истинности установки, необходимости сохранения ее в данной ситуации. Обычно в процессе такого рода доказательств пациент еще более отчетливо видит негативные последствия сохранения данной установки. Использование приемов вспомогательного моделирования (как бы другие решали эту проблему, какие установки они имели бы при этом) позволяет сформировать на когнитивном уровне новые рациональные установки. При работе на уровне воображения пациент вновь мысленно погружается в психотравмирующую ситуацию. При негативном воображении он должен максимально полно испытать прежнюю эмоцию, а затем попытаться уменьшить ее уровень, осознать, за счет каких новых установок ему удалось достигнуть этого. Погружение в психотравмирующую ситуацию повторяется неоднократно. Тренировка может считаться эффективно проведенной, если пациент уменьшил интенсивность испытываемых эмоций с помощью нескольких вариантов установок. При позитивном воображении пациент сразу представляет проблемную ситуацию с позитивно окрашенной эмоцией. Реконструкция с помощью прямого действия является подтверждением успешности модификаций установок, проведенных на когнитивном уровне и в воображении. Иногда можно начинать реконструкцию сразу на уровне поведения, при этом работа с пациентом напоминает систематическую десенсибилизацию (постепенное приближение к реальной ситуации опасности с осознанием включения иррациональной установки, торможение ее реализации в поведении, использование для описания ситуации других рациональных установок).

Важным элементом данного варианта психотерапии являются домашние задания, способствующие закреплению адаптивного поведения.

**Нейролингвистическое программирование.** Модель человеческих коммуникаций и поведения, которая может быть эффективно использована для организации или описания взаимодействий в психотерапии, педагогике, менеджменте с целью их оптимизации. В психотерапии считается современным направлением постэриксоновской психотерапии (эриксоновский гипноз, позитивная психотерапия), разрабатываемой с начала 70-х годов американцами Гриндером и Бендлером (лингвистом и математиком по базисному образованию) и их последователями.

Нейролингвистическое программирование (НЛП) базируется на ряде источников: 1) на изучении и анализе практики М. Эриксона, Сатир, Перлса и других представителей американской психотерапии; 2) на современных данных о межполушарной асимметрии — различиях в переработке информации правым и левым полушариями; работах Бейтсона, посвященных одному из вариантов эпистемологии — «экологии разума»; 3) на трансформационной грамматике Хомского, выделяющей глубинные структуры языка, правила организации и трансформации сообщения; 4) на исследованиях кибернетики 50—60-х годов, стирающих границы между искусственным и естественным интеллектом; на теории логических типов Рассела. Таким образом, НЛП является психотерапевтической концепцией необихевиористской ориентации.

Базисные постулаты НЛП можно сформулировать следующим образом.

1. Человеческий организм, мозг подобны компьютеру, использующему для управления поведением специфические программы — закономерности в описании и воспроизводстве опыта. Помимо генетического программирования, формирование «программ» — стереотипов поведения и жизнедеятельности в целом осуществляется путем закрепления опыта проживания различных жизненных ситуаций, взаимодействия с другими людьми, самопрограммирования и преодоления стрессовых ситуаций и переживаний. В формировании программ большое значение имеют трансовые состояния сознания, которые понимаются просто как другие состояния сознания по сравнению с обычными.

2. Усвоение опыта и самопрограммирование осуществляется специальным способом с помощью различных по модальности образов (модальности связаны с различными органами и системами чувств и в соответствии с этим опыт может быть записан и воспроизведен в виде визуальных средств — визуальные образы, аудиальных — образы звуков, кинестетических — различные телесные чувства и ощущения).

3. Большая часть «программы» не осознается, но предъявляется в речи, поскольку отражена в глубинных речевых структурах, а также в невербальных проявлениях — в невербальном языке. Важную информацию «программы» подготовленный наблюдатель может считывать, задавая целенаправленно сформулированные вопросы и ориентируясь на специфические (формальные) языковые структуры и индивидуальные невербальные проявления в ответе человека.

4. Все поведенческие стереотипы (симптомы) имели в прошлом и, вероятно, имеют и в настоящем адаптивные функции. В этом смысле все человеческие проявления рассматриваются с позиции «утилизации», то есть все они отражают успешность каких-либо действий. Для устранения симптомов возможно «перепрограммирование» (точнее — самоперепрограммирование) человека на новые, более адаптивные, в смысле более желательные для него стереотипы на основе учета особенностей переработки информации и трансовых состояний пациента.

5. НЛП акцентирует внимание на «подстройке» к пациенту и эффективных технологиях взаимодействия с ним (а не на концептуальных основаниях или эмпатических взаимоотношениях с пациентом, что характерно для психодинамического или гуманистического направления). Такая «технологическая» ориентация сочетается с бережным вниманием к самоценности человека и соблюдением принципов внутренней (все изменения не должны вступать в противоречия с другим внутренним опытом) и внешней (все изменения не должны вредить человеку при взаимодействии с другими людьми) экологии.

В НЛП разработаны специфические методы диагностики и коррекции. При диагностике выявляются речевые искажения метамодели, ведущие репрезентативные системы переработки информации, проводится калибровка индивидуальных невербальных ответов «да — нет», «конгруэнтность — инконгруэнтность», «проблема — ресурс» и поверхностных коррелятов глубинных речевых структур.

Диагностика ведущей репрезентативной системы, позволяющая выбрать оптимальную форму присоединения к пациенту, проводится посредством анализа речевой продукции и калибровки поведенческих стереотипов, в том числе глазодвигательных сигналов.

При калибровке невербальных проявлений особое значение уделяется индивидуальному языку конкретного человека. Психотерапевт, руководствуясь общими правилами наблюдения (учитываются типичные незначительные мимические реакции, ритмы дыхания, речи, пантомимика, цвет кожных покровов) составляет представление о том, как, например, в невербальном языке проявляются воспоминания о проблемной ситуации.

При анализе глазодвигательных сигналов считается важным направление движения глаз во время коммуникации и считается, что у большинства людей (правое направление — будущее, левое — прошлое) направление глаз вверх означает генерирование визуальных образов, среднее положение — аудиальных, а нижнее — кинестетических образов. У каждого человека значение глазодвигательных реакций уточняется специально.

Представленная схема отражает пространственную проекцию репрезентативных систем на поле зрения человека. Так, быстрые нистагмоидные движения глазных яблок влево — вверх указывают на репрезентацию визуальных воспоминаний. Можно предположить, что подобная проекция глазодвигательных сигналов отражает и мозговую архитектонику. Помимо приведенной типичной пространственной структуры, могут встречаться и индивидуальные отличия. В любом случае в работе с пациентом рекомендуется калибровка индивидуальных проекций репрезентативных систем и стратегий переработки информации посредством целенаправленных команд-вопросов с последующим отслеживанием поведенческих и глазодвигательных реакций. Тест-вопрос, адресованный визуальной памяти, может быть сформулирован так: «Какого цвета были...?»; при уточнении аудиальной модальности вопрос формулируется так: «Как звучал ...?»; на выявление проекции внутреннего диалога: «Что вы себе обычно говорите, когда довольны собой?»; при уточнении кинестетических явлений: «Какие ощущения были, когда...?» и т. п.

Калибровка индивидуальных невербальных ответов используется в приеме «разговор с подсознанием» и проводится с помощью тестовых вопросов с фиксацией микромимических, пантомимических и вегетативных реакций. При калибровке ответов «да — нет» сначала задаются вопросы, предполагающие однозначные утвердительные ответы, затем — отрицательные. Пациент может говорить или молчать, в любом случае внимание исследователя направлено на невербальные компоненты, стереотипно повторяющиеся при ответах «да» и «нет». Квалифицированный психотерапевт, владеющий НЛП (НЛП-программист, НЛП-коммуникатор), вставляет тестовые вопросы в обычное интервью и считывает до 3 десятков стандартных телесных ответов «да» и «нет» (расширение зрачков, учащение дыхания, подергивание щеки или стопы и др.). Аналогичным образом калиброваться могут многие семантические структуры, преимущественно дихотомического характера («мужчина — женщина», «толстый — тонкий»), что позволяет целенаправленно вмешиваться в переживания пациента, ориентируясь на выявленные невербальные сигналы. Привлечение в диагностику невербальных компонентов семантики позволяет с помощью НЛП в некоторых случаях проводить вмешательство, не интересуясь содержанием переживаний.

Коррекционные техники НЛП преимущественно базируются на следующем алгоритме: 1. Присоединение и создание особого взаимодействия между пациентом и психотерапевтом — «раппорта». 2. Выявление («идентификация») проблемного состояния, то есть такого опыта, который повторяется и воспринимается пациентом как проблема. 3. Выявление («идентификация») ресурса — такого опыта самого пациента, который желателен в этой ситуации или этой группе ситуаций. 4. «Интеграция» проблема-ресурс, смысл которого не замена одного опыта другим, а создание дополнительного выбора поведения в проблемной ситуации и возможности пациента при желании поступать, вести и проявлять себя по-иному. В терапии часто используются трансовые техники.

При планировании терапевтических изменений обязательно учитывается «уровень нарушений» — «уровень проблемы». Выделяется несколько уровней от более простого — типичная проблема в типичной ситуации, до наиболее сложного — нарушение «самости». Каждому уровню нарушений соответствует уровень сложности терапевтических техник.

Применяются и описаны простые методики способа интеграции ресурса и проблемы, якорные техники, методики «взмаха»; более сложными являются различные виды рефреминга, сложные техники, перестраивающие поведенческие паттерны с использованием аудиально-кинестетической и визуально-кинестетической диссоциации, изменения личной истории, изменения критерия значимости, работа с линиями времени и др.

**Интерперсональная психотерапия Клермана и Вейссман.** Этот метод представляет собой краткосрочный вариант психотерапии (10-12 занятий 1-2 раза в неделю), был разработан Клерманом и Вейссман в конце 60-х годов для лечения больных депрессией и с самого начала ориентирован на решение проблем, возникающих именно у этой категории пациентов. Целью авторов было не создание той или иной теоретической концепции лечения, а разработка максимально эффективного практического метода психотерапии депрессивных больных.

Отправной точкой создания и совершенствования интерперсональной психотерапии Клермана и Вейссман явилась констатация того факта, что депрессии чаще всего возникают вследствие неблагоприятных изменений в межличностной сфере и ближайшем окружении пациентов, например при утрате близкого родственника или в результате конфликта с окружающими. Психотерапия направлена главным образом на изменение межличностного контекста депрессивной симптоматики. Авторы признают важную роль личности больного в возникновении депрессии, однако считают улучшение социального статуса пациента и опосредованное влияние на клинику заболевания более перспективным, чем изменение достаточно устойчивых и малоподдающихся трансформации личностных характеристик больного. Особое внимание к межличностному окружению больного депрессией появилось после создания А. Майером в 1957 г. психобиологической концепции психических расстройств, согласно которой межличностное окружение является весьма значимой стороной жизни любого человека, а психическое расстройство рассматривается как патологический способ приспособления индивида к требованиям конкретных окружающих. Эта концепция перекликается с идеей Салливана об исключительном значении межличностных отношений как важнейшей составной части психотерапии. Но прямой связи с учением Салливана интерперсональная психотерапия Клермана и Вейссман не имеет и принципиально отличается от психодинамической психотерапии.

В интерперсональной психотерапии исследуется не прошлое пациента, а его актуальные межличностные контакты, связи и их характер. Прошлое также изучается и учитывается, но лишь постольку, поскольку оно помогает понять актуальные образцы взаимоотношений больного с другими людьми. Психотерапия направлена не на осознание своих ошибок в прошлом, а на их преодоление в настоящем, не на исследование интрапсихических явлений (природа конфликтов, защитные механизмы), а на анализ конкретного межличностного настоящего больного, характер протекания межличностных отношений в период проявления депрессивной симптоматики. Взаимоотношения между психотерапевтом и пациентом не фокусируются на переносе. Психотерапевт выступает не в роли нейтрального наблюдателя, а в роли защитника и адвоката больного. Он активно ведет пациента, руководит им, ободряет и поддерживает его. Отношения «психотерапевт—пациент» учитывают реальную ситуацию и служат решению конкретных проблем. При этом больной не должен слишком зависеть от психотерапевта или заметно уступать ему в интеллектуальном и волевом аспектах. Только в тех случаях, когда поведение пациента по отношению к психотерапевту начинает отрицательно влиять на ход лечения, об этом следует поговорить с ним.

Психотерапия с помощью данного метода ограничена известным периодом времени и четко структурирована по своему содержанию. На начальной стадии проводится точная диагностика и выясняется природа депрессивной симптоматики в связи с нарушением межличностных отношений пациента. На этом этапе больной получает подробные сведения о симптоматике, клиническом течении и прогнозе депрессий. Психотерапевт разъясняет ему смысл понятий, относящихся к обсуждаемой проблематике, формулирует цели и определяет сроки лечения, частоту курсов и при необходимости применяет сопутствующую медикаментозную терапию. Эта стадия носит ярко выраженный обучающий характер. Основная, вторая, стадия концентрируется на одном или нескольких направлениях, относящихся к 4 наиболее важным проблемам, стоящим перед больным:

1) «реакция утраты» (пациенты с реакциями на потерю близких, родных, любимых людей);

2) «межличностные конфликты» (разногласия между супругами, с любимым человеком, детьми, родителями, членами семьи близкого человека, друзьями, сотрудниками и т. д.);

3) «смена социальной роли» (новая работа, развод, уход из семьи, смена школы, поступление в институт, переезд в новый дом, экономические или другие перемены в семье и другие варианты смены социальной роли);

4) «межличностный дефицит» — проблемная зона одиноких и социально изолированных людей («социальное одиночество»).

Эти проблемные зоны могут существовать и часто существуют одновременно. На этой стадии, за счет длительного изучения психологических особенностей каждой проблемной зоны, разрабатывается структурированный план психотерапевтических мероприятий. В третьей, заключительной фазе лечения обсуждается завершение терапевтических отношений с признанием того, что завершение — это «время огорчения», ценности и убеждения генерализуются на поведенческий опыт пациента, на уровень его взаимодействия с внешним окружением.

Психотерапия направлена на гармонизацию межличностных отношений пациента с окружающими его людьми, для чего психотерапевт пользуется всеми подходящими для этого способами. К ним относятся: построение (вместе с больным) лучшей, скорректированной с учетом требований окружающих модели коммуникативного поведения; разработка новых стратегий решения проблем, возникающих у больного, и выработка умений более успешно преодолевать стрессовые ситуации в межличностном общении; преодоление устаревших схем и стереотипов во взаимоотношениях, не соответствующих изменившимся требованиям окружающих и возможностям пациента; активный отказ от этих устаревших схем в пользу новых и усвоение более адаптивных способов взаимоотношений с окружающими и т. п.

В последнее время отмечаются попытки применения данного метода психотерапии (после соответствующей модификации) при лечении других заболеваний, помимо депрессии. Метод уже используется при расстройствах личности и анорексии. Интерперсональная психотерапия Клермана и Вейссман применяется также в межличностной программе консультаций пациентов в общемедицинской практике и в оказании консультативной психотерапевтической помощи пациентам, жалующимся на симптомы страха и тревоги либо обращающимся к психотерапевту по поводу обычных жизненных ситуаций и неурядиц. Речь идет об очень непродолжительном вмешательстве (не более 6 получасовых консультаций), которое задумано так, что эти консультации могут проводить врачи общей практики после соответствующей подготовки.

Прагматическая направленность интерперсональной психотерапии Клермана и Вейссман проявляется также в непривычном для психотерапевтов непредвзятом отношении к медикаментозной терапии. При ее проведении стало скорее правилом, чем исключением, применение антидепрессантов наряду и параллельно с психотерапией. Эта комбинированная терапия базируется на результатах исследований, определивших условия, при которых показано и даже необходимо проводить параллельное медикаментозное лечение.

В то же время, несмотря на то, что традиционно приоритет в лечении пограничных заболеваний отдается психотерапевтическим методам и подчеркивается второстепенное значение медикаментозной коррекции психогенных расстройств, проблема адекватной и краткосрочной психотерапии применительно к отдельным категориям психически больных остается актуальной. Соответственно, важным является вопрос внедрения в нашей стране новых методов, хорошо зарекомендовавших себя в мировой психотерапевтической практике.

Ниже в качестве иллюстрации приведена техника работы с больными с пролонгированной депрессивной реакцией вследствие потери близкого человека (реакция утраты, по Маковенко).

После диагностики главная задача психотерапии — помочь пациенту понять и принять то, что произошло, оценить реалистично значимость и важность потери с целью освобождения от зависимости и «преданности» к потерянному человеку.

Только после этого пациент может стать свободным и развивать новые отношения в реальной жизни. С момента начала рассказа о значимой потере начинает действовать принцип «настоящего времени» — все описывается в настоящем времени и от себя лично, что помогает пациенту осуществить воспоминания о потере и проявить эмоции, которые относятся к отношениям пациента с потерянным человеком. Неадекватные реакции печали часто связаны с утратой социальной поддержки как в момент потери, так и в последующие месяцы. Пациент либо просто был «лишен» возможности выразить свои чувства по поводу потери искренне, либо степень его близости с окружением «не позволяла» ему это сделать в момент потери и после неё, что в значительной степени замедлило естественный ход реакции печали. Во время психотерапии пациент еще раз «проживает» то время, но пользуется социальной поддержкой, принятием, пониманием психотерапевта.

Ухудшение состояния на этой стадии связано с отреагированием и осознанием смешанных, неприятных и нередко агрессивных чувств, сама мысль о которых очень часто вызывает протест и даже гнев. Кроме того, осознание сопровождается ослаблением психологической защиты, которая «скрывает» болезненные переживания.

Типична структура переживаний, которые наблюдаются у пациентов:

1) страх перед повторением событий даже в мыслях;

2) стыд за свою беспомощность отложить или предотвратить событие;

3) ярость, гнев, направленные на человека, который является «причиной» события (на потерянного человека);

4) чувство вины или стыда за агрессивные побуждения или пагубные фантазии;

5) чувство вины «за то, что остался жив; умер близкий человек, а ты нет»;

6) чувство отождествления и соединения с жертвой;

7) печаль в отношении потери.

Часто пациенты демонстрируют желание выразить злость или враждебность по отношению к умершему, которые возникают благодаря чувству «брошенности». В этих случаях психотерапевт «подталкивает» больных к выражению своих чувств, поощряя их. С другой стороны, слишком быстрое проявление этих чувств усиливает ощущение вины. Поэтому выражение их возможно при устойчивом психотерапевтическом союзе в срединной фазе лечения, иначе у больного может возникнуть желание не продолжать психотерапию.

В связи с тем, что заполнению «пустого места», оставшегося после потери значимого человека, в концепции интерперсональной психотерапии Клермана и Вейссман придается большое значение, усилия врачей после прохождения вышеописанных этапов сосредоточиваются на поведении человека. Пациенты, у которых круг общения до потери значимого человека был достаточно велик, как правило, активно включаются в социальную жизнь — в работу, начинают посещать старых друзей и заводить новые знакомства. В отношении других психотерапевт должен занимать активную позицию, помогая найти наиболее приемлемые альтернативные пути (свидания, клубы по интересам, курсы, работа), которые «втягивают» человека в среду общения с другими людьми. Тщательно оговаривается время завершения лечения (уже с 5-7-й встречи), подчеркивается достигнутое.

Особенности взаимодействия пациент — психотерапевт при пролонгированных депрессивных реакциях в интерперсональной психотерапии Клермана и Вейссман. Ряд трудностей, которые возникают в ходе работы с пациентами основной группы, объясняются влиянием социальных, культурных, семейных паттернов межличностного взаимодействия, особенностями личности пациента и психотерапевта, их представлениями о характере этих отношений. Часто от успешного преодоления этих трудностей зависит результат лечебного взаимодействия и сам факт продолжения психотерапии.

1. Попытки пациента сделать фигуру психотерапевта более близкой, чем друзья, члены семьи. Подобная ситуация наиболее часто возникает у пациентов с плохой социальной поддержкой семьи, друзей, коллег по работе и др. Прояснение того факта, что жизнь пациента находится за пределами психотерапевтических отношений, зачастую болезненно, но необходимо. Нахождение способов открытого, близкого и доверительного общения с людьми из ближайшего окружения пациента, преодоление страхов перед таким общением становится одной из задач лечения.

2. Пациент рассматривает лечение как поражение, как признак своей несостоятельности. Влияние менталитета, культурных и социальных стереотипов достаточно сильно — самыми значимыми страхами являются боязнь огласки, мнимый факт ущербности. Без преодоления этих убеждений спектр трудностей психотерапии простирается от идей вины до «соревновательного доказательства своей нормальности», что часто выражается в усугублении попыток нормализовать свое состояние привычными способами — алкоголь, еда, развлечения, избегание ситуаций в форме «отдыха» в другом месте и т. д. Осознание этого, наряду с представлением о том, что поиск лечения — самое мудрое решение в таких обстоятельствах, направленное на взятие проблемы «под контроль», поиск активного решения, а не бегства, как было до сих пор, являются важными вехами в преодолении этих трудностей.

3. Трудности, возникающие во взаимодействии с пациентами, у которых стрессовый фактор носит хронический характер. У части пациентов имеются объективные трудности по преодолению дезадаптирующей, стрессовой ситуации — реальные проблемы со сменой социальной роли (поиск новой работы, получение образования, нерешенность жилищного вопроса, низкий уровень финансовых и социальных возможностей). Это приводит к хронизации стрессовых влияний и к трудностям их преодоления. Необходимость принятия ответственности за решение этих вопросов с последующей переработкой имеющихся трудностей, урегулирование внутренних конфликтов — таковы этапы работы с этими трудностями.

4. Пациент рассматривает текущее состояние как неизлечимое. Уменьшение социальной продуктивности, плохое самочувствие, отсутствие улучшения после первых встреч иногда рассматривается как признак неизлечимости. Подробное объяснение закономерностей состояния, синдромов и симптомов болезни, тревоги, их влияния на социальную продуктивность наряду с предоставлением «роли больного», объяснение психодинамики этих состояний с коррекцией стереотипа «мгновенного, чудесного избавления» способствуют разрешению данных трудностей.

5. Пациент боится оставаться один. В случае усиления симптомов, когда пациент остается один, полезно исследовать вместе с ним «чрезвычайные» меры и длительные стратегии для сокращения социальной изоляции.

6. Пациент боится потерять контроль. У некоторой части пациентов, преимущественно с тревожным компонентом состояния, возникают страхи и опасения потерять контроль над собственным состоянием. Только для этой группы пациентов полезны более частые встречи в начальной фазе лечения, возможность в любое время позвонить психотерапевту. Это позволяет создать необходимый «запас прочности» для успешного продолжения психотерапии.

7. Пациент недостаточно адекватно относится к своим желаниям, избегает положительного опыта. Иногда при проработке целей лечебного взаимодействия выясняется, что пациент испытывает трудности в формировании своих желаний. Они могут казаться ему чем-то нереальным, невозможным, даже осуждаемым и пугающим. Для преодоления этих сомнений, страхов и видимости нереальности «образа достижения» необходимо осознать тот факт, что плохое состояние во многом связано именно с тем, что пациент реально и не претендует и даже опасается чего-то другого, что только собственные запреты останавливают его на пути к осуществлению своих желаний.

8. Пациент пропускает встречи или опаздывает. В этих случаях необходимо изучение причин подобного поведения — от реально обоснованных задержек (транспорт, непредвиденные ситуации) до проявления сопротивления ходу терапии и лечебному взаимодействию. Если такое поведение повторяется даже после разъяснения ответственности за соблюдение контракта, необходимо начать изучение межличностного аспекта этого поведения, того, что пациент хочет им выразить и поощрить его к более прямому выражению своих чувств.

9. «Молчаливый» пациент. Повторяющееся и затягивающееся молчание пациента часто свидетельствует либо об избегании раскрытия противоречивых мыслей и чувств по поводу ситуации, либо он хочет рассказать о чем-то, но обеспокоен возможной реакцией психотерапевта, испытывает страхи, связанные с открытием мыслей и чувств другим людям. Иногда молчание может выступать в качестве терапевтического приема, как обычный вид поведения, замещающий «громкие» жалобы.

10. Пациент меняет тему обсуждения или избегает ее. Часто пациенты самостоятельно определяют глубину работы с проблемной зоной и избегают только определенных тем. Такое поведение может стать темой для обсуждения с осознаванием принимаемой ответственности, с необходимостью проработки эмоционального «заряда», который часто несут с собой избегаемые темы. Автономия, как и ответственность пациента, признаются полностью.

11. Приглашение значимого для пациента человека на встречи. Хотя модель терапии предполагает индивидуальный характер встреч, иногда приглашение значимого для пациента человека оказывается эффективным, особенно в межличностных конфликтах, таких как супружеские разногласия.

В этом случае преследуются следующие цели:

1) приобретение дополнительной информации;

2) приобретение и возобновление навыков сотрудничества со значимым человеком;

3) облегчение решения межличностных проблем, улучшение взаимодействия.

На этих встречах возможно объяснение природы болезненных проявлений, их динамики и межличностных проявлений.

12. Пациент желает завершить психотерапию преждевременно. Отказ от преодоления любого вида трудностей в психотерапии, испуг перед глубиной проработки проблем, неразделенные ролевые ожидания и многое другое может стать причиной прекращения лечения. Важно, если это возможно, тщательно проработать проблемы, повторявшиеся в жизни пациента, и подчеркнуть, что возобновление терапии через любой промежуток времени — это не унижение и не признание своей слабости. Часто пациенты возобновляют психотерапию после определенного перерыва.

13. У пациента проблемы с выражением чувств. Создание безопасной атмосферы, принятие и поощрение проявления своих истинных чувств, самораскрытие определяется мерой доверия к психотерапевту. Проработка этой темы дает пациенту важный опыт открытого реагирования, помогает освободиться от эмоциональных «зарядов», обиды, злости, ярости, гнева и пр. Естественное, открытое и искреннее поведение психотерапевта приобретает в преодолении этих проблем важное значение.

14. Пациент ищет дополнительное альтернативное лечение. Достаточно редко, но все же возможен поиск дополнительных путей выздоровления. Открытая позиция психотерапевта, предоставление максимума информации по поводу тех или иных способов лечения обычно исключают игровое развитие ситуации.

15. Психотерапевт проявляет сильные чувства по отношению к пациенту. Те случаи, когда возникают подобные чувства, признаются особенно ценными для профессионального и личностного роста психотерапевта и становятся предметом для анализа отношений, которые возникли в ответ на провокацию пациента или в продолжение стиля общения психотерапевта. Постепенно урежающиеся случаи подобных контрпереносов становятся ценнейшим материалом для развития личности самого психотерапевта.

Вышеописанные трудности психотерапии, как и многие другие особенности взаимодействия пациент — психотерапевт, являются зеркальным отражением стиля межличностного общения пациента и особенно ценным материалом для психотерапевтической проработки. Именно они часто являются «краеугольными камнями» проблемных зон, их преодоление вносит значительные изменения в межличностные отношения пациента и, как следствие, обеспечивает положительную динамику состояния.

Авторы интерперсональной психотерапии, при наличии такой возможности, призывают минимизировать работу с интрапсихическим конфликтом.

Как правило, на поведенческом уровне, без погружения в актуальную интрапсихическую проблематику, удается остаться с хорошо адаптированными, социально успешными, высокообразованными пациентами. Это может объясняться наличием у них высокоструктурированной системы адаптивного копинг-поведения, которое по какой-то причине не было использовано. Задачей психотерапевта в этих случаях может стать помощь в предоставлении пациенту полной картины происходящего, поведенческий тренинг новых навыков и умений, которые принимаются без внутреннего сопротивления и способствуют нормализации состояния.

В целом, указанные особенности взаимодействия пациент — психотерапевт наблюдаются в работе со всеми ключевыми зонами, но некоторые проблемы значительно чаще встречаются в отдельных группах больных.

Так, в группе больных с «реакцией утраты» наиболее характерными являются трудности выражения своих чувств, особенно вытесняемых — обиды, гнева, злости, агрессии в адрес умершего, игнорирование своих желаний, избегание нового положительного опыта общения с другими людьми. У пациентов группы с ключевой проблемной зоной «межличностные конфликты» чаще встречаются попытки сделать фигуру психотерапевта более близкой и значимой, чем члены семьи, друзья. Хронизация стрессового воздействия наблюдается как в этой группе, так и в группе пациентов со сменой социальной роли. Для последней характерна высокая частота избегания положительного опыта, недостаточный учет своих желаний. В группе с ключевой проблемной зоной «социальное одиночество», наряду с игнорированием собственных желаний и возможностей нового положительного опыта общения из-за разнообразных запретов и страхов, особенно часто встречаются трудности с выражением своих чувств, пропуск психотерапевтических встреч, молчание, смена темы обсуждения и желание прекратить психотерапию преждевременно.

Частота и степень выраженности указанных трудностей связаны с динамикой и этапом психотерапии. Максимальная их выраженность и представленность наблюдаются в периоде активного приближения к значимой интрапсихической проблематике и ко времени принятия «новых решений». Трудность и ответственность этого момента подтверждаются симптоматическим ухудшением состояния пациентов. Вопрос о целесобразности работы с актуальным интрапсихическим конфликтом в рамках краткосрочной психодинамической модели интерперсональной психотерапии Клермана и Вейссман в каждом случае требует отдельного решения.

Авторами была разработана также программа тренировки психотерапевтов, позволяющая специалистам с разным уровнем подготовки в сжатые сроки овладеть данным методом и приступить к проведению психотерапии.

**Контрольные вопросы**

1. Создателем метода классического обусловливания был:

1) Скиннер;

2) Вольпе;

3) Павлов;

4) Бехтерев.

2. Поведенческая психотерапия в своей теории опирается прежде всего на понятие:

1) вытеснения;

2) сопротивления;

3) научения;

4) фигуры и фона.

3. Поведенческая психотерапия, направленная на желательное изменение поведения пациента с помощью поощрения или наказания, называется методикой:

1) оперантного обусловливания;

2) парадоксальной интенции;

3) имплозии;

4) систематической десенсибилизации.