

С. Л. Соловьева

# ПСИХОТЕРАПИЯ

НОВЕЙШИЙ  
**СПРАВОЧНИК**  
ПРАКТИЧЕСКОГО  
ПСИХОЛОГА

  
ИЗДАТЕЛЬСТВО **аст** **SOVA**  
москва Санкт-Петербург  
2005

УДК 616.89(035)

ББК 53.57я2

П86

Подписано в печать с гшových лиапоппивов 03.02.05. Форма! 7(х)IOS<sup>1</sup>/<sub>61</sub>  
Печать офсетная Уел печ. л.30.8 Тираж 5000 ЖК1 ?ака S 421

**Психотерапия** : новейший справочник практического  
П86 психолога / сост. С.Л. Соловьева. — М.: АСТ; СПб.: Сова,  
2005. —704 с.

ISBN 5-17-030387-4

Книга представляет собой сборник современных психотерапев-  
тических техник, которые психолог может использовать в практи-  
ческой работе. В справочник вошли такие методы психологического  
воздействия, как гештальттерапия, когнитивная, рационально-  
эмоциональная, экзистенциально-гуманистическая психотерапия, психо-  
анализ. Теоретические положения каждой психотерапевтической  
техники сопровождаются клиническими примерами и протоколами  
психотерапевтических сессий.

УДК 616.89(035)

ББК 53.57я2

*Научно-популярное издание*

## **ПСИХОТЕРАПИЯ** **Новейший справочник практического психолога**

Составитель Соловьева С.Л.

Ответственный редактор Я. Судыша Художественное оформление Л. Филиппова

Компьютерная верстка Ю. Костиной Технический редактор М. Водолазова

Корректор Н. Старостина

Общероссийский классификатор продукции

ОК-005-93, том 2; 953004 - научно-популярная литература

Сани гарно-ЛПидемНО.ЮИическое включение

№ 77 94.(12 953.Л 000577 02.04 01 03.02 2004 г

ООО «Ишгелъыво АС"Г > 667000, Республика Гыва, г. Кыпыл. ул.т Кичешва. л 'Я.

Наши электронные алреса: WWW.ASTR1.Г-mail. astpiib@aha.гп

()() "Сова- 195112, г Санкт Петероурі, а/я іSo >1 I-mail: oooM>\a".ntail wplus net

И шно при учата ООО «Харвеа». ..Imieii ш> М 02330/0(156')35 о\ М1.04 04

РБ, 22001.3. Минск і Кульман ч I,корт 3, чг.4, к 42

Республиканское унитарное предприятие «Издательство

«Белорусский Дом печати». 220013, Минск, пр. Ф. Скорины, 79. Заказ 780

Открытое акционерное общество «Полиграфкомбинат им Я Коласа»

220600, Минск, ул Красная. 23

ISBN 985-13-4123-1

(Харьвест)

© С.Л. Соловьева, составление, 2005

© ООО «Издательство «Сова». 2005

# Содержание

ВВЕДЕНИЕ.....	10
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО.....	22
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ.....	29
Модель консультативного интервью.....	30
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ.....	41
ПСИХОТЕРАПИЯ.....	45
Сходство между психотерапией и психологическим консультированием.....	51
Различия между психотерапией и психологическим консультированием.....	52
Теория психотерапии.....	54
Общие факторы в психотерапии.....	56
Показания к психотерапии.....	58
ДИНАМИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ПСИХОТЕРАПИИ ..	60
Психодинамика.....	61

#### 4 • СОДЕРЖАНИЕ

Инстинкты . . . . .	62
Концепция личности. . . . .	64
Развитие личности. . . . .	70
Тревога . . . . .	81
Механизмы психологической защиты . . . . .	83
Концепция невроза . . . . .	88
Психоаналитическая психотерапия . . . . .	96
<b>ПОВЕДЕНЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ПСИХОТЕРАПИИ . . . . .</b>	<b>99</b>
Бихевиоризм . . . . .	101
Научение. . . . .	104
Классическое обусловливание. . . . .	105
Оперантное обусловливание. . . . .	107
Социальное научение. . . . .	110
Концепция патологии. . . . .	115
Поведенческая психотерапия. . . . .	119
<b>ГУМАНИСТИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ</b>	
<b>В ПСИХОТЕРАПИИ. . . . .</b>	<b>126</b>
Самоактуализация. . . . .	129
Опыт. . . . .	131
Организм. . . . .	132
Конгруэнтность. . . . .	133
Концепция невроза в гуманистическом направлении. . . . .	135
Экзистенциально-гуманистическая психотерапия. . . . .	139
<b>МИШЕНИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО</b>	
<b>ВОЗДЕЙСТВИЯ. . . . .</b>	<b>145</b>
Личность . . . . .	148
Гипертимный тип. . . . .	150

Циклоидный тип . . . . .	153
Лабильный тип . . . . .	156
Астеноневротический тип . . . . .	158
Сенситивный тип . . . . .	161
Психастенический (тревожно-мнительный) тип . . . . .	163
Шизоидный тип . . . . .	166
Эпилептоидный тип . . . . .	169
Истероидный тип . . . . .	173
Психическое состояние . . . . .	176
Состояние тревоги . . . . .	177
Состояние депрессии . . . . .	180
Агрессивность . . . . .	183
Астеническое состояние . . . . .	188
<b>ПСИХОАНАЛИЗ . . . . .</b>	<b>196</b>
Психоаналитическая теория невроза . . . . .	198
Теория психоаналитической техники . . . . .	204
Техника психоанализа . . . . .	209
Продуцирование материала . . . . .	209
Аналитические процедуры . . . . .	225
Рабочий альянс . . . . .	234
Неаналитические терапевтические процедуры . . . . .	238
Анализ сопротивления . . . . .	245
Перенос . . . . .	266
Анализ сновидений . . . . .	310
Анализ фантазий . . . . .	315
Анализ ошибочных действий . . . . .	315
<b>РАЦИОНАЛЬНО-ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ А. ЭЛЛИСА . . . . .</b>	<b>318</b>
Показания к проведению рационально-эмоциональной терапии . . . . .	320
Теоретическая основа рационально-эмоциональной терапии . . . . .	321

## 6 • СОДЕРЖАНИЕ

Рациональные и иррациональные идеи . . . . .	323
Психологическое здоровье . . . . .	332
Философия рационально-эмоциональной терапии . . . . .	337
Взаимоотношения психотерапевта с клиентом . . . . .	342
Терапевтические условия . . . . .	344
Содержание рационально-эмоциональной терапии . . . . .	345
Техники, которых в рационально-эмотивной терапии избегают . . . . .	351
Психотерапевтическая процедура . . . . .	353
Оценка проблем клиента . . . . .	353
Прояснение активирующего события . . . . .	355
Работа над эмоциями . . . . .	357
Идентификация установок . . . . .	359
Диспут . . . . .	364
Закрепление изменений . . . . .	382
Формы применения рационально-эмоциональной терапии . . . . .	385
Как сохранить успехи, достигнутые с помощью рационально-эмоциональной терапии . . . . .	388
Как бороться с возвращением к прежним убеждениям . . . . .	394
Как перенести опыт работы над одной эмоциональной проблемой на решение других проблем . . . . .	398
<b>КОГНИТИВНАЯ ТЕРАПИЯ А. БЕКА . . . . .</b>	<b>403</b>
Когнитивные модели эмоциональных расстройств . . . . .	416
Когнитивная модель депрессии . . . . .	416
Когнитивная модель тревожных расстройств . . . . .	420
Когнитивная модель мании . . . . .	422
Когнитивная модель панического расстройства . . . . .	423
Когнитивная модель фобии . . . . .	424
Когнитивная модель параноидных состояний . . . . .	425
Когнитивная модель obsессий и компульсий . . . . .	427

Когнитивная модель истерии . . . . .	428
Когнитивная модель нервной анорексии . . . . .	429
Когнитивная модель расстройств личности . . . . .	431
Когнитивная модель психосоматических расстройств . . . . .	432
Содержание когнитивной психотерапии . . . . .	434
Эмпиризм сотрудничества . . . . .	437
Сократовский диалог . . . . .	437
Направляемое открытие . . . . .	438
Этапы когнитивной терапии . . . . .	439
Терапевтический альянс . . . . .	439
Обоснование когнитивного подхода . . . . .	440
Распознавание негативных мыслей . . . . .	441
Анализ негативных мыслей . . . . .	444
Экспериментальный метод . . . . .	445
Коллекционирование автоматических мыслей . . . . .	446
«Заполнение пустот» . . . . .	447
Коррекция автоматических мыслей . . . . .	450
Идентификация и коррекция дисфункциональных убеждений . . . . .	455
Первое интервью . . . . .	460
Терапевтические цели первого интервью . . . . .	462
Обратная связь с пациентом . . . . .	464
Когнитивная терапия депрессии . . . . .	467
Объекты когнитивной модификации . . . . .	469
Когнитивные техники в терапии депрессии . . . . .	471
Пример когнитивного подхода . . . . .	477
Поведенческие техники в терапии депрессии . . . . .	488
<b>ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИЯ . . . . .</b>	<b>504</b>
Теоретические источники гештальт-терапии . . . . .	505
Концепция патологии . . . . .	515
Пациент . . . . .	528
Уровни невроза . . . . .	529

## 8 • СОДЕРЖАНИЕ

Концепция терапии . . . . .	533
Зрелость . . . . .	541
Принципы гештальт-терапии . . . . .	545
Технические процедуры . . . . .	548
Групповая форма гештальт-терапии . . . . .	554
Работа со сновидениями . . . . .	556
Домашняя работа . . . . .	558
Применение гештальт-терапии . . . . .	559
<b>ГЕШТАЛЬТ-ПРАКТИКУМ . . . . .</b>	<b>562</b>
Полное осознание . . . . .	563
Упражнение 1. Осознание актуального . . . . .	564
Упражнение 2. Ощущение противоположных сил . . . . .	568
Упражнение 3. Внимание и сосредоточение . . . . .	573
Упражнение 4. Дифференцирование и объединение . . . . .	576
Техника сознания . . . . .	582
Упражнение 5. Вспоминание . . . . .	582
Упражнение 6. Обострение ощущения тела . . . . .	586
Упражнение 7. Опыт непрерывности эмоций . . . . .	592
Упражнение 8. Вербализация . . . . .	602
Упражнение 9. Интегрирующее сознание . . . . .	607
Направленное сознание . . . . .	609
Упражнение 10. Превращение слияния в контакт . . . . .	609
Упражнение 11. Превращение тревожности в возбуждение . . . . .	615
Измененная ситуация . . . . .	621
Ретрофлексия . . . . .	627
Упражнение 12. Исследование ложно направленного поведения . . . . .	627
Упражнение 13. Мобилизация мышц . . . . .	635
Упражнение 14. Совершение вновь обращенного действия . . . . .	644



ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНО-ГУМАНИСТИЧЕСКАЯ	
ПСИХОТЕРАПИЯ .....	653
Основы экзистенциализма .....	654
Принципы экзистенциализма .....	656
Теория личности и психопатология .....	661
Концепция личности .....	661
Психопатология .....	664
Экзистенциальная терапия .....	665
Философская основа .....	666
Принципы экзистенциальной терапии .....	668
Техники экзистенциальной психотерапии .....	670
ЛОГОТЕРАПИЯ В.                    ФРАНКЛА .....	675
Философия логотерапии .....	676
Природа человека .....	677
Мотивация .....	682
Концепция болезни .....	692
Психотерапевтический аспект логотерапии .....	697
РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА .....	699

# Введение

Все люди периодически нуждаются в психологической помощи. Психологическая структура каждого человека уникальна и имеет свои сильные и слабые стороны. Слабые стороны обнаруживают себя, когда человек попадает в трудную жизненную ситуацию — трудную именно потому, что она комплементарно — как замок и ключ — отвечает его слабым сторонам. Трудные жизненные ситуации у каждого свои и имеют тенденцию повторяться время от времени до тех пор, пока человек не решит раз и навсегда перестать переживать одну и ту же периодически повторяющуюся психологическую проблему. Приняв такое решение, он начинает действовать: читает книги по психологии и психотерапии, работает над собой или идет за помощью к психотерапевту.

Любое общение, любой межличностный контакт включает в себя взаимное психологическое воздействие друг на друга партнеров по общению. В чем бы оно ни

состояло: в совместном отдыхе, в совместном времяпрепровождении — люди обязательно при этом оказывают друг на друга психологическое воздействие, которое может быть любительским, повседневным, обыденным, а может быть профессиональным, основанным на знании законов психологической науки. Часто между обыденным воздействием и профессиональным не существует четко определенной грани — они взаимно переходят друг в друга, переплетаются друг с другом, сопровождают друг друга. Частным случаем психологического воздействия является психологическая помощь. Когда мы сталкиваемся с психологической проблемой, повторяющейся трудной жизненной ситуацией, для разрешения которых не имеем соответствующих личностных ресурсов, мы начинаем активно искать вокруг себя психологическую помощь.

В принципе, психологическую помощь можно оказывать себе самостоятельно, для чего потребуются двойное усилие. Во-первых, необходимо хорошо изучить собственную неповторимую психологическую природу, узнать самого себя, выявить свои сильные и слабые стороны. Для этого нужно научиться, с одной стороны, следить за самим собой, контролируя собственные психологические реакции на те или иные повороты жизненных событий, и, с другой стороны, анализировать, периодически отдаваясь интроспекции, выявленные психологические реакции. Во-вторых, необходимо не просто прочитать разнообразную психологическую и психотерапевтическую литературу, но применить полученные знания к самому себе, к собственному жизненному опыту.

Дабы помочь читателю сделать эту трудную и долгую психологическую работу, и написана данная книга. В ней не просто изложены основные современные психотерапевтические подходы, концепции и теории, но по возможности представлено практическое их применение. Так, после главы, посвященной рационально-эмоциональной терапии А. Эллиса, приводятся практические рекомендации по применению соответствующих упражнений. После теоретической главы, посвященной гештальт-терапии, следует практикум, в котором изложены наиболее эффективные и наиболее известные упражнения, созданные для разрешения психологических затруднений. Однако упражнения сами по себе, как бы ни были они хороши, все же могут не принести реального облегчения и пользы в работе над собой, если не освоены фундаментальные теоретические положения, лежащие в их основе. Осваивая какую-либо психотерапевтическую технологию, важно в самом начале пути изучить, понять и принять те фундаментальные теоретические предпосылки, из которых эта технология исходит, на которые она опирается. Поэтому значительное внимание в работе уделяется изложению теоретических представлений о личности, о психологической природе человека, о возможных путях психологического воздействия на личность.

При чтении многочисленных работ, посвященных различным психотерапевтическим технологиям, неизбежно встают следующие вопросы: какая из них наиболее эффективна? каким образом быстро и конструктивно решать психологические проблемы? какая психотерапия самая лучшая и самая надежная? С такими вопросами не-

редко обращаются клиенты, которые пытаются справиться со своими проблемами собственными силами и ищут в решении этой проблемы самый короткий путь.

Чтобы ответить на данные вопросы, прежде всего необходимо исходить из представлений человека о самом себе, о собственной психологической природе. Для того, кому представляется, что душа — это клубок переплетенных психологических комплексов и конфликтов, наиболее эффективным может оказаться психоанализ. Исследуя сложные и запутанные комплексы, сформированные в детстве в тех или иных специфических условиях семейного воспитания и в последующей взрослой жизни фатально определяющие весь жизненный путь человека (выбор друзей, выбор работы, партнеров, выбор симптомов болезни, выбор собственной судьбы), пациент учится понимать собственную сложную и противоречивую психологическую природу. Этот трудный и долгий путь познания может оказаться очень увлекательным и интересным, заставляя по-новому увидеть самого себя, других людей, окружающий мир.

Интеллектуалам, которые познают мир и себя в нем разумно, рационально, опираясь на логику и привычку доказывать и обосновывать свои представления неопровержимой системой доказательств и логических построений, можно посоветовать когнитивную терапию. Изучая принципы рационально-эмоциональной терапии А. Эллиса или когнитивной терапии А. Бека, пациент производит ревизию собственных взглядов, представлений, убеждений, конструируя заново картину мира, более адекватно и более точно, рационально и логически обоснованно представ-

ляющую все происходящее вокруг него. Новая модель мира позволяет точнее объяснять значимые жизненные события и прогнозировать их развитие. Пациент в данном случае уподобляется ученому, скрупулезно исследующему психологическую реальность с помощью законов формальной логики и здравого смысла.

Сенситивным интровертам, обращенным к собственной душе, с их привычкой наблюдать и анализировать свои переживания, можно порекомендовать гештальт-терапию. Принципы гештальт-терапии, фиксируя клиента в реальности, приводят его к более полному и точному отражению и постижению своего внутреннего психологического мира и позволяют войти в конструктивный контакт с собственной природой. Тем самым пациент получает возможность развивать и углублять свою человеческую индивидуальность.

Кроме того, подбирая для себя наиболее эффективную психотерапевтическую технологию, следует учитывать специфику самого симптома, от которого человек хочет избавиться. Так, когнитивная терапия Бека, разработанная первоначально специально для лечения депрессий, действительно оказывается наиболее эффективной в терапии депрессивных состояний — и легких невротических, и более глубоких, более выраженных. На практике бывает трудно различать депрессию психогенную, эндогенную и соматогенную, которые обычно описываются в литературе как самостоятельные психические состояния. Реально же практически всегда присутствуют и соматические, физические, компоненты депрессии, и ее психологические составляющие, представленные в полном объе-

ме в виде когнитивных, эмоциональных, мотивационно-волевых компонентов. Воздействуя на эти психологические составляющие, в частности изменяя когнитивную картину мира, систему убеждений и представлений клиента, можно добиться значительного улучшения даже при выраженных депрессивных состояниях.

Тревожные и фобические расстройства излечиваются разнообразными техниками поведенческой психотерапии. Тревога, как известно, возникает в ситуациях неопределенности и ожидания при дефиците информации и непрогнозируемом исходе. Поведенческая терапия, однозначно структурирующая реальность, задавая определенные фиксированные параметры наиболее значимых переменных, позволяет снимать эту неопределенность, нивелируя таким образом разнообразные переживания тревожного ряда. Мир начинает представляться упорядоченным и предсказуемым, человек получает иллюзию контроля над текущими событиями и чувствует себя уверенно и спокойно. Психическое состояние при этом нормализуется.

Когда же человек переживает экзистенциальный кризис, скажем, кризис среднего возраста, и начинает искать для себя пути и возможности реализации творческого потенциала в жизни, показана прежде всего экзистенциальная психотерапия, например, логотерапия Виктора Франкла. В ситуации жизненного кризиса, как правило, возникает субъективное ощущение тупика, безысходности ситуации. Жизнь при этом представляется бессодержательной и бессмысленной. Экзистенциальная терапия, постулирующая в любой ситуации неизбежность выбора, в

крайнем случае между жизнью и смертью, и принятия на себя ответственности за сделанный выбор, ориентирована на повышение личностной зрелости. Критическая точка — всегда точка роста и личностного развития. Каждая кризисная ситуация несет в себе мощный творческий потенциал, который может быть реализован через придание смысла самой бессмысленной и самой жестокой ситуации, какой бы безвыходной и безнадежной она ни казалась.

Экзистенциальная терапия ориентирована на смысл. Человек обычно уверен, что он рожден для счастья, что он пришел в этот мир для удовольствия и наслаждения. Однако сия иллюзия неизбежно приводит его к разочарованию и депрессии, поскольку в жизни гораздо больше негативных, неприятных событий, чем радостных и счастливых. Мы здесь не для того, чтобы наслаждаться, учит В. Франкл (V. Frankl). Мы здесь для того, чтобы ответить на вопрос, который привыкли задавать другим: «В чем смысл жизни?» На самом же деле этот вопрос обращен прежде всего к нам самим, и мы должны ответить на него своей жизнью, своими достижениями, успехами, поражениями и неудачами. Жизненная трудность — своеобразный вызов, брошенный нам судьбой, это проверка на прочность, возможность в полной мере раскрыть свой творческий потенциал. Преодолевая трудности, мы можем сказать вслед за Ницше: «Все, что не убивает меня, делает меня сильнее».

Как правило, в период кризиса, при обострении психологической проблемы или межличностного конфликта, человеку бывает трудно выйти из ситуации и посмотреть



на нее со стороны, глазами постороннего наблюдателя, более или менее объективно ее оценить и принять наиболее верное решение. Переживая жизненные трудности, мы обычно находимся под таким сильным эмоциональным воздействием, что можно иногда говорить об «аффективной дезорганизации интеллектуальной деятельности». В состоянии эмоциональной загруженности способность объективно и адекватно оценивать смысл происходящих событий значительно ослаблена. Поэтому эмоционально загруженный потенциальный клиент обращается за психологической помощью.

Под психологической помощью понимается предоставление другому человеку информации о его психическом состоянии, причинах и механизмах появления тех или иных психологических феноменов или патопсихологических симптомов и синдромов, а также активное, целенаправленное психологическое воздействие на индивида с целью гармонизации его психической жизни, адаптации к социальному окружению, купирования психопатологической симптоматики и реконструкции личности для формирования фрустрационной толерантности, стрессоустойчивости и невротозустойчивости (Менделевич В. Д., 1998). Психологическая помощь может оказываться как лицам с различными нервно-психическими нарушениями, так и практически здоровым людям, переживающим трудные жизненные ситуации — кризис, стресс, конфликт.

Более эффективным обычно является профессиональное воздействие (профессиональная психологическая помощь), поскольку оно характеризуется целенаправленно-

стью, организованностью с выбором адекватных целям и задачам средств и методов психологического воздействия. Непрофессиональное психологическое воздействие (непрофессиональная психологическая помощь) также может быть эффективным при большой эмоциональной значимости партнера по общению, при высокой аффективной заряженности процесса общения. Непрофессиональное психологическое воздействие, при котором не происходит осознанной предварительной формулировки его целей и задач, осознанного выбора наиболее адекватных этим целям и задачам форм и методов воздействия, чаще всего отличается стихийностью и, как правило, непредсказуемостью результатов. Оно по большей части случайно и неуправляемо. Непрофессиональное психологическое воздействие сопровождает наше общение с близкими и значимыми людьми, а также с незначимыми знакомыми, проявляясь как отражение индивидуальности человека в процессе общения.

Люди образованные, интеллектуально развитые, интегрированные и отрегулированные, имеющие четкую жизненную позицию и логически продуманную систему ценностей и жизненных целей, как правило, способны оказывать более выраженное воздействие на окружающих. Они обладают большим стихийным психотерапевтическим потенциалом и поэтому более популярны среди тех, кто нуждается в психологической помощи, совете, поддержке в трудной жизненной ситуации. Наиболее сильное психологическое воздействие на окружающих оказывают профессиональные психологи, консультанты, психотерапевты, имеющие специальную подготовку в области психологии, психологического консультирования и психотера-

пии. Психологическая помощь является практической реализацией теоретических изысканий практического психолога на основе научного анализа психического статуса и индивидуально-психологических особенностей человека, типов его реагирования на различные фрустрирующие события, болезни и разнообразные конфликтные ситуации.

Однако и профессиональное, и непрофессиональное психологическое воздействие использует принципиально одни и те же формы и методы:

- индивидуальное и групповое воздействие;
- интеллектуальное воздействие, основанное на законах логики, с использованием важной для решения проблем информации;
- эмоциональное воздействие с применением техник эмоциональной поддержки, сочувствия, сопереживания, соучастия в психологических проблемах другого человека;
- поведенческое воздействие с применением и обучением другого человека более эффективным образцам поведения и навыкам реагирования.

Любое психологическое воздействие — и профессиональное, и непрофессиональное — включает в себя интеллектуальные (когнитивные), эмоциональные, волевые и поведенческие компоненты. Однако если в непрофессиональном воздействии эти интеллектуальные, эмоциональные и поведенческие компоненты подобраны, как правило, случайно и стихийно, то в профессиональном психологическом воздействии они сбалансированы и присутствуют в определенном соотношении в соответствии с его целями и задачами.

Помимо этого, профессиональное воздействие имеет под собой теоретическую основу в виде системы представлений о психологических особенностях людей, определенной теории личности и поведения человека. Наличие логически обоснованной теоретической основы воздействия делает его целенаправленным, организованным, позволяя не только адекватно интерпретировать события, но и предсказывать их развитие. Количество таких теоретических представлений о психологической природе человека ограничено; каждому из них соответствуют определенные методы воздействия.

К профессиональному психологическому воздействию относятся психологическое консультирование, психологическая коррекция и психотерапия.

Основная цель психологического консультирования — формирование личностной позиции, специфического мировоззрения и взгляда на жизнь, на принципиальные и непринципиальные стороны человеческого существования, формирование иерархии ценностей. Задачей психологической коррекции являются выработка и овладение навыками оптимальной для индивида и эффективной для сохранения его здоровья психической деятельности, способствующей личностному росту и адаптации человека в обществе. Психотерапия в узком понимании этого термина основной своей задачей ставит купирование психопатологической симптоматики, посредством чего предполагается также и достижение внутренней и внешней гармонизации личности (Менделевич В. Д., 1998).

Структура данной книги достаточно традиционна. Вначале в ней излагаются общие теоретические представ-

ления о том, что такое психологическое воздействие, что такое психотерапевтическое вмешательство. Затем рассматриваются отдельные виды психологических вмешательств: даются понятия психологической коррекции, психологического консультирования, психотерапии. В последующих главах представлено изложение основных трех направлений современной психотерапии: вначале рассматривается психоаналитическая теория, затем поведенческое направление в психотерапии, затем экзистенциально-гуманистическое направление.

При рассмотрении поведенческого направления особое внимание было уделено когнитивным теориям: эмоционально-рациональной психотерапии А. Эллиса и когнитивной терапии А. Бека. Экзистенциально-гуманистическое направление представлено гештальт-терапией Ф. Перлса, логотерапией Виктора Франкла.

Внимательное изучение представленных психотерапевтических технологий позволит читателю, интересующемуся психотерапией в связи с какими-то личными целями и задачами, выбрать наиболее эффективный метод, отвечающий конкретному случаю.

# Психотерапевтическое вмешательство

Психотерапевтическое вмешательство, или психотерапевтическая интервенция, — это вид 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, стимуляцию, вербализацию, интерпретацию, конфронтацию, научение, тренинг, советы и пр., а также более общую стратегию поведения психотерапевта, которая тесным образом связана с теоретической ориентацией (прежде всего, с пониманием природы того или иного расстройства и целями и задачами психотерапии) (Карвасарский Б. Д., 2002).

Психотерапевтическое влияние одного человека на другого многие считают искусством. В этом есть доля ис-

тины. Иногда говорят также о врожденном психотерапевтическом таланте, и это тоже верно. Однако нельзя противопоставлять искусство науке, а врожденные способности психотерапевта — знанию и умению. Чтобы стать хорошим психотерапевтом, мало обладать нужными личностными особенностями и врожденными качествами, необходимо также развивать их в себе и научиться пользоваться ими.

**Методы клиничко-психологических интервенций** — это психологические средства, которые 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). Типичными психологическими средствами являются беседа, тренировка (упражнения) или межличностные взаимоотношения как фактор влияния и воздействия.

**Функции клиничко-психологических интервенций** состоят в профилактике, лечении, реабилитации и развитии. Клиничко-психологические интервенции, выполняющие функцию лечения (терапии) и частично реабилитации, — по своей сути, интервенции психотерапевтические.

Психологические вмешательства, не являющиеся собственно психотерапевтическими, играют важную роль также в профилактике и реабилитации. Ведущая роль клиничко-психологических вмешательств в психопрофилактике, профилактике нервно-психических и психосома-

тических заболеваний очевидна. Она состоит в выявлении контингентов риска и в разработке соответствующих профилактических мероприятий, в работе с лицами, имеющими разнообразные трудности и проблемы психологического характера, с кризисными личностными и травматическими стрессовыми ситуациями, с лицами, характеризующимися прогностически неблагоприятными личностными особенностями (низкой самооценкой, высоким уровнем тревоги, ригидностью, повышенной чувствительностью к стрессу, низкой фрустрационной толерантностью), повышающими риск возникновения нервно-психических и психосоматических расстройств.

Наряду с собственно психопрофилактикой, клинико-психологические вмешательства играют важную роль и в профилактике других соматических заболеваний. Профилактические мероприятия, как правило, требуют от человека более четкого, чем обычно, контроля за своим физическим и психическим состоянием, соблюдения определенного режима труда и отдыха, отказа от вредных привычек, частичного изменения привычных стереотипов поведения, поддержания того, что называется здоровым образом жизни.

Часто требуются регулярное применение фармакологических средств, проведение определенных лечебно-профилактических процедур. Все это может быть реализовано человеком при определенной организованности, понимании необходимости выполнения всего комплекса профилактических мероприятий, а, главное — при активной вовлеченности в этот процесс и наличии высокой и адекватной мотивации к такого рода поведению.



Формирование *мотивации* и активной вовлеченности человека в профилактику с учетом его личностных особенностей и предрасположенности к тому или иному заболеванию также предполагает клинико-психологические вмешательства.

При нервно-психических заболеваниях, которые характеризуются достаточно выраженными личностными нарушениями в системе отношений пациента, в сфере межличностного функционирования, клинико-психологические вмешательства играют чрезвычайно важную роль, выполняя, по сути дела, функцию психотерапии (лечения). При тяжелых хронических болезнях возникает множество проблем психологического и социально-психологического характера, требующих клинико-психологического вмешательства: реакция личности на болезнь, неадекватное отношение к болезни (недооценка или переоценка своего заболевания, чрезмерная эмоциональная реакция, пассивность, формирование необоснованно широкого ограничительного поведения) могут существенно осложнить процесс лечения и реабилитации в целом.

Психологические и социально-психологические последствия хронического заболевания меняют привычный образ жизни человека и могут стать причиной изменения социального статуса, снижения работоспособности, проблем в семейной и профессиональной сферах, частичной невозможности удовлетворения значимых потребностей, неверия в собственные силы, неуверенности в себе, недооценки существующих возможностей и собственных ресурсов, сужения интересов и круга общения, дефицита жизненных перспектив. Так же, как и в профилактике и

лечении, успешность реабилитационных мероприятий во многом зависит от активности самого пациента и наличия адекватной мотивации. Клинико-психологические вмешательства играют важную роль в реабилитации пациентов не только с проблемами, касающимися «личностного» блока, но и с нарушениями психических функций (памяти, внимания, моторики, речи).

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 личностному развитию и гармонизации за счет совершенствования самопонимания и самосознания, переработки и преодоления внутриличностных и межличностных конфликтов, развития новых, более адекватных способов эмоционального и поведенческого реагирования, более точного понимания других людей и межличностного взаимодействия в целом. В ряде психотерапевтических систем (например, в клиент-центрированной психотерапии Роджерса) личностный рост, развитие личности считаются одной из важнейших задач психотерапии.

Таким образом, 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 про-

ходящих собственно психотерапевтического лечения, а обратившихся за помощью в связи с личными проблемами, прямо не связанными с их заболеванием) способствует новому видению человеком самого себя и своих проблем и конфликтов, эмоциональных проблем и особенностей поведения. В дальнейшем это может привести к определенным изменениям в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах и способствовать развитию личности.

Клинико-психологические интервенции ориентированы на достижение определенных изменений и могут быть направлены как на общие, отдаленные, цели, так и на конкретные, более близкие. Однако всегда психологические средства воздействия должны четко соответствовать его целям.

Теоретическая обоснованность клинико-психологических интервенций подтверждается определенными теориями научной психологии. Формирование адекватных представлений о психологических основах психотерапии имеет важное значение. Любое психологическое вмешательство основывается на знаниях о норме и патологии. 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, то есть психологическая концепция, которая определяет основные детерминанты развития и функционирования личности человека. **Концепция патологии** — это понимание возникновения личностных нарушений (в частности, происхождения невротических расстройств), рассматриваемое в рамках соответствующих представлений о норме.

Цели и задачи психотерапии, механизмы ее лечебного действия, стадии, тактики и стратегии психотерапевта, конкретные техники и пр. обычно рассматриваются на модели невротических расстройств, поскольку психогенный характер этих нарушений обуславливает необходимость использования психотерапии в качестве основного метода лечения, что предполагает ее реализацию в виде наиболее полной, глубокой и целостной модели.

Эмпирическая проверка клинико-психологических интервенций связана прежде всего с изучением их эффективности, она должна всегда осуществляться профессионалами. 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, разделение функций психотерапевта и исследователя, сопоставление непосредственных и отдаленных результатов лечения, репрезентативная выборка в катамнезе, наличие контрольных групп и пр.).

Профессиональные действия — еще одна характеристика клинико-психологических интервенций. Это означает, что они должны осуществляться в профессиональных рамках, профессионалами, подготовленными в области клинической психологии и психотерапии врачами, психологами и социальными работниками.

# Психологическое консультирование

Под психологическим консультированием подразумевается проведение анализа психического состояния клиента или пациента с использованием различных методов психологической диагностики (интервьюирования, экспериментально-психологического исследования) и представлением ему объективных данных и научных интерпретаций их результатов, которые должны способствовать разрешению стоящих перед человеком психологических проблем, формированию новых представлений о различных подходах к их решению, вариантах их предотвращения и методах психологической защиты и компенсации, а также повышению его психологической культуры и личностному росту (Менделевич В. Д., 1998).

**Психологическое консультирование** — это профессиональная помощь пациенту в поиске решения проблемной ситуации (Карвасарский Б. Д., 1998).

В качестве пациентов могут выступать здоровые или больные люди, предъявляющие проблемы экзистенциаль-

ного кризиса, межличностных конфликтов, семейных затруднений или профессионального выбора. От так называемой «дружеской беседы» психологическое консультирование отличается нейтральной позицией консультанта.

Психологическое консультирование опирается на психодиагностический процесс, позволяющий в строгих научных терминах квалифицировать психическое состояние клиента, динамику развития этого состояния и те индивидуально-психологические факторы, которые принимают участие в формировании дезадаптирующих негативных психических состояний, нарушающих психологический гомеостаз клиента. Психологическая диагностика позволяет консультанту не только выявить уязвимые стороны личности клиента, его слабые места, но и определить сильные стороны, на которые можно опираться в процессе психологической работы: психологические ресурсы и резервы, адаптивные и компенсаторные возможности личности. Во время психологического консультирования происходит обучение клиента наиболее эффективному использованию его психологических ресурсов, навыкам психологической защиты и копинговому поведению, овладение им разнообразными приемами и методами психической саморегуляции.

## **МОДЕЛЬ КОНСУЛЬТАТИВНОГО ИНТЕРВЬЮ**

Психологическое консультирование — динамический процесс, имеющий собственные психологические зако-

номерности и механизмы развития, включающий в себя определенные фазы, или этапы, межличностного взаимодействия в ходе консультативного интервью. А. Е. Айви, М. Б. Айви предлагают пятишаговую универсальную модель построения консультативного интервью, которая может быть модифицирована в зависимости от конкретных целей и задач психологического воздействия, от специфики межличностного процесса, индивидуально-психологических особенностей консультируемого и консультанта, а в случае, когда консультируемым является психически или соматически больной, также и от его нозологической принадлежности.

*Первый этап пятишагового консультативного интервью*, названный авторами «взаимопонимание/структурирование», включает в себя установление психологического контакта с клиентом. На этом этапе основной задачей консультанта, по мнению авторов, является формирование психологически комфортной доверительной атмосферы межличностного взаимодействия, располагающей к сотрудничеству и интимности. Атмосфера принятия и доверия создает у клиента ощущение безопасности, которое является необходимым условием эффективного партнерского сотрудничества и взаимопонимания. Начало межличностного взаимодействия «психолог—клиент» требует создания у клиента некоторой рациональной основы для последующего взаимодействия, что предполагает объяснение консультантом возможностей консультативного процесса в решении психологических проблем клиента. Осуществляется предварительное разъяснение целей консультирования, его структуры и психологических механизмов. Клиент

получает также определенную информацию о возможностях консультирующего, о его квалификации и профессиональном опыте. Решение такого рода задач требует определенного предварительного структурирования первого этапа консультирования.

По мнению А. Е. Айви и М. Б. Айви, «клиент не сможет творчески функционировать, если психолог или терапевт не создаст атмосферу душевного тепла и поддержки». Поэтому в самом начале беседы «максимальное внимание следует уделять развитию взаимопонимания с клиентом. Важно услышать не то, что готов услышать консультант, что соответствует его установкам и ожиданиям, а то, что хочет сказать клиент. Консультант должен уметь различать реальность и собственные проекции, а также проекции консультируемого». Установление психологического контакта психолога и клиента на первом этапе психологического консультирования может происходить очень быстро, уже при первой встрече, а может потребовать определенного времени, когда в течение нескольких подобных встреч психолог завоевывает доверие клиента.

*Второй этап процесса консультирования, обозначаемый как «выделение проблемы», заключается в первичном сборе информации, касающейся всей возможной психологической проблематики клиента. У каждого человека, как правило, имеется одновременно несколько самых разнообразных психологических трудностей, конфликтов и проблем, требующих разрешения. Среди них могут быть как проблемы незначительные, которые клиент вполне способен решить самостоятельно, так и более серьезные психологиче-*



ские затруднения, затрагивающие самые слабые, уязвимые стороны личности клиента, которые самостоятельно, без профессиональной помощи консультанта, он на данном этапе разрешить затрудняется. Задача психолога в данной фазе консультативного процесса — выделить наиболее значимые, ключевые психологические проблемы клиента, как правило, тесно спаянные с его личностной структурой, с его наиболее фундаментальными и постоянными личностными свойствами, вследствие актуализации которых в большинстве случаев и возникает собственно проблема, в данный момент наиболее для него актуальная. Ее-то и должен выделить консультант. А. Е. Айви и М. Б. Айви полагают, что на данном этапе психолог решает три основные задачи — он:

- 1) выслушивает изложение проблем клиентом;
- 2) помогает клиенту ясно и четко сформулировать наиболее актуальную проблему, которая, собственно, и является причиной обращения за профессиональной помощью;
- 3) помогает определить конкретную задачу взаимодействия психолога и клиента.

Данный этап может занимать несколько встреч; на них рассматриваются и анализируются самые разные переживания клиента, связанные с соответствующими психологическими проблемами, среди которых клиент может затрудняться выбрать наиболее актуальную. Однако психолог на данном этапе не должен поддаваться искушению сформулировать самому, в чем, по его мнению, заключается проблема клиента. Наиболее актуальная проблема может не быть очевидной, не лежать на поверхности, и требуется определенная психологическая работа по ее идентификации.

*Третий этап консультирования*, обозначаемый А. Е. Айви и М. Б. Айви как определение «желаемого результата», посвящается исследованию психологического мира клиента, доминирующих психологических свойств, сильных и слабых сторон его личности, ценностей и жизненных целей. Понимание психологической уникальности, неповторимой индивидуальности клиента позволяет определить его психологические ориентиры, тот идеал, к которому он более или менее осознанно стремится. Этот идеал может быть недифференцированным, неясным и нечетким и даже не вполне осознаваемым. Подобная неосознаваемость и нечеткость идеала предполагают определенную психологическую проработку системы жизненных представлений клиента, вербализацию его намерений, взглядов и оценок. Таким образом, в процессе психологического консультирования клиенту предоставляется возможность личностного роста и развития посредством разработки не вполне структурированных и не вполне осознанных представлений, вытекающих из них желаний и намерений, ценностей и целей. «На данном этапе важно определить идеал клиента, — отмечают А. Е. Айви и М. Б. Айви. — Каким бы он хотел стать? Что произойдет, когда проблемы будут решены?»

Поиск ответов на подобные вопросы предполагает также разработку жизненных перспектив, построение планов как дальних, так и ближних целей жизни клиента, которые должны быть полностью им осознаны и вербализованы. Иногда четкое проговаривание цели, осознанное выстраивание жизненной перспективы делают для клиента ненужной всю последующую работу. Осознание может

стать первым шагом к изменению. Когда клиент отдает себе отчет в том, что с ним происходит, полностью контролируя свои намерения и желания, он, как правило, оказывается в состоянии самостоятельно разрешить все психологические трудности. В этом случае психологическая помощь может ограничиться оказанием клиенту эмоциональной поддержки и стимуляцией его творческих способностей, адаптивных и компенсаторных возможностей его личности.

*Четвертый этап психологического консультирования* определяется А. Е. Айви и М. Б. Айви как «выработка альтернативных решений». На этом этапе происходит формирование всего диапазона возможных решений актуальной психологической проблемы клиента, включая и варианты, не представляющиеся ему в данный момент предпочтительными. Обращаясь за психологической помощью к консультанту, клиент находится в затруднении — его можно описать как ситуацию «тупика», из которого нет выхода. Задача консультанта — прежде всего помочь выйти из этого тупика, преодолеть ригидность восприятия и мышления, носящего при психологических затруднениях характер алгоритма, жесткой заданной схемы, от которой клиент не может отступить. Процесс консультирования позволяет преодолеть эту психологическую косность и ригидность, расширить как ролевой репертуар, предполагающий освоение самого широкого диапазона социальных ролей с целью выработки наиболее адекватного, конструктивного и эффективного в данной ситуации поведения, так и диапазон психологической приемлемости клиента. Консультирование помогает сделать и установки, и поведение клиента более гибкими,

пластичными, вариативными, чтобы он мог быть эффективным в постоянно меняющихся и усложняющихся обстоятельствах текущей жизненной ситуации.

Проведенные в последние годы исследования немецких авторов показали: для того чтобы современному жителю среднестатистического европейского города быть эффективным, ему необходимо иметь в личностном репертуаре 600 самых разнообразных алгоритмов реагирования, образцов поведения, из которых он мог бы выбрать подходящий в складывающейся в данный момент конкретной жизненной ситуации для актуализации при решении текущих проблем. Поведение человека должно быть очень пластичным, разнообразным, вариативным. Фактически процесс социально-психологической адаптации заключается в том, что мы постоянно осваиваем все новые и новые образцы поведения, алгоритмы реагирования, обучаемся разнообразным формам переживания и совладания со стрессом. Это расширение ролевого репертуара — одна из задач эффективного психологического консультирования.

Решение данных задач предполагает творческий подход к преодолению трудностей и проблем, который возможен только после исследования личности клиента на предыдущих этапах консультирования. В процессе работы происходит дальнейшее личностное развитие клиента, сохраняются условия для личностной динамики и роста. Этот этап консультирования, как правило, является самым продолжительным.

Для того чтобы найденное решение психологической проблемы клиента оказало на него реальное позитивное воздействие, заставив предпринимать определенные дей-

ствия, активно изменяющие всю жизненную ситуацию, чтобы найденное решение приняло облик реальности, стало действительным, клиенту необходимо увидеть данное решение в перспективе всех возможных вариантов поведения. Только рассмотрев весь диапазон возможных решений, он в состоянии оценить и выбрать наиболее правильное. Поэтому важно создать для пациента такие условия, когда он сам взвешивает и оценивает все альтернативы, прогнозирует развитие событий при выборе каждой из них со всеми негативными и позитивными последствиями и, оценив все варианты, останавливается на наиболее разумном, проговаривает и осознает его конструктивность. Выбранный вариант становится самостоятельной «находкой» клиента, но этого мало: он должен быть осознан, вербализован и включен в планы и намерения клиента, став реальной частью его жизненного мира. Только такое решение проблемы может привести к действительным и конструктивным изменениям в его жизни.

Процесс консультирования, требующий активного участия творческого потенциала личности клиента, предполагает определенную степень его внутренней психологической свободы, раскрепощенности. Поэтому часто консультант, чтобы спровоцировать расслабление, раскрепощение клиента, должен сам уметь расслабляться, создавая тем самым теплую, непринужденную, доверительную атмосферу с элементами душевности и мягкого юмора. Снять чрезмерное напряжение и зажатость, высвободить скованный творческий потенциал — одна из задач консультирования, без решения которой конечная цель консультирования не может быть решена.

А. Е. Айви и М. Б. Айви предлагают обеспечивать актуализацию творческих способностей клиента следующим образом: «Один способ — это просто суммирование его проблем, как вы их поняли, повторение формулировки желаемого результата, а затем противопоставление реально существующей ситуации — идеальное будущее. Усиление контраста между реально существующей и идеальной ситуацией, данное в вашей естественной, живой манере, помогает структурированию проблемы и облегчает творческое реагирование. Вы скоро обнаружите, что все, в чем нуждается клиент, — это чтобы его внимательно выслушали и вербализовали его ощущения. Как только вы четко выявите разницу между тем, что есть, и тем, что должно быть, клиент сам начнет предлагать возможные выходы из положения».

Итак, четвертый этап психологического консультирования наиболее важен для дальнейшего роста и развития клиента. Цель этого этапа — повернуть клиента с пути его любимых стереотипов поведения, которые только накапливали проблемы, к более гибкому и творческому реагированию. Новые стратегии могут исходить как от самого клиента, так и от творческого «Я» консультанта, облегчающего клиенту выработку альтернативных вариантов и линий поведения. Здесь может пригодиться знание теорий, например, когнитивной или психодинамической модели.

*Последний, пятый, этап психологического консультирования, называемый А. Е. Айви и М. Б. Айви «обобщение», заключается в осуществлении перехода от обучения к действию, от приобретения и ассимиляции в собственную структуру знаний, необходимых для изменения, к реально-*

му действию. «Вы можете проделать огромную работу по сбору фактов, — пишут А. Е. Айви и М. Б. Айви, — определению целей, выработке и сортировке альтернатив, но, если не сделаны выводы относительно изменения поведения, ваши усилия могут быть напрасны». Показателем эффективности консультирования, наиболее часто используемым на практике, служит оценка того, насколько консультирование реально изменило поведение клиента и его жизненную ситуацию.

Консультанту следует уделить особое внимание выводам: он должен убедиться, что приобретенное в ходе консультирования не будет утрачено. Для этого важно, включив в структуру актуального психологического существования клиента приобретенные в ходе работы знания и выводы, логически выверенные и обоснованные в процессе совместного с клиентом анализа его психологической проблематики, стимулировать, активизировать, мотивировать самостоятельную активность клиента. Задача консультанта на данном этапе консультирования — «запуск» программы изменений, намеченных вместе с клиентом. Таким пусковым толчком, активизирующим программу изменений, может быть простое планирование следующего, пусть самого незначительного, шага в направлении желаемых изменений. Клиент должен быть готов последовательно двигаться к намеченной цели, делая маленькие шаги, совершая несущественные поступки, которые все вместе, суммируясь, создают вектор движения к желаемому результату, запланированному в ходе консультирования. На данном этапе консультант вместе с клиентом разрабатывает программу этих промежуточных целей, этих шажков, расписывая их по

дням, часам и минутам, формируя для клиента реальную и конкретную программу небольших изменений, которая неизменно приведет его к большим переменам.

Таковы в самом общем виде ключевая модель принятия решений и общая структура психологического консультирования, которые могут быть изменены и скорректированы в соответствии с конкретными обстоятельствами, условиями, факторами, влияющими на процесс психологического консультирования. Отдельные этапы, или фазы, консультирования могут быть свернуты, редуцированы, либо, напротив, акцентированы и развернуты, либо вообще пропущены. Могут быть введены частные специфические задачи консультирования, связанные со спецификой индивидуально-психологических свойств консультируемого. Использование различных теорий и концептуальных подходов меняет акценты на определенных этапах данной модели.

Пятишаговая метамодель психологического консультирования применима в рамках психодинамической, бихевиоральной, роджерсианской и других теорий и концепций.



# Психологическая коррекция

Психологическая коррекция предполагает целенаправленное психологическое воздействие на клиента или пациента для приведения его психического состояния к норме в случае диагностики у него каких-либо психологических девиаций или личностных аномалий, а также для освоения им какой-либо деятельности. Психологическая коррекция в клинической психологии осуществляет активное внешнее вмешательство, направленное на приведение в адекватное состояние психики человека, стимулирование его активности, создание душевного комфорта, гармонизацию его отношений с социальным окружением (Менделевич В. Д., 1998).

Психологическая коррекция представляет собой направленное психологическое воздействие с целью полноценного развития и функционирования индивида. Термин «психологическая коррекция» получил распространение в начале 70-х годов XX столетия. В этот период психологи стали активно работать в области психотерапии, прежде всего — групп-

повой. Длительные дискуссии о том, может ли психолог заниматься лечебной (психотерапевтической) практикой, носили преимущественно теоретический характер, потому что на деле 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 понятий «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 (главным образом — в психопрофилактике и собственно лечении — психотерапии), но и в других сферах человеческой практики, например, в педагогике. Даже обычное, обыденное человеческое общение может содержать в большей или 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 мере искусственным.

Во-первых, если подобное ограничение кажется вполне убедительным в отношении соматических заболеваний, то в области неврозов, например, полностью развести понятия «психологическая коррекция» и «психотерапия», «лечение» и «профилактика» не удастся, 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 определяет направленность 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.

На вопрос об обоснованности использования понятия «психологическая коррекция» наряду с понятием «психологическое вмешательство» ответить однозначно довольно трудно. Их сопоставление обнаруживает очевидное сходство. И психологическая коррекция, и психологическое вмешательство понимаются как целенаправленное психологическое воздействие. Они реализуются в разных 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) тоже занимаются профилактикой, лечением и реабилитацией. 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 отечественной литературе более распространен термин «психологическая коррекция», а в зарубежной — «психологическое вмешательство».

# Психотерапия

Психотерапия является специфическим методом лечения, так как эффект достигается не физическими или клиническими свойствами лечебного фактора, а той информацией и тем эмоциональным зарядом, которые она в себе несет. Речь идет именно о специфическом, психическом воздействии на человека.

Психотерапия как научная дисциплина должна, указывает Б. Д. Карвасарский, иметь свои теории и методологию, собственные категориальный аппарат и терминологию, одним словом все то, что характеризует самостоятельную научную дисциплину. Однако многообразие направлений и течений, школ и конкретных методов психотерапии, основанных на разных 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 ас-

пектах. По отечественной традиции, психотерапия определяется прежде всего как метод лечения, то есть область компетенции медицины. Зарубежные определения психотерапии в большей степени подчеркивают ее психологические аспекты.

В качестве примера *медицинского подхода* к пониманию психотерапии можно привести ее определения, которые обязательно включают такие понятия, как «лечебное воздействие», «больной», «здоровье» или «болезнь». Психотерапия — это:

- «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».

Согласно определениям, в большей степени фиксирующим *психологические подходы* и включающим такие понятия, как межличностное взаимодействие, психологические средства, психологические проблемы и конфликты, отношения, установки, эмоции, поведение, психотерапия, — это:

- «особый вид межличностного взаимодействия, при котором пациентам оказывается профессиональная помощь психологическими средствами в решении возникающих у них проблем и затруднений психологического характера»;
- «средство, использующее вербальные методики и межличностные взаимоотношения с целью помочь челове-

ку в модификации отношений и поведения, которые интеллектуально, социально или эмоционально являются негативными»;

- «длительное межличностное взаимодействие между двумя или более людьми, один из которых специализировался по 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».

Определение Станислава Кратохвила хотя и является довольно общим, но в какой-то мере *объединяет эти два подхода*: «Психотерапия представляет собой целенаправленное упорядочение нарушенной деятельности организма психологическими средствами».

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.

Психотерапия в узком понимании этого термина является видом активного психологического воздействия на пациента, имеющего психопатологические симптомы и синдромы и находящегося в состоянии кризиса, фрустрации, стресса или душевной болезни. Психотерапия подразумевает как купирование болезненных клинических проявлений, так и коррекцию индивидуально-пси-

психологических свойств человека с целью вторичной профилактики психогенных (невротических, психосоматических) расстройств и заболеваний с помощью специальных способов психотерапевтического воздействия (Менделевич В. Д., 1998). Р. Бастин (R. Bastine) определяет психотерапию как особый вид межличностного взаимодействия, при котором пациентам оказывается профессиональная помощь психологическими средствами при решении возникающих у них проблем или затруднений психического характера. По мнению Б. Д. Карварсарского, психотерапия отличается от других методов лечения тремя основными особенностями:

1) при ее проведении применяются психологические средства изменения личности, использующие основы психологии;

2) применяются эти средства и методы профессионально, то есть подготовленными специалистами, действующими осознанно и целенаправленно, умеющими научно обосновать свои действия, воспроизводить их в ходе психотерапии различных пациентов и оценивать их;

3) с помощью психотерапии лечат лиц, страдающих расстройствами психики.

В русскоязычной литературе более принятым является определение психотерапии как системы лечебного воздействия на психику и через психику на организм больного. Психологические методы воздействия в психотерапии включают в себя в первую очередь языковое (речевое, вербальное) общение, которое, как правило, реализуется во время специально организованной встречи психотерапевта с пациентом или с группой пациентов.



Большое значение при этом уделяется и средствам невербальной коммуникации. В психологический инструментарий психотерапии входят средства и формы воздействия, способные влиять на интеллектуальную деятельность пациента, на его эмоциональное состояние и на его поведение.

*Выбор конкретного метода* психотерапии, постановка и реализация психотерапевтических целей и задач определяются взаимовлиянием конкретных клинических показателей больного и болезни, особенностями его личности и других психологических характеристик, уровнем социально-психологической адаптации пациента, синтезированными в многомерном диагнозе, а также структурно-организационной формой проведения психотерапии.

*Способ применения* того или иного метода психотерапии называется формой психотерапевтического лечения. Так, например, метод рациональной психотерапии может применяться в форме индивидуальной беседы с больным, в форме беседы с группой или в форме лекции. Метод внушения может применяться в бо/фствующем состоянии или в гипнозе. Психоанализ осуществляется в форме наблюдения потока свободных ассоциаций, исследования ассоциаций, анализа сновидений, в форме ассоциативного эксперимента. Одна и та же форма психологического воздействия может служить различным методическим установкам. Так, гипноз может быть использован и с целью внушения, и с целью катарсиса (Кондратенко В. Т., Донской Д. И., 1993).

Комплекс различных методов психотерапии, объединенных общим принципиальным подходом к лечению, образует систему, или направление, психотерапии. Принято гово-

речь об отдельных направлениях психотерапии, в их рамках выделять отдельные методы, а уже внутри каждого метода — различные методики и приемы.

Выделяют **симптоматическую** (или симптомо-ориентированную) психотерапию, направленную на конкретный симптом, и **патогенетическую**. (личностно-ориентированную) психотерапию, направленную на глубинную причину расстройства, коренящуюся в структуре личности больного. К симптоматической психотерапии относят гипноз, аутогенную тренировку, различные виды внушения и самовнушения, различные виды психической саморегуляции. Психотерапия, ориентированная на значительные личностные изменения, базируется на основных течениях современной психологии, ведущих теориях личности.

**Систематизируют психотерапию** и по характеру воздействия (прямая — косвенная), по цели воздействия (седативная, активирующая, амнезирующая), по участию в ней больного (мобилизующе-волевая, пассивная), по виду воздействия врача (авторитарная, разъясняющая, обучающая, тренирующая), по источнику воздействия (гетерогенная, аутогенная), по направленности относительно патогенных установок (синергичная переживаниям, антагонистическая, дискуссионная), по тактике врача (выборочная, комбинированная или комплексная), по числу лиц, с которыми работает психотерапевт (индивидуальная, коллективная, групповая), и т. д.

Существует классификация принципов выбора метода психотерапии в зависимости от заболевания (Strotzka Н., 1986):

- 1) при острой, истерической симптоматике предпочтительна суггестия;
- 2) при вегетативных нарушениях — аутогенная тренировка;
- 3) при жизненных трудностях — «разговорная» терапия;
- 4) при фобиях — поведенческая терапия;
- 5) при характерологических нарушениях — гештальт-терапия, психодрама;
- 6) при расстройствах, связанных с семейными проблемами, — семейная психотерапия;
- 7) при комплексных расстройствах с наличием предшествующего предрасположения — глубинно-психологические методы (цит. по: Кондратенко В. Т., Донской Д. И., 1993).

## **СХОДСТВО МЕЖДУ ПСИХОТЕРАПИЕЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕМ**

БОЛЬШИНСТВО современных авторов усматривает определенное сходство между психотерапией и психологическим консультированием, которое можно свести к следующим основным характеристикам:

- 1) они используют психологические средства воздействия;
- 2) они выполняют в основном функции развития и профилактики (а иногда — и лечения, и реабилитации);
- 3) они имеют своей целью достижение позитивных изменений в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах в сторону увеличения их эффективности;

- 4) они содержат в качестве своей научной основы психологические теории;
- 5) они нуждаются в эмпирической проверке (изучении эффективности);
- б) они осуществляются в профессиональных рамках.

## РАЗЛИЧИЯ МЕЖДУ ПСИХОТЕРАПИЕЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕМ

На сей счет существуют различные взгляды. Так, Р. Нельсон-Джоунс (R. Nelson-Jones) рассматривает *психологическое консультирование* как психологический процесс, ориентированный на профилактику и развитие. Автор выделяет в консультировании цели коррекции (например, преодоление тревоги или страха) и цели развития (например, развитие коммуникативных навыков). С его точки зрения, консультирование преимущественно является коррекционным. *Коррекционные цели* обеспечивают выполнение профилактических функций. Развитие связано с задачами, которые человеку необходимо решать на различных этапах своей жизни (профессиональное самоопределение, отделение от родителей, начало самостоятельной жизни, создание семьи, реализация собственных возможностей, раскрытие ресурсов). Большое значение придается также повышению личной ответственности за собственную жизнь. *Конечная цель консультирования* — научить людей оказывать помощь самим себе и таким образом сделать их своими собственными консультанта-

ми. Нельсон-Джоунс видит различия между психотерапией и психологической коррекцией в том, что психотерапия делает акцент на личностном (личном) изменении, а консультирование — на помощи человеку в лучшем использовании собственных ресурсов и улучшении качества жизни. Он также подчеркивает, что, в отличие от психотерапии, боольшая часть информации, полученной при консультировании, проявляется в сознании пациента в интервалах между занятиями, а также в периоды, когда люди пытаются помочь себе сами после окончания консультирования.

У. Перре и М. Бауманн (U. Vaumann, M. Perrez, 2002), рассматривая соотношение психологического консультирования и клинико-психологической интервенции (в частности, психотерапии), указывали:

- в психологическом консультировании среди средств воздействия (то есть методов) на первом месте стоит информирование (передача информации человеку, обратившемуся за помощью);
- психологическое консультирование в медицине выполняет в основном функцию гигиены и профилактики;
- в рамках консультирования анализируются варианты решений конкретной проблемы, но решение и изменения осуществляет сам человек и не в рамках консультирования, а самостоятельно;
- в практике консультирования изменения происходят по окончании самого консультирования без сопровождения специалистом, в психотерапии сущностью является сам процесс изменений, сопровождаемый специалистом.

## ТЕОРИЯ ПСИХОТЕРАПИИ

При всем разнообразии психотерапевтических подходов существуют три основных направления в психотерапии, иными словами, три психотерапевтических теории (психодинамическая, поведенческая и гуманистическая, «опытная»), соответственно трем основным направлениям психологии, каждое из них характеризуется своим пониманием личности и личностных нарушений и имеет логически связанную с ним собственную систему психотерапевтических воздействий.

Поскольку в рамках *психодинамического подхода* в качестве основной детерминанты личностного развития и поведения рассматриваются бессознательные психические процессы, а невроз (и личностные расстройства) понимается как следствие конфликта между бессознательным и сознанием, психотерапия будет направлена на достижение осознания этого конфликта и собственного бессознательного. Этой задаче подчинен и собственно психоаналитический метод. Осознание достигается посредством 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 определяются содержание процесса психотерапии, степень его структурированности, стратегия и тактика психотерапевта, его роль и позиция, уровень активности, интенсивность и частота сеансов и пр.

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 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).

*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 неполным 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 таких условий определяет специфические особенности поведения психотерапевта, его роль, позицию, ориентацию и стиль.

## ОБЩИЕ ФАКТОРЫ В ПСИХОТЕРАПИИ

Прогресс в психотерапии в настоящее время проявляется только в разработке новых методов, но и в попытке синтеза концепций и технических приемов, в поиске более гибкой интегративной психотерапевтической парадигмы. Одна из существенных предпосылок ее развития — изучение общих факторов психотерапии, характерных для ее различных направлений, форм и методов.

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 дела, 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 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 теперь» (то есть использование в ходе психотерапии материала, связанного как 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 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 методик и техник, направленных на достижение изменений (когнитивных, эмоциональных, поведенческих) и приводящих в дальнейшем к редукации симптоматики;

5) закрепление достигнутых результатов;

6) окончание курса психотерапии (в частности, решение проблемы зависимости от психотерапевта).

## ПОКАЗАНИЯ К ПСИХОТЕРАПИИ

Комплексный подход к лечению различных заболеваний, учитывающий наличие в этиопатогенезе трех факторов (биологического, психологического и социального), обуславливает необходимость корректирующих 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. Чем больше удельный вес психологического фактора, тем более показана психотерапия и тем большее место она занимает в системе лечебных воздействий. Чем выраженнее психогенная природа заболевания (то есть чем понятнее связь между ситуацией, личностью и болезнью), тем адекватнее и нужнее применение психотерапевтических методов. Показания к психотерапии определяются также возможными последствиями заболевания. Понятие *«последствия заболевания»* можно конкретизировать. Они обусловлены клиническими, психологическими и социально-психологическими проблемами.

*Во-первых*, это возможная вторичная невротизация, то есть манифестация невротической симптоматики, вызванная не первичными психологическими причинами, а пси-

хотравмирующей 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) 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, иногда приводит к изменению социального статуса; невозможности реализации и удовлетворения значимых для личности отношений, установок, потребностей, стремлений; к изменениям в семейной и профессиональной сферах; к сужению круга контактов и интересов; к снижению работоспособности, уровня активности и мотивационных компонентов; к неуверенности в себе и снижению самооценки; к формированию неадекватных стереотипов эмоционального и поведенческого реагирования и пр.

*В-четвертых*, в процессе длительного или хронического заболевания возможна динамическая трансформация личностных особенностей, то есть развитие в ходе болезни повышенной сепситивности, тревожности, мнительности, эгоцентричности и пр., нуждающихся в корригирующих воздействиях. В каждом конкретном случае показания к психотерапии определяются не только нозологической принадлежностью, но и индивидуально-психологическими особенностями пациента, его мотивацией к участию в психотерапевтической работе.

# Динамическое направление в психотерапии

Динамическое направление в психотерапии исходит из глубинной психологии — психоанализа.

**Классический психоанализ** включает в себя теорию общего психического развития, теорию психологического происхождения неврозов, а также психоаналитическую терапию. Теория общего психического развития объединит метапсихологию, которая базируется на понятии о психическом аппарате (структурная и топографическая модели личности), два варианта процесса мышления и представления о психической энергии. В основу теории общего психического развития легла также концепция о стадиях развития детской сексуальности. Опираясь на нее, З. Фрейд описал генетические типы характера, представления о регрессе к точкам фиксации, которыми являются стадии развития сексуальности и учение о сублимации. Теория происхождения неврозов включает представление о психологическом конфликте; по словам Фрейда, это «переживание, возникающее в результате столкновения по крайней мере двух несовместимых тенденций, которые дейст-

вуют одновременно как мотивы, определяющие чувства и поведение». Классифицируя неврозы, Фрейд выделял психоневрозы, актуальные неврозы и неврозы характера. К стержневой психопатологической симптоматике он относил тревожные и астенические расстройства. Психоаналитическая психотерапия основной целью ставит помощь пациенту в осознании причин внутренних конфликтов, возникающих в результате противоречивых детских переживаний и проявляющихся как симптомами, так и формированием определенных болезненных паттернов поведения и межличностного взаимодействия в зрелом возрасте.

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, 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 и их влияния на психическую жизнь и поведение человека.

## **ПСИХОДИНАМИКА**

3. Фрейд первым охарактеризовал психику человека как своеобразное «поле боя» между непримиримыми си-

лами инстинкта, рассудка и сознания. Сам термин «психодинамический» указывает именно на эту непрерывающуюся борьбу между разными аспектами личности. Психоаналитическая теория отводит ведущую роль сложному взаимодействию инстинктов, мотивов и влечений, которые конкурируют или борются друг с другом за главенство в регуляции поведения человека. В представлении о личности как о динамической конфигурации процессов, находящихся в нескончаемом конфликте, выражена суть психодинамического направления в психологии и психотерапии. Понятие динамики применительно к личности подразумевает, что поведение человека скорее детерминированно, чем произвольно или случайно. Предполагаемый психодинамическим направлением детерминизм распространяется на все, что мы чувствуем, делаем, о чем думаем, включая даже события, которые многие люди рассматривают как чистые случайности, а также оговорки, опiski, очитки, случайные действия. Данное представление подчеркивает значение бессознательных психических процессов в регуляции поведения человека. Согласно Фрейд, *не только наши поступки часто иррациональны, но также само значение и причины нашего поведения редко бывают доступны осознанию.*

## ИНСТИНКТЫ

Мотивируют поведение людей *инстинкты* — психическое выражение импульсов и стимулов, идущих от орга-

изма, психическое выражение состояния организма или отребности, вызвавшей это состояние. *Цель инстинкта* — ослабление или устранение возбуждения, устранение стимулов, связанных с потребностью организма, иными словами, удовлетворение потребности за счет соответствующего поведения (например, голод или жажда побуждают человека искать пищу или воду). Именно эта внутренняя стимуляция, внутреннее побуждение, связанное с состоянием и потребностями организма, с точки зрения Фрейда, является *источником психической энергии*, которая обеспечивает психическую 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 суть психические образы такого 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 значимы для развития личности сексуальные инстинкты. В связи с этим термином «либидо» обычно обозначают именно энергию сексуальных инстинктов. Однако на самом деле энергия либидо обозначает энергию всех жизненных инстинктов.

Фрейд полагал, что существует несколько сексуальных инстинктов. Каждый из них связан с определенным участком тела, называемым *эrogenной зоной*. В каком-то смысле все тело человека представляет собой одну большую эrogenную зону, по психоанализ особенно выделяет рот, анус и половые органы. Фрейд был убежден в том, что эrogenные зоны являются потенциальными источниками напряжения и что манипуляции в области этих зон ведут к снижению напряжения и вызывают приятные ощущения. Так, кусание или сосание вызывает оральное удовольствие, опорожнение кишечника ведет к анальному удовольствию, а мастурбация дает генитальное удовлетворение.

## КОНЦЕПЦИЯ ЛИЧНОСТИ

Рассматривая проблему организации психики, Фрейд создал *две модели личности* человека: *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 времени), предсознательное (то, что не осознается в данный момент, по достаточно легко может быть осознано) и бессознательное (то, что не осознается человеком в данный момент и практически не может быть осознано самостоятельно; оно включает инстинктивные импульсы, переживания, воспоминания, вытесненные в бессознательное



угрожающие сознанию). *Бессознательное* представляющей собой хранилище примитивных инстинктивных побуждений, а также эмоций и воспоминаний, которые настолько угрожают сознанию, что в свое время были подавлены или вытеснены в область бессознательного. Примерами того, что может быть обнаружено в бессознательном, служат забытые травмы детства, скрытые враждебные чувства к родителю и подавленные сексуальные желания, которые не осознаются. Согласно Фрейду, именно этот неосознаваемый психический «материал» во многом определяет наше повседневное функционирование. Неосознанный материал может выразиться в замаскированной или символической форме, подобно тому как неосознаваемые инстинктивные побуждения косвенно находят свое удовлетворение в снах, фантазиях, игре и работе. Эту догадку Фрейд использовал в своей лечебной практике.

Более поздняя модель личностной организации в психоанализе — структурная модель — постулирует существование трех основных компонентов, или трех инстанций: «Ид» (Оно), «Эго» (Я), «Супер-эго» (Сверх-Я). Сфера «Ид» полностью неосознаваема, в то время как «Эго» и «Супер-эго» действуют на всех трех уровнях сознания.

«Ид» (Оно) — первый компонент — стремится к немедленной разрядке напряжения и не соотносится с реальностью. Согласно Фрейду, «Ид» — это нечто темное, биологическое, хаотичное, не знающее законов, не подчиняющееся правилам. «Ид» сохраняет свое центральное значение для индивидуума на протяжении всей его жизни. Будучи примитивным в своей основе, оно свободно от всяких ограничений. «Ид» как самая старая исходная

структура психики выражает первичный принцип всей человеческой жизни — немедленную разрядку психической энергии, производимой биологически обусловленными побуждениями (особенно сексуальными и агрессивными). Это резервуар бессознательной энергии, называемый либидо. «Ид» включает в себя базальные инстинкты, желания и импульсы, с которыми люди рождаются, а именно: Эрос — инстинкт удовольствия и секса и Танатос — инстинкт смерти, который может мотивировать агрессию или другие формы деструктивности по отношению к самому себе или к другим людям. «Ид» ищет немедленного удовлетворения, невзирая на социальные нормы или права и чувства окружающих. Оно выражает себя в импульсивной, иррациональной и нарциссической формах. Иначе говоря, «Ид» действует согласно принципу удовольствия.

Фрейд считал «Ид» посредником между соматическими и психическими процессами в организме. Он писал, что оно «прямо связано с соматическими процессами, истекает из инстинктивных потребностей и сообщает им психическую экспрессию, но мы не можем сказать, в каком субстрате осуществляется эта связь». «Ид» выполняет роль резервуара для всех инстинктивных побуждений и черпает свою энергию прямо из телесных процессов.

«Эго» (Я) — второй компонент личности — компонент психического аппарата, ответственный за принятие решений. Это самая разумная, рациональная часть в человеке, которая стремится выразить и удовлетворить желания «Ид» в соответствии с ограничениями, накладываемыми внешним миром. «Эго» ищет пути удовле-

ния инстинктов с учетом норм и правил общества, ищет и находит компромиссы между неразумными требованиями «Ид» и требованиями реального мира. Таким образом, оно действует согласно принципу реальности. «Эго» пытается удовлетворить потребности, защитив при этом человека от того физического и эмоционального ущерба, который может явиться следствием осознания, не говоря уже об отреагировании импульсов, исходящих из «Ид».

В борьбе за выживание — как с внешним социальным миром, так и с инстинктивными потребностями «Ид» — «Эго» вынуждено постоянно осуществлять дифференциацию между событиями в психическом плане и реальными событиями во внешнем мире. Например, голодный человек в поисках еды должен различать образ пищи, данный в представлении, и образ пищи в реальности, если ему хочется снять напряжение. Таким образом, ему требуется научиться доставать и потреблять пищу прежде, чем напряжение может снизиться, что достигается при помощи определенных действий, дающих «Ид» возможность выразить свои инстинктивные потребности в соответствии с нормами и этикой социального мира. Эта цель заставляет человека учиться, думать, рассуждать, воспринимать, решать, запоминать. Соответственно, «Эго» использует когнитивные и перцептивные стратегии в своем стремлении удовлетворять желания и потребности «Ид».

В отличие от «Ид», чья природа выражается в поиске удовольствия, «Эго» подчиняется принципу реальности, цель которого — сохранение целостности организма путем отсрочки удовлетворения инстинктов до того момента, ко-

гда будут найдены пути достижения разрядки подходящим способом и соответствующие условия во внешней среде. Принцип реальности дает возможность индивидууму тормозить, переадресовывать или постепенно давать выход грубой энергии «Ид» в рамках социальных ограничений и совести индивида. Например, выражение сексуальной потребности откладывается до тех пор, пока не появятся подходящий объект и соответствующие обстоятельства. Принцип реальности вносит в наше поведение меру разумности. «Эго», по контрасту с «Ид», делает различие между реальностью и фантазией, выдерживает умеренное напряжение, меняется в зависимости от нового опыта и участвует в рациональной познавательной деятельности. Опираясь на силу логического мышления, которое Фрейд называл вторичным процессом (первичные процессы — нелогичная, иррациональная и фантазийная форма человеческих представлений, характеризующаяся неспособностью подавлять импульсы и делать различия между реальным и нереальным), «Эго» способно направлять поведение в нужное русло, чтобы инстинктивные потребности удовлетворялись безопасным для самого человека и для других людей способом. Таким образом, «Эго» является «исполнительным органом» личности и областью протекания интеллектуальных процессов и решения проблем.

**«Супер-эго»** — третий компонент личности — препятствует реализации желаний и стремится подавить их. Эта структура представляет собой интернализованную версию общественных норм и стандартов поведения и развивается в процессе воспитания, становясь результатом

интернализации родительских и социальных ценностей. Фрейд использует для этого процесса термин «интроекция». «Супер-эго» включает интроецированные ценности, все те наши «надо» и «нельзя», которые формируются воспитанием и всевозможными социальными воздействиями со стороны общества, накладывающего жесткую систему предписаний, ограничений, запретов.

Первоначально «Супер-эго» отражает только родительские ожидания относительно того, что представляет собой хорошее и плохое поведение. Каждый свой поступок ребенок учится приводить в соответствие с этими ограничениями, чтобы избежать конфликта и наказания. Однако по мере расширения социального мира ребенка (благодаря школе, группам сверстников) сфера «Супер-эго» увеличивается до пределов такого поведения, какое считают приемлемым эти новые социальные группы. Можно рассматривать «Супер-эго» как индивидуализированное отражение «коллективной совести» социума. «Супер-эго» — это наша совесть. Оно действует на основе морального принципа, нарушение которого приводит к формированию чувства вины.

«Супер-эго» считается полностью сформировавшимся, когда родительский контроль заменяется самоконтролем. Однако этот принцип самоконтроля не служит целям принципа реальности. «Супер-эго», пытаясь полностью затормозить любые общественно осуждаемые импульсы со стороны «Ид», направляет человека к абсолютному совершенству в мыслях, словах и поступках. Таким образом, оно пытается убедить «Эго» в преимуществе идеалистических целей над реалистическими.

## РАЗВИТИЕ ЛИЧНОСТИ

Психоаналитическая теория развития основывается на двух предпосылках.

Первая делает упор на том, что переживания раннего детства играют критическую роль в формировании взрослой личности. Фрейд был убежден, что основной фундамент личности закладывается в очень раннем возрасте, до 5 лет.

Вторая предпосылка состоит в том, что человек рождается с определенным количеством сексуальной энергии (либидо), которая затем проходит в своем развитии несколько психосексуальных стадий, коренящихся в инстинктивных процессах организма.

Фрейду принадлежит *гипотеза о четырех последовательных стадиях развития* личности: оральной, анальной, фаллической и генитальной. В общую схему развития Фрейд включил и *латентный период*, приходящийся в норме на промежуток между 6—7-м годом жизни ребенка и началом половой зрелости. Но, строго говоря, латентный период не является самостоятельной стадией развития. Первые три стадии охватывают возраст от рождения до 5 лет и называются прегенитальными, поскольку зона половых органов еще не приобрела главенствующей роли в становлении личности. Четвертая стадия совпадает с началом пубертата. Наименование стадий основано на названиях областей тела, стимуляция которых приводит к разрядке энергии либидо.

*Оральная стадия развития* приходится на возраст от 0 до 18 месяцев. На этой стадии зоной сосредоточения

либидо является рот, выполняющий функции сосания, жевания, кусания. Выживание младенца всецело зависит от тех, кто о нем заботится. Зависимость — единственный для него способ получения инстинктивного удовлетворения. В этот период область рта наиболее тесно связана и с удовлетворением биологических потребностей, и с приятными ощущениями. Младенцы получают питание путем сосания груди или рожка; сосательные движения доставляют им удовольствие. Полость рта — включая губы, язык и связанные с ними структуры — становится средоточием активности и интереса младенца. Сосание и глотание — это прототипы каждого акта сексуального удовлетворения в будущем.

Данному уровню развития, по Фрейд, соответствуют отвыкание от груди или от рожка, а также отделение себя от материнского тела. Главная задача, стоящая перед младенцем в течение этого орально-зависимого периода, — закладка основных установок зависимости, независимости, доверия и опоры в отношении других людей. Фрейд был убежден в том, что рот остается важной эрогенной зоной в течение всей жизни человека — даже в зрелости у него наблюдаются остаточные проявления орального поведения в виде употребления жевательной резинки, обкусывания ногтей, курения, поцелуев и переедания, то есть всего того, что фрейдисты рассматривают как привязанность либидо к оральной зоне. Весь этот комплекс привычек обозначается современными психоаналитиками термином «оралитет».

Фрейд выдвинул постулат, согласно которому у ребенка, чрезмерно или недостаточно стимулированного в мла-

денчестве, скорее всего, сформируется в дальнейшем орально-пассивный тип личности. Человек с орально-пассивным типом личности — веселый и оптимистичный, ожидает от окружающего мира «материнского» отношения к себе и постоянно ищет одобрения любой ценой. Его психологическая адаптация заключается в доверчивости, пассивности, незрелости и чрезмерной зависимости.

Во второй половине первого года жизни начинается следующая фаза оральной стадии — орально-агрессивная, или орально-садистическая фаза. Теперь у младенца появляются зубы, благодаря чему кусание и жевание становятся важными средствами выражения состояния фрустрации, вызванной отсутствием матери или отсрочкой удовлетворения. Фиксация на орально-садистической стадии выражается у взрослых в таких чертах личности, как любовь к спорам, пессимизм, саркастические «подкусывания», а также часто в циничном отношении ко всему окружающему. Людям с этим типом характера, кроме того, свойственно эксплуатировать других и доминировать над ними с целью удовлетворения собственных нужд.

*Анальная стадия развития* приходится на возраст от 1,5 до 3 лет. Зона сосредоточения либидо в этот период — анус, выполняющий функцию удержания или выталкивания фекалий, от чего маленькие дети получают значительное удовольствие, которое постепенно научаются усиливать путем отсрочки опорожнения кишечника. Хотя контроль над кишечником и мочевым пузырем является в основном следствием нервно-мышечной зрелости, Фрейд был убежден, что способ приучения ребенка к туалету оказывает влияние на его более позднее



личностное развитие. С самого начала ребенок должен учиться разграничивать требования «Ид» (удовольствие от немедленной дефекации) и социальные ограничения, исходящие от родителей или заменяющих их фигур (самостоятельный контроль над экскреторными потребностями). Фрейд утверждал, что все будущие формы самоконтроля и саморегуляции берут начало в анальной фазе.

Фрейд выделял две основные родительские тактики приучения ребенка к туалету, наблюдаемые в процессе преодоления неизбежной при этом фрустрации. Некоторые родители ведут себя в таких ситуациях негибко и требовательно, настаивая, чтобы ребенок «сейчас же сходил на горшок». В ответ на это ребенок может отказаться выполнять приказание «мамочки» и «папочки», и у него начнутся запоры. Если подобная тенденция удерживания становится чрезмерной и распространяется на другие формы поведения, то у ребенка может сформироваться анально-удерживающий тип личности. Анально-удерживающий взрослый необычайно упрям, скуп, методичен и пунктуален. У этого человека также наблюдается недостаточная способность переносить беспорядок, неразбериху и неопределенность. Второй отдаленный результат анальной фиксации, обусловленный родительской строгостью в отношении туалета, — формирование анально-выталкивающего типа личности со склонностью к разрушению, с беспокойством, импульсивностью и даже садистической жестокостью. В любовных отношениях в зрелом возрасте такие индивиды чаще всего воспринимают партнера в первую очередь как объект обладания.

Другие родители, наоборот, поощряют своих детей к регулярному опорожнению кишечника и щедро хвалят их за это. С точки зрения Фрейда, подобный подход, поддерживающий старания ребенка контролировать себя, воспитывает позитивную самооценку и даже может способствовать развитию творческих способностей.

Таким образом, основная задача развития этого периода — приучение к туалету.

**Фаллическая стадия развития** занимает возрастной период от 3 до 6 лет; в этот период либидо сосредоточено в области половых органов; его энергия разряжается путем мастурбации. На фаллической стадии психосексуального развития дети могут рассматривать и исследовать свои половые органы, могут мастурбировать и проявлять заинтересованность в вопросах, связанных с рождением и половыми отношениями. Хотя их представления о взрослой сексуальной жизни обычно смутны, ошибочны и весьма неточно сформулированы, Фрейд полагал, что большинство детей понимают суть сексуальных действий более ясно, чем предполагают родители, и воспринимают половой акт как агрессивные действия отца по отношению к матери.

Доминирующий конфликт на фаллической стадии состоит в том, что Фрейд назвал **Эдиповым комплексом**, по имени героя трагедии Софокла «Царь Эдип», в которой Эдип, царь Фив, непреднамеренно убил своего отца и вступил в кровосмесительную связь с матерью. Когда Эдип понял, какой чудовищный грех он совершил, он ослепил себя. Хотя Фрейд знал, что повествование об Эдипе берет начало в греческой мифологии, он рассматривал трагедию

как символическое описание одного из величайших человеческих психологических конфликтов. В сущности, этот миф символизирует неосознанное желание каждого ребенка обладать родителем противоположного пола и одновременно устранить родителя одного с ним пола. Конечно, обыкновенный ребенок не убивает своего отца и не вступает в половую связь со своей матерью, но фрейдисты убеждены в том, что у него есть бессознательное желание сделать и то и другое. Более того, Фрейд усматривал подтверждение идеи комплекса в родственных связях и клановых взаимоотношениях, имеющих место в различных примитивных сообществах.

Первоначально объектом любви у мальчика выступает мать или замещающая ее фигура. С момента рождения она является для него главным источником удовлетворения. Он хочет обладать своей матерью, хочет выразить ей свои эротически окрашенные чувства. Так, он может попытаться соблазнить мать, гордо демонстрируя ей свой половой член. Мальчик, таким образом, стремится играть роль своего отца. В то же время он воспринимает отца как конкурента, препятствующего его желанию получить генитальное удовольствие. Отец становится его главным соперником или врагом. Но мальчик догадывается о своем более низком положении по сравнению с отцом (чей половой член больше); он понимает, что отец не намерен терпеть его романтические чувства к матери. Соперничество влечет за собой страх мальчика, что отец лишит его пениса. Боязнь воображаемого возмездия со стороны отца, которую Фрейд назвал страхом кастрации, заставляет мальчика отказаться от стремления к инцесту с матерью.

В возрасте примерно между 5 и 7 годами Эдипов комплекс разрешается: мальчик подавляет (вытесняет из сознания) свои сексуальные желания в отношении матери и начинает идентифицировать себя с отцом, то есть перенимает его черты. Процесс идентификации с отцом, получивший название идентификации с агрессором, выполняет несколько функций.

Во-первых, это дает мальчику целый конгломерат ценностей, моральных норм, установок, моделей пологолевого поведения, обрисовывающих для него, что это значит — быть мужчиной.

Во-вторых, идентифицируясь с отцом, мальчик может удержать мать как объект любви заместительным путем, поскольку теперь он обладает теми же атрибутами, которые мать ценит в отце. Но даже более важным аспектом разрешения Эдипова комплекса является то, что мальчик интернализирует родительские запреты и основные моральные нормы. Это есть специфическое чувство идентификации, подготавливающее, как считал Фрейд, почву для развития «Супер-эго», или совести ребенка. Появление «Супер-эго» — следствие разрешения Эдипова комплекса.

Версия Эдипова комплекса у девочек получила название *комплекса Электры*. Прообразом в данном случае выступает персонаж греческой мифологии Электра, которая уговаривает своего брата Ореста убить их мать и ее любовника и таким образом отомстить за смерть отца.

Аналогичным образом Фрейд утверждал, что девочка со временем избавляется от комплекса Электры путем подавления тяготения к отцу и идентификации с матерью. Девочка, становясь более похожей на мать, получает сим-

волицеский доступ к своему отцу, увеличивая тем самым шансы когда-нибудь выйти замуж за мужчину, похожего на отца.

Взрослые мужчины с фиксацией на фаллической стадии ведут себя дерзко, они хвастливы и опрометчивы. Фаллические типы стремятся добиваться успеха (успех для них символизирует победу над родителем противоположного пола) и постоянно пытаются доказывать свою мужественность и половую зрелость, убеждают других в том, что они «настоящие мужчины». Один из путей достижения этой цели — безжалостное завоевание женщин, то есть «поведение Дон Жуана». У женщин фаллическая фиксация приводит к склонности флиртовать, обольщать, а также к беспорядочным половым связям, хотя при этом они могут казаться наивными и невинными в сексуальном отношении. Некоторые женщины, наоборот, могут бороться за главенство над мужчинами, то есть быть чрезмерно настойчивыми, напористыми и самоуверенными. Таких женщин называют «кастрирующими». Неразрешенные проблемы Эдипова комплекса расценивались Фрейдом как основной источник последующих невротических моделей поведения, особенно имеющих отношение к импотенции и фригидности.

Итак, основной задачей этого периода развития является идентификация со взрослыми того же пола, выступающими в роли образца для подражания.

Период от 6 до 12 лет Фрейд называет *латентной стадией развития*. Либи́до в этот период отсутствует, постулируется сексуальное бездействие. Либи́до ребенка направляется посредством сублимации в виды деятельности,

не связанные с сексуальностью, — такие как интеллектуальные занятия, спорт, отношения с другими людьми. Основная задача развития — расширение социальных контактов со сверстниками. Латентный период можно рассматривать как время подготовки к взрослению, которое наступает в последней психосексуальной стадии.

Наконец, последняя, *генитальная, стадия развития*, занимающая период пубертата (полового созревания), имеет в качестве зоны сосредоточения либидо половые органы. Вступление в генитальную стадию отмечено наиболее полным удовлетворением сексуального инстинкта. Разрядка сексуальной энергии происходит при реализации способности к гетеросексуальным отношениям. Основная задача развития — установление интимных отношений, влюбленность, а также внесение своего трудового вклада в общество.

Согласно теории Фрейда, все люди проходят в раннем подростковом возрасте через «гомосексуальный» период. Новый взрыв сексуальной энергии подростка направлен на человека одного с ним пола (например, на учителя, соседа, сверстника). Хотя явное гомосексуальное поведение не является универсальным опытом этого периода, согласно Фрейду, подростки предпочитают общество сверстников одного с ними пола. Однако постепенно объектом энергии либидо становится партнер противоположного пола, и начинается ухаживание. Увлечения юности в норме ведут к выбору брачного партнера и к созданию семьи.

В психоаналитической теории генитальный характер — *это идеальный тип личности*: человек зрелый и ответственный в социально-сексуальных отношениях, испы-

тывающий удовлетворение в гетеросексуальной любви. Хотя Фрейд был противником сексуальной распущенности, он все же более терпимо относился к сексуальной свободе, чем буржуазное общество Вены. Разрядка либидо в половом акте обеспечивает возможность физиологического контроля над импульсами, поступающими от половых органов. Контроль сдерживает энергию инстинкта, и поэтому разрядка достигает наивысшей точки в подлинном интересе к партнеру без каких-либо следов чувства вины или конфликтных переживаний.

Фрейд был убежден: для того, чтобы сформировался идеальный генитальный характер, человек должен отказаться от пассивности, свойственной раннему детству, когда любовь, безопасность, физический комфорт — в сущности, все формы удовлетворения — давались легко и ничего не требовалось взамен. Люди должны учиться трудиться, откладывать удовлетворение, проявлять в отношении других тепло и заботу, брать на себя активную роль в решении жизненных проблем. Наоборот, если в раннем детстве имели место разного рода травматические переживания с соответствующей фиксацией либидо, адекватное вхождение в генитальную стадию становится трудным, если не невозможным. Фрейд отстаивал точку зрения, согласно которой серьезные конфликты в поздние годы — это отголоски сексуальных конфликтов, имевших место в детстве.

В термине «психосексуальный» подчеркивается, что главным фактором, определяющим развитие человека, является сексуальный инстинкт, прогрессирующий от одной эрогенной зоны к другой в течение жизни человека. Соглас-

но теории Фрейда, на каждой стадии развития определенный участок тела стремится к определенному объекту или действиям, чтобы вызвать приятное напряжение. Психосексуальное развитие — это биологически детерминированная последовательность, развертывающаяся в неизменном порядке и присущая всем людям, независимо от их культурного уровня. Социальный опыт индивид<sup>?</sup>, как правило, привносит в каждую стадию определенный долговременный вклад в виде приобретенных установок, черт и ценностей.

Логика теоретических построений Фрейда основывается на двух факторах: фрустрации и сверхзаботливости. В случае **фрустрации** психосексуальные потребности ребенка (например, сосание, кусание или жевание) пресекаются родителями или воспитателями и поэтому не находят оптимального удовлетворения. При **сверхзаботливости** родителей ребенку предоставляется мало возможностей самому управлять своими внутренними функциями (например, осуществлять контроль над выделительными функциями). По этой причине у него формируется чувство зависимости и некомпетентности. В любом случае, как полагал Фрейд, в результате происходит чрезмерное скопление либидо, что впоследствии, в зрелые годы, может выразиться в виде «остаточного» поведения (черты характера, ценности, установки), связанного с той психосексуальной стадией, на которую пришлось фрустрация или сверхзаботливость.

Важным понятием в психоаналитической теории является **регрессия**, то есть возврат на более раннюю стадию психосексуального развития и проявление ребячливого поведения, характерного для этого более раннего периода. Например, взрослый человек в ситуации сильного



стресса может регрессировать, что будет сопровождаться слезами, сосанием пальца, желанием выпить чего-нибудь «покрепче». Регрессия — это особый случай того, что Фрейд пазывал фиксацией (задержка или остановка развития на определенной психосексуальной стадии). Фиксация представляет собой неспособность продвижения от одной психосексуальной стадии к другой; она приводит к чрезмерному выражению потребностей, характерных для той стадии, на которой произошла фиксация. Например, упорное сосание пальца у десятилетнего мальчика является признаком оральной фиксации. В данном случае энергия либидо проявляется в активности, свойственной более ранней стадии развития. Чем хуже человек справляется с освоением требований и задач, выдвигаемых тем или иным возрастным периодом, тем более он подвержен регрессии в условиях эмоционального или физического стресса в будущем. Таким образом, структура личности каждого человека характеризуется в категориях соответствующей стадии психосексуального развития — той, которой он достиг, или той, на которой у него произошла фиксация. С каждой из психосексуальных стадий развития связаны определенные типы характера (Хьелл Л., Зиглер Д., 1997).

## **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. В зависимости от того, откуда исходит угроза для «Эго», 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 мира. В основном это синоним страха. Она может ослаблять способность человека эффективно справляться с источником опасности. Реалистическая тревога стихает, как только исчезает сама угроза. В целом реалистическая тревога обеспечивает функцию самосохранения.

**Невротическая тревога** является страхом перед наказанием за неконтролируемое проявление потребностей «Ид», она возникает в результате воздействия импульсов «Ид» и опасения, что они будут осознаны, но не могут контролироваться. Невротическая тревога обусловлена боязнью, что «Эго» окажется не способным контролировать инстинктивные побуждения, особенно сексуальные и агрессивные. Тревога в данном случае проистекает из страха, что, когда ты сделаешь что-то ужасное, это повлечет за собой тяжелые отрицательные последствия. Так, например, маленький ребенок быстро усваивает, что активная разрядка побуждений либидо, или деструктивных стремлений, чревата угрозой наказания со стороны родителей или других социальных фигур. Невротическая тревога первоначально переживается как реалистическая,

потому что наказание обычно исходит из внешнего источника. Поэтому разворачиваются защитные механизмы «Эго», имеющие целью сдерживание инстинктивных импульсов ребенка, — в результате последние всплывают на поверхность только в форме общего опасения. И лишь тогда, когда инстинктивные импульсы «Ид» угрожают прорваться через «Эго»-контроль, возникает невротическая тревога.

*Моральная тревога* основана на опасениях перед наказанием со стороны «Супер-эго», которое предписывает поведение, соответствующее социальным стандартам. Моральная тревога — это страх наказания за следование инстинктивным побуждениям, чувство вины или стыда, возникающее у человека, когда он совершает или хотел бы совершить поступки, противоречащие моральным нормам и правилам (требованиям «Супер-эго»). «Супер-эго» направляет поведение в русло действий, вписывающихся в моральный кодекс индивида. Последующее развитие «Супер-эго» ведет к социальной тревоге, которая возникает в связи с угрозой исключения из группы сверстников из-за неприемлемых установок или действий.

Тревога вызывает и активизирует защитные механизмы.

## МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ

Представление о механизмах психологической защиты впервые сформировалось в рамках психоаналитического направления в психологии. Согласно последователям это-

го направления, психологическую защиту составляет ряд специфических приемов переработки переживаний, нейтрализующих патогенное влияние, которое эти переживания могут оказывать. Представление о психологической защите было введено Фрейдом, разрабатывалось его дочерью А. Фрейд. В психологической литературе представлено различное понимание этого термина. Р. А. Зачепицкий определяет психологическую защиту как «пассивно-оборонительные формы реагирования в патогенной жизненной ситуации», Ф. Бассин — как «психическую деятельность, направленную на спонтанное изживание последствий психической травмы». Наиболее часто приводится определение В. А. Ташлыкова: защитные механизмы — это «адаптивные механизмы, направленные на редукцию патогенного эмоционального напряжения, предохраняя от болезненных чувств и воспоминаний и дальнейшего развития психологических и физиологических нарушений». Все защитные механизмы обладают двумя общими характеристиками. Во-первых, они, как правило, бессознательны, то есть действуют преимущественно на неосознаваемом уровне. Во-вторых, они искажают, отрицают или фальсифицируют реальность. Механизмы психологической защиты различаются по степени зрелости. Так, наиболее инфантильными, незрелыми механизмами считаются вытеснение и отрицание, они характерны для маленьких детей, а также для самого социально незрелого типа личности — истероидного. Вытеснение является одной из центральных отличительных особенностей личности больного истерическим неврозом, истероидной формой психопатии. Подростковому возрасту бо-

лее свойственны механизмы, по степени зрелости занимающие промежуточное положение, — идентификация и изоляция. К наиболее зрелым защитным механизмам относятся сублимация, рационализация, интеллектуализация. Чаще описываются следующие механизмы психологической защиты.

1. *Вытеснение* — это механизм психологической защиты (описан еще Фрейдом, рассматривавшим его в качестве центрального в формировании невротических расстройств), посредством которого неприемлемые для личности, вызывающие тревогу импульсы (желания, мысли, чувства) становятся бессознательными. Вытесненные (подавленные) импульсы, не находя разрешения в поведении, тем не менее сохраняют свои эмоциональные и психовегетативные компоненты. При вытеснении содержательная сторона психотравмирующей ситуации не осознается, а вызванное ею эмоциональное напряжение воспринимается как немотивированная тревога.

2. *Отрицание* — механизм психологической защиты, который заключается в отрицании, неосознавании (отсутствии восприятия) какого-либо психотравмирующего обстоятельства. Как процесс, направленный вовне, «отрицание» часто противопоставляется «вытеснению» как психологической защите против внутренних, инстинктивных требований и побуждений. В качестве механизма психологической защиты отрицание реализуется при любых внешних конфликтах и характеризуется выраженным искажением восприятия действительности — индивид не воспринимает информацию, противоречащую его основным установкам, представлению о мире и самом себе.

3. *Реактивные образования* — вид психологической защиты, нередко отождествляемый с гиперкомпенсацией. К реактивным образованиям относится замена «Эго» — неприемлемых тенденций на прямо противоположные. Например, преувеличенная любовь ребенка к одному из родителей может быть преобразованием социально недопустимого чувства ненависти к нему. Жалость или заботливость может рассматриваться как реактивное образование по отношению к бессознательной черствости, жестокости или эмоциональному безразличию.

4. *Регрессия* — возврат на более раннюю стадию развития или к более примитивным формам поведения, мышления. Например, истерические реакции типа рвоты, сосания пальцев, детского лепета, излишняя сентиментальность, предпочтение «романтической любви» и игнорирование сексуальных отношений у взрослого человека — этот механизм пускается в ход, когда «Эго» не в состоянии принять реальность такой, какова она есть. Регрессия как реактивные образования характеризует инфантильную и чаще всего невротическую личность.

5. *Изоляция* — отделение аффекта от интеллектуальных функций. Неприятные эмоции блокируются таким образом, что связь между определенным событием и его эмоциональным переживанием в сознании не выступает. По своей феноменологии этот механизм психологической защиты напоминает синдром отчуждения в психиатрии, для которого характерно переживание утраты эмоциональной связи с другими людьми.

6. *Идентификация* — защита от угрожающего объекта путем отождествления себя с ним. Так, маленький маль-

чик бессознательно старается походить на отца, которого боится, и тем самым заслужить его любовь и уважение. Благодаря механизму идентификации достигается также символическое обладание недостижимым, но желаемым объектом. Идентификация может происходить практически с любым объектом — другим человеком, животным, неодушевленным предметом, идеей и т. д.

7. *Проекция* — механизм, основанный на процессе, посредством которого неосознаваемые и неприемлемые для личности чувства и мысли локализируются вовне, приписываются другим людям. Агрессивный человек склонен, оценивая самого себя как личность сенситивную, ранимую и чувствительную, приписывать окружающим агрессивные черты, проецируя на них ответственность за социально неодобряемые агрессивные тенденции. Хорошо известны примеры ханжества, когда индивид постоянно приписывает другим собственные аморальные стремления.

8. *Замещение (смещение)* — защитный механизм, действие которого проявляется в своеобразной «разрядке» подавленных эмоций, обычно эмоций враждебности и гнева, направленных на более слабых, беззащитных (животных, детей, подчиненных). При этом субъектом могут совершаться неожиданные, в ряде случаев бессмысленные действия, разрешающие внутреннее напряжение.

9. *Рационализация* — псевдоразумное объяснение человеком своих желаний, поступков, в действительности обусловленных причинами, признание которых грозило бы потерей самоуважения. Наиболее яркие проявления механизма рационализации получили название «кислый виноград» и «сладкий лимон». Защита по типу «кислого вино-

града» заключается в обесценивании недостижимого, снижении ценности того, что субъект получить не может. Защита по типу «сладкого лимона» имеет своей целью не столько дискредитацию недосягаемого объекта, сколько преувеличение ценности того, чем человек реально обладает. Механизмы рационализации наиболее часто используются в ситуациях потери, защищая от депрессивных переживаний.

10. *Сублимация* — психологическая защита посредством десексуализации первоначальных импульсов и преобразования их в социально приемлемые формы активности. Агрессивность может сублимироваться в спорте, эротизм — в дружбе, эксгибиционизм — в привычке носить яркую, бросающую одежду.

Однако далеко не всегда действие механизмов психологической защиты оказывается эффективным. Если тревога не снижается (поскольку защитные механизмы направлены не на активное преобразование и переработку конфликтов, а лишь на вытеснение их в бессознательное), то может развиться невротическое состояние.

## 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 истерическим 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. Так что в формировании невротического симптома участвуют все части психического аппарата. 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. *Нарциссы-*

**ческий 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.

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), либо — если это невозможно или недостаточно — в виде невротических симптомов. Таким образом, невроз — это следствие конфликта между

сознательным и бессознательным, которые образуют вытесненные под влиянием моральных норм, правил, запретов, требований первичные, биологические потребности и влечения, прежде всего — сексуальные и агрессивные.

Однако следует отметить, что разные представители психоанализа неодинаково понимают содержание бессознательного и, следовательно, содержательную сторону невротического конфликта. Для Фрейда это сексуальные и агрессивные импульсы и их конфликт с сознанием. А. Адлер видел 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 считается «бегством в болезнь», «желанием власти», «мужским протестом». Первый и третий симптомы — это способ привлечения внимания к себе (с помощью симптома человек может получить его даже в большей степени, чем здоровый), желание же власти — второй — входит в конфликт с ощущением близости с другими людьми. Адлер определял невроз как экзистенциальный кризис, поражающий всю личность. Основной феномен психических расстройств он видел не в сопротивлении побуждени-

ям, а в невротическом характере, *неадекватном attitude-де жизни*.

К. Г. Юнг рассматривал содержание бессознательного намного шире, считая, что в него входит кроме подавленных сексуальных и агрессивных побуждений и некий интрапсихический материал, имеющий более глубокие, исторические, корни — 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, существующее независимо 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* — психических структур, первичных психических образов, составляющих содержание коллективного бессознательного.

Архетипы рассматриваются как прообразы, 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 придавал архетипам значение предрасполагающих факторов, внутренних детерминант психической жизни человека, направляющих его поведение и дающих возможность реализовать определенные, общие для большинства людей модели поведения даже в таких ситуациях, с какими сам человек ранее не сталкивался, каких нет в его личном опыте.

Личное бессознательное, напротив, связано с прошлым опытом человека и состоит из импульсов, воспоминаний, желаний, переживаний, которые вытеснены или забыты, но достаточно легко могут быть осознаны. Личное бессознательное содержит *комплексы* (или организовано в виде комплексов), представляющие собой совокупность эмоционально заряженных мыслей, тенденций, представлений, воспоминаний, желаний, чувств, связанных с личным опытом индивида. Вытесненные в бессознательное (в частности, под влиянием нравственного чувства, которое Юнг также считал врожденным), эти комплексы оказывают существенное влияние 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.

К. 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, которую она описывает как «чувства ребенка, одинокого и незащищенного в потенциально враждебном ему мире». **Базальная тревога** — это глубокое чувство одиночества и беспомощности, ощущение незащищенности. 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 выделяла 10 ос-

новых невротических потребностей, в дальнейшем описала три личностных типа па основании выраженности и преобладания тех или иных невротических потребностей и соответствующих им стратегий поведения: *уступчивая личность* (потребность быть рядом с другими, в признании и любви доминантного партнера — ориентация на людей), *отрешенная личность* (потребность в одиночестве, бегстве от людей, независимости и совершенстве — ориентация от людей) и *агрессивная личность* (потребность 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.

Как указывалось выше, Хори и выделяла две основные потребности: потребность в безопасности и потребность в удовлетворении. Последняя включает удовлетворение не только физических (биологических) потребностей, но также потребности в самооценке и самоуважении, оценке, принятии и признании другими, в достижениях. Наличие этих двух потребностей (в безопасности и в удовлетворении) является 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 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.

Э. Фромм также не видит качественных различий между здоровьем и неврозом. С его точки зрения, 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. И эти две потребности находятся в постоянном конфликте, ибо борьба за личную свободу и автономию приводит к отчуждению от других, к чувству одиночества, отстраненности и к фрустрации потребности в безопасности и общности с другими людьми. Причину невроза Фромм видел в бессознательной, компульсивной деятельности — «бегстве от свободы» как способе избавления от чувства одиночества, безнадежности и личной ответственности. Фромм описал три основных меха-

низма, 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.

В целом для всех представителей психоанализа характерен взгляд на невроз как на конфликт между сознательными и бессознательными потребностями и тенденциями. Содержательно эти потребности и тенденции могут пониматься по-разному.

## ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Психоаналитическая психотерапия основана на принципах классического психоанализа. 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». Эти основные теоретические конструкции являются базой для проведения психотерапевтического воздействия.

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, осоз-



нать бессознательное. Фрейд сравнивает ситуацию необходимости осознания собственного бессознательного и сам процесс психоанализа с такой ситуацией. Нерадивый студент во время лекции всячески мешает преподавателю, гримасничает, бросает неуместные реплики, отвлекает всех от дела. Преподаватель выгоняет студента за дверь, но тот, постоянно заглядывая в аудиторию, привлекает внимание к себе всеми возможными способами и мешает продуктивной работе. Точно так же и мы выталкиваем свое бессознательное «за дверь», а оно продолжает оттуда всячески напоминать нам о себе, беспокоить и мешать нормальной деятельности. И как разрешить ситуацию с этим студентом можно только, пригласив его в аудиторию и попытавшись разобраться, чего же он хочет на самом деле, так нужно «вытащить бессознательное на свет» и выяснить у него, чего же оно от нас хочет.

**Задача психотерапевта-психоаналитика** — 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. Дабы достичь осознания, психоаналитик должен подвергнуть психоанализу ряд психических феноменов, в которых бессознательное находит свое выражение: свободные ассоциации, символические проявления бессознательного (оговорки, опiski, очитки, обмолвки, забывание слов, ошибочные действия), перенос и сопротивление. Термин *анализ* предполагает также определенные процедуры: конфронтацию, прояснение, интерпретацию и преодоление. Центральной процедурой анализа является интерпретация. Все осталь-

пые процедуры либо ведут к интерпретации, либо направлены на то, чтобы сделать ее более эффективной.

Существуют два типа психоаналитической психотерапии: *инсайт-ориентированная* и *суппортивная*.

В первом варианте пациент приходит несколько раз в неделю; сеансы проводятся индивидуально. Цель взаимодействия заключается в осознании бессознательного психологического конфликта; акцент ставится на реальных проблемах.

В суппортивной психотерапии основной элемент лечения составляет скорее поддержка больного, чем развитие у него инсайта. Обычно это терапия выбора для пациентов с серьезной уязвимостью «Эго», в частности, для психотических пациентов, показана она и пациентам в кризисной ситуации, например, в остром горе. Это терапия длительная, может растянуться на многие годы. Поддержка должна выражаться прежде всего в ограничении окружения, повышении реальных социальных возможностей, успокоении, совете и помощи в социальных изменениях.

В целом же в психоаналитической психотерапии акцент делается на самопознании и способности постоянно углублять понимание своей внутренней психической жизни (Карвасарский Б. Д., 1998).

# Поведенческое направление в психотерапии

В настоящее время поведенческая психотерапия — одно из ведущих направлений современной психотерапии. Поведение является стержневым понятием данного направления. В самом общем виде поведенческую психотерапию можно определить как психотерапию, центрированную на изменении поведения. Однако при изменении поведения неизбежно происходят соответствующие трансформации и в других сферах — когнитивной, эмоциональной, волевой. Поэтому ряд авторов полагает возможным считать, что данное направление основано на психологии бихевиоризма и использует принципы научения для изменения когнитивных, эмоциональных и поведенческих структур.

В соответствии с определением Американской ассоциации поведенческой психотерапии это направление психологического воздействия «включает прежде всего использование принципов, которые развиты в экспери-

ментальной и социальной психологии. Поведенческая психотерапия должна уменьшать человеческие страдания и ограничения в способности к действиям. Поведенческая психотерапия включает переструктурирование окружения и социального взаимодействия и в меньшей мере видоизменение соматических процессов с помощью биологических вмешательств. Цель ее — главным образом формирование и укрепление способности к действиям, приобретение техник, позволяющих улучшить самоконтроль» (цит. по: Карвасарский Б. Д., 1998). Поведенческая терапия (или «модификация поведения») — это лечение, которое использует принципы научения для изменения поведения и мышления (Александров А. А., 1997).

Поведенческая психотерапия включает широкий круг методов. Развитие методических подходов в рамках этого направления отражает эволюцию целей поведенческой психотерапии от внешнего научения к внутреннему: *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). .

Поначалу под термином «поведение» в поведенческой психотерапии понималось все, что имеет внешне наблюдаемые характеристики, но сейчас в это понятие включают эмоционально-субъективные, мотивационно-аффективные, когнитивные и вербально-копштивные проявления, а современная поведенческая психотерапия — и убеждения,

установки, ожидания. Объединение столь разнородных проявлений в единое понятие поведения свидетельствует о том, что все они подчиняются общим закономерностям научения, опираясь на которые, можно управлять ими так же, как мы управляем сравнительно простым поведенческим актом. Современная поведенческая психотерапия не ограничивается приложением принципов и процедур *классического и оперантного обуславливания* к лечению клинических проблем. Подходы поведенческой терапии различаются степенью использования когнитивных концепций и процедур. А. П. Федоров в этой связи считает, что существует реальная опасность утраты специфики термина «поведенческая» из-за слишком широкого понимания и стремления называть поведенческими очень разнородные техники.

На одном конце континуума процедур поведенческой терапии находится функциональный анализ поведения, который сосредоточивается исключительно на наблюдаемом поведении и отвергает все промежуточные когнитивные процессы; на другом конце — теория социального научения и когнитивная модификация поведения, которые опираются на когнитивные теории.

Теоретической основой поведенческой психотерапии является психология бихевиоризма.

## **БИХЕВИОРИЗМ**

**Бихевиоризм** в психологии сформировался в начале XX века. Основоположник бихевиоризма Дж. Уотсон

(J. Watson) ввел данный термин и опубликовал его первую программу. Значительное влияние на формирование бихевиоризма оказали Э. Торндайк, на чьих экспериментах оно базировалось, а также труды И. П. Павлова и В. М. 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 — это единственная психологическая реальность, доступная непосредственному наблюдению и имеющая параметры, 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 фиксированных стимулов. Человек рассматривается как носитель определенных форм поведения, формирующихся по принципу **«стимул—реакция»**. Поведение человека описывается, аналогично поведению животного, жесткой схемой «стимул—реакция» (S—R), принимаемой за основную единицу поведения. Все внутренние психо-

логические 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 в нем 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, связанному с именами Э. К. Толмеи и К. Л. Халла. Основная формула бихевиоризма трансформируется в формулу «стимул—промежуточная переменная—реакция» ( $S-r-s-R$ ). В соответствии с этим стимулы стали обозначаться как независимые переменные, а реакции — как зависимые. Промежуточные переменные — это психологические образования, которые опосредуют реакции организма па те или иные стимулы и иод которыми 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 — одна из основных задач психологии поведения.

Центральной проблемой бихевиоризма является проблема приобретения индивидуального опыта, или *проблема научения* (обучения) как овладения различными умениями и навыками. Теории научения послужили основой для развития конкретных методических подходов поведенческой психотерапии.

## НАУЧЕНИЕ

**Научение** — это процесс и результат приобретения индивидуального опыта, знаний, умений, навыков, то есть появление определенных моделей 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 них 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

Вид классического обусловливания тесно связан с именем И. П. Павлова, который внес основополагающий вклад в теорию классических условных рефлексов, ставшую базой 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, протекающий автоматически, на врожденной основе, и не зависящий от предшествующего опыта индивида. Или, иными словами, как нейтральный раздражитель становится условным раздражителем. Формирование условного рефлекса происходит при наличии:

а) смежности, совпадения во 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 (пищей), то есть безусловный стимул используется для вызывания безусловной реакции (выделения слюны) в присутствии поначалу нейтрального стимула (звонка). После ряда повторений реакция (выделение слюны) ассоциируется с этим новым стимулом (звонок), иными словами, между ними устанавливается такая связь, что преж-

де 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.

Прекрасный пример классического обусловливания — эксперимент Дж. Уотсона. В 1918 году Дж. Уотсон начал лабораторные эксперименты с детьми, которые продемонстрировали, что опыт научения в детстве имеет длительный эффект. В одном из опытов он, сначала показав, что девятимесячный мальчик Альберт не боится белой крысы, кролика и других белых объектов, затем ударял по стальному бруску рядом с головой Альберта каждый раз, когда появлялась белая крыса. После нескольких ударов Альберт при виде крысы начал вздрагивать, плакать и пытался отползти. Подобным же образом он реагировал, когда Дж. Уотсон показывал ему другие белые объекты. Здесь Дж. Уотсон использовал классическое обусловливание: сочетая громкий звук (безусловный стимул) с предъявлением крысы (условный стимул), он вызывал новую реакцию — условную реакцию страха — на прежде нейтральное животное.

Данный опыт демонстрирует также феномен, открытый И. П. Павловым и называемый «генерализацией стимулов». Суть его состоит в том, что если развилась условная реакция, то ее будут вызывать также стимулы, похожие на условный: ребенка можно приучить бояться то-

го, что прежде представлялось безобидным, и этот страх будет распространяться на похожие объекты. Маленький Альберт стал испытывать страх по отношению ко всем меховым игрушкам. Из своих опытов Уотсон сделал вывод, что дети могут научиться практически всему, в том числе фобическим симптомам (Александров А. А., 1997).

Можно назвать еще два феномена, связанных с именем Павлова и используемых в поведенческой психотерапии. Во-первых, такой феномен, *как различение стимулов*, или *стимульная дискриминация*, благодаря которому люди учатся различать похожие стимулы. Плач ребенка становится условным стимулом для матери: она просыпается от глубокого сна при малейшем волнении ребенка, но может глубоко спать, когда плачет чужой ребенок. Во-вторых, это 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 Э. Л. Торндайка (E. L. Thorndike)

dike) и Б. Ф. Скиннера (B. F. Skinner). Скиннер и Торндайк — виднейшие представители бихевиоризма — показали, что воздействие окружающей среды определяет поведение человека. Они рассматривают 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, использующиеся не только в психотерапевтической практике, но и, например, при воспитательных воздействиях.

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 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 подобного научения является оперантное научение, или оперант. В этом 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, предшествующим 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, наказание — ослабляет. Позитивное подкрепление основано на предъявлении стимулов (наград), которые усиливают поведенческую реакцию. Негативное подкрепление заключается в усилении поведения за счет удаления негативных стимулов. То есть всякое подкрепление (и позитивное, и негативное) усиливает частоту реакции и поведение, наказание же, напротив, уменьшает частоту реакции, ослабляет поведение. (Например, позитивное подкрепление: животное находит выход из лабиринта и получает пищу; негативное подкрепление: животное находит выход из лабиринта, где действует электрический ток, и ток выключают; наказание: животное в лабиринте упирается в тупик, и ток включают. Таким образом, первые два вида воздействия экспериментатора усиливают реакцию, поскольку являются подкреплением, а третий — уменьшает, являясь наказанием.)

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

Итак, сравнительные характеристики классического и оперантного обусловливания:

*Классическое обусловливание S—R.* Научение типа S. Классическая парадигма Павлова. Реакция возникает только в ответ на воздействие какого-либо стимула. Стимул предшествует реакции. Подкрепление связано со стимулом, Респондентное поведение — поведение, вызванное определенным стимулом, ему предшествующим.

*Оперантное обусловливание R—S.* Научение типа R. Оперантная парадигма Скиннера. Желательная реакция может появиться спонтанно. Стимул следует за поведенческой реакцией. Подкрепление связано с реакцией. Оперантное поведение — поведение, вызванное подкреплением, за ним следующим.

## СОЦИАЛЬНОЕ НАУЧЕНИЕ

Этот тип научения исходит из представлений, согласно которым человек обучается новому поведению не только на основании собственного, прямого опыта (как при

классическом и оперантном обусловливании), но и опыта других, наблюдения за другими людьми, то есть за счет процессов моделирования. В качестве важной внутренней переменной в его теории выступает модель, приобретаемая преимущественно через наблюдение. Поэтому данный тип научения называется также моделированием, или научением по моделям, и предполагает научение посредством наблюдения и имитации социальных моделей поведения. Это направление связано прежде всего с именем американского психолога Альберта Бандуры (Albert Bandura), представителя медиаторного подхода, назвавшего свою теорию медиаторно-стимульной ассоциативной теорией.

Бандура, в отличие от Скиннера, не рассматривает внешнее подкрепление и наказание как единственный способ научения новому поведению. По его мнению, люди обучаются, наблюдая за поведением других, слыша о таком поведении или читая о нем. Человеку не обязательно действовать самому, чтобы обучиться новому поведению. Последнее может быть приобретено и в отсутствие внешнего подкрепления. Именно это акцентирование роли научения через наблюдение, или модель, и является наиболее существенной характеристикой теории Бандуры.

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.

Научение через наблюдение (моделирование) — это формирование человеком когнитивного образа определенной поведенческой реакции с помощью наблюдения поведения модели. Такая форма научения избавляет людей от ненужной траты времени проверять адекватность своих поведенческих реакций с помощью проб и ошибок. Наблюдение за поведением позволяет нам обучаться столь же эффективно, как если бы мы действовали сами (Федоров А. П., 2002).

В качестве примера А. А. Александров приводит ряд экспериментов, в частности, А. Бандуры. Маленьким детям был показан короткий фильм с участием мужчины и большой надувной куклы. Мужчина бил куклу кулаком по лицу, молотком по голове, пинал ее, бросал в нее различные предметы. Но заканчивался фильм неодинаково: одни дети смотрели финал, в котором агрессивного героя фильма другой мужчина называл «чемпионом» и угощал сладостями и напитками; другим показывали, как «героя» ругали и называли «плохим человеком»; и, наконец, третьим — вариант, в котором не было ни награждения, ни наказания героя. После фильма каждому ребенку позволили одному поиграть с куклой и обнаружить



ли, что имитация агрессивной модели поведения была наибольшей у детей, наблюдавших награждение. Следовательно, па их поведение влияло подкрепление, которое дети только видели, но непосредственно не переживали.

Таким образом, внешнее подкрепление — это не обязательно подкрепление, получаемое самим человеком. Подкрепление, получаемое другим (косвенное подкрепление), может выполнять ту же роль. Человек, наблюдавший, как несколько пешеходов поскользнулось в определенной части улицы, наверняка обойдет ее стороной. Косвенное наказание, чем стал ущерб, причиненный другим людям, уменьшило вероятность прохождения по этому участку. Наоборот, косвенное позитивное подкрепление увеличит тенденцию вести себя, как наблюдаемая модель. Например, научный сотрудник, недавно ставший торговцем на базаре в результате «реформ», увидав, как хорошо продается сходный товар у соседа, улыбающегося и затевающего веселую болтовню с клиентами, попробует имитировать его поведение и что-то из него освоить. Полученное прямое подкрепление еще больше усилит эту тенденцию.

Итак, в теории Бандуры признается регуляция поведения с помощью внешних последствий, которые человек сам испытывает прямо или косвенно, наблюдая за поведением других. Однако, наряду с этим внешним способом регуляции поведения, им признается и другой — с помощью **самоналагаемого подкрепления**. Более того, Бандура считает этот способ регуляции у взрослого человека ведущим.

Частный пример самоналагаемого подкрепления — установление внутренних стандартов, достижение которых

служит достаточным подкреплением даже в отсутствии внешних подкреплений. Этот способ самоподкрепления характеризует, например, ситуацию, когда артист недоволен своей игрой, хотя, с точки зрения окружающих, исполнение было великолепным. Понятие самоподкрепления объясняет, как люди, оценивая свои действия, поощряют или наказывают себя, какую роль играет внутренняя похвала или осуждение, как из многих вариантов выбираются определенные внешние поощрения (материальные предметы, приятные виды активности и т. д.) (Федоров А. П., 2002).

Если снова обратиться к основной формуле бихевиоризма  $S-(r-s)-R$ , где  $r-s$  — промежуточные переменные, то становится очевидным, что здесь решающая роль в процессе научения принадлежит не подкреплению стимула или реакции организма, а воздействию на *промежуточные (медиаторные)* переменные. 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)*. В настоящее время большую популярность и распространение приобрели когнитивные подходы, где в качестве промежуточных переменных рассматриваются когнитивные процессы. Их сторонники исходят из того, что между ситуацией и эмоцией (стимулом и реакцией) находятся когнитивные процессы (например, мысль). Такие подходы отражают, в частности, взгляды А. Т. Бека (А. Т. Beck) и А. Эллиса (А. Ellis).

В рационально-эмоциональной психотерапии Эллиса центральным понятием является понятие иррациональных когний, через которые преломляется восприятие мира, что создает его искаженное отражение и, следовательно, неразрешенные проблемы, а в когнитивной психотерапии Бека — понятие ошибки в когнитивных выводах. Эллис и Бек отмечают, что когнитивные и поведенческие элементы взаимосвязаны, но когнитивные аспекты при этом доминируют. Тем не менее оба автора считают свои представления различными моделями поведенческой психотерапии.

## КОНЦЕПЦИЯ ПАТОЛОГИИ

Являющийся психологической основой поведенческой психотерапии и поведенческого направления в медицине, бихевиоризм определяет и их подход к проблеме здоровья и болезни: здоровье и болезнь суть результат того, чему человек научился и чему не научился, а личность есть опыт, приобретаемый человеком в течение жизни. Невроз при этом не рассматривается в качестве самостоятельной нозологической единицы, 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) считается неадаптивным, или патологическим поведением, возникшим в результате неправильного научения. Так, Дж. Вольпе (J. Wolpe) определяет невротическое поведение как

привычку неадаптивного поведения у физиологически нормального организма, а Х. Дж. Айзенк (H. J. Eysenck) и С. Рахман (S. Rachman) — как усвоенные образцы поведения, ставшие в силу каких-либо причин неадаптивными. Адаптация, с точки зрения бихевиоризма, — основная цель поведения, поэтому поведение, не обеспечивающее адаптацию, и будет патологическим. Нарушения поведения в рамках поведенческого направления являются приобретенными, представляют собой усвоенную неправильную реакцию, которая не обеспечивает необходимого уровня адаптации. Эта неадаптивная реакция формируется в результате «неправильного» научения. Пример такого «неправильного» научения — взаимодействие родителей с ребенком: родители обращают на него внимание, берут на руки, только если он что-то делает не так, скажем, капризничает, или ребенок, испытывающий явный недостаток внешних проявлений любви, внимания, тепла и заботы, получает их в избытке в случае заболевания. 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 предполагает, что психологические проблемы, эмоциональные реакции и клинические симптомы возникают за счет искажений реальности, основанных на ошибочных предпосылках и обобщениях, что между стимулом и реакцией есть когнитивный компонент. Между си-

туацией, 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 абстрактные обобщения. Плохой «ученый» (а мы все в основном именно таковы) осуществляет тенденциозные наблюдения, часто выдвигает неопределенные гипотезы и делает неточные обобщения, которые не подвергаются критической проверке и воспринимаются как аксиомы, в результате формируются 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 как неадекватные. Автоматические мысли больше искажают реальность, чем обычное мышление, и, как правило, мало понимаются человеком; недостаточно оценивается по преимуществу и их воздействие на эмоциональное состояние. Автоматические мысли выполняют регулирующую функцию, но поскольку сами содержат значительные искажения реальности, то не обеспечивают и адекватной регуляции поведения, что приводит к дезадаптации.

В рамках этого подхода предпринята попытка выделить наиболее типичные, часто встречающиеся искажения или ошибки мышления. Среди них указывают фильтрацию, поляризованность оценок, чрезмерную генерализа-

цию или. обобщение, паникерство, персонализацию, ошибочное восприятие контроля, правоту, ошибочные представления о справедливости и т. д. Причем подчеркивается, что автоматические мысли носят индивидуальный характер, но при этом существуют общие мысли для пациентов с одним и тем же диагнозом, то есть определенные автоматические мысли, которые лежат в основе соответствующих расстройств. Автоматические мысли специфичны и дискретны, они являются своего рода стенограммой, представлены в сознании человека в свернутом виде. Задача когнитивной психотерапии состоит в том, чтобы найти и вскрыть искажения мышления и исправить их. Человека можно научить сосредоточению на интроспекции, дабы он сумел определить, как мысль связывает ситуацию, обстоятельства с эмоциональным опытом.

И Эллис, и Бек считают, что между стимулом и реакцией находится когнитивный компонент — система убеждений человека. Эллис выделяет когниции двух типов — дескриптивные и оценочные. *Дескриптивные (описательные)* когниции содержат информацию о реальности, о том, что человек воспринял в окружающем мире (чистая информация о реальности), *оценочные когниции* — отношение к этой реальности (оценочная информация о реальности). Дескриптивные когниции связаны с оценочными, но связи между ними могут быть различной степени жесткости: гибкие связи формируют рациональную систему установок (убеждений), жесткие — иррациональную. У нормально функционирующего индивида есть 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. Иногда они 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, имеющие абсолютистский характер (типа предписаний, требований, обязательного приказа, без исключений). Иррациональные установки не соответствуют реальности как по силе, так и по качеству этого предписания. Вследствие неспособности человека реализовать иррациональные установки возникают длительные неадекватные ситуации эмоции, которые препятствуют его нормальному функционированию. С точки зрения Эллиса, эмоциональные расстройства обусловлены именно нарушениями в когнитивной сфере, иррациональными убеждениями или иррациональными установками.

## ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Неадаптивное поведение и клинические симптомы представители поведенческого направления рассматривают как результат того, что человек чему-то не научился или научился неправильно, как усвоенную неадаптивную реакцию, которая сформировалась вследствие неправильного научения. В соответствии с такими представлениями о норме и патологии основная цель клинико-психологических вмеша-

тсльств 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 редукации или устранении симптома.

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

Поведенческая терапия стремится к тому, чтобы в результате лечения пациент приобрел так называемый *коррективный опыт научения*, который предполагает приобретение новых умений совладания (кошшг-умений), повышение коммуникативной компетентности, преодоление дезадаптивных стереотипов и деструктивных эмоциональных конфликтов. Этот опыт научения современной поведенческой терапии не ограничивается лишь только модификацией узкого диапазона ответных реакций в открытом поведении, а обеспечивает большие изменения в когнитивной, аффективной, поведенческой сферах функционирования.

В поведенческой психотерапии научение осуществляется непосредственно и является процессом целенаправленным, систематическим, осознаваемым и психотерапев-



том, и пациентом. 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 должны 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 подлежащей модификации специфической поведенческой реакции - симптома), разъяснением задач, механизмов, этапов лечебного процесса, определением того, что будет делать психотерапевт, и что - пациент. После каждого психотерапевтического сеанса пациент получает конкретные задания, а психотерапевт контролирует их выполнение. Основная функция психотерапевта состоит в организации эффективного процесса научения.

А. А. Александров описывает процедуру поведенческой психотерапии. Поведенческую терапию начинают с *идентификации и понимания проблемы пациента*, о которой терапевт стремится получить подробную информацию: как началось расстройство, каковы его тяжесть, час-

тота проявлений; что пациент предпринимал для преодоления проблемы; что он думает о своей проблеме, обращался ли он прежде к терапевтам. Чтобы получить ответ на эти вопросы (а они могут быть болезненными для пациента и смущать его), необходимо предварительно установить с пациентом отношения доверия и взаимного понимания. Поэтому терапевт внимательно слушает и стремится к эмпатическому контакту.

Затем терапевт проводит *функциональный анализ проблемы*, пытаясь определить специфические ситуационные и личностные переменные, которые поддерживают дезадаптивные мысли, чувства и поведение. Акцент на переменных, поддерживающих проблему в настоящий момент, не означает игнорирования истории пациента. Однако прошлый опыт важен только в той степени, в какой он все еще активен в возникновении настоящего дистресса.

В поведенчески ориентированном *интервью* терапевт редко задает пациенту вопрос «почему?», например: «Почему вы испытываете страх в толпе?» Более полезны для идентификации личностных и ситуационных переменных, поддерживающих в настоящем проблемы пациента, вопросы, начинающиеся с «как?», «когда?», «где?», «что?» Терапевт полагается главным образом на самоотчеты пациентов, в частности, в оценке мыслей, фантазий и чувств. Такие самоотчеты являются более надежными предсказателями поведения, чем суждения клиницистов или результаты личностных тестов.

*Собственно научение* в рамках поведенческой психотерапии осуществляется на основании ранее рассмотренных схем, связанных с общими теориями научения, сформулиро-

ванными бихевиоризмом. Методически поведенческая психотерапия не выходит за пределы традиционной бихевиористской схемы «стимул—промежуточная переменная—реакция». Каждая школа поведенческой психотерапии концентрирует психотерапевтическое воздействие на отдельных элементах и комбинациях внутри этой схемы.

А. А. Александров приводит основные положения, характеризующие поведенческую терапию в целом:

1. Многие случаи патологического поведения, которые прежде рассматривались как болезни или как симптомы болезни, с точки зрения поведенческой терапии представляют собой непатологические «проблемы жизни». К таким проблемам относятся прежде всего тревожные реакции, сексуальные отклонения, расстройства поведения.

2. Патологическое поведение является в основном приобретенным и поддерживается теми же способами, что и нормальное поведение. Его можно лечить, применяя поведенческие процедуры.

3. Поведенческая диагностика в большей степени сосредоточивается на детерминантах настоящего поведения, чем на анализе прошлой жизни. Отличительным признаком поведенческой диагностики является ее специфичность: человека можно лучше понять, описать и оценить по тому, что он делает в конкретной ситуации.

4. Лечение требует предварительного анализа проблемы, выделения в ней отдельных компонентов. Затем эти специфические компоненты подвергаются систематическому воздействию поведенческих процедур.

5. Стратегии лечения разрабатываются индивидуально по различным проблемам у различных индивидов.

6. Понимание происхождения психологической проблемы (психогенеза) несущественно для реализации поведенческих изменений; успех в изменении проблемного поведения не подразумевает знания его этиологии.

7. Поведенческая терапия основана на научном подходе. Это значит, во-первых, что она отталкивается от ясной концептуальной основы, которая может быть проверена экспериментально; во-вторых, терапия согласуется с содержанием и методом экспериментально-клинической психологии; в-третьих, используемые техники можно описать с достаточной точностью для того, чтобы измерить их объективно или чтобы повторить их; в-четвертых, терапевтические методы и концепции поддаются экспериментальной оценке.

В рамках поведенческой психотерапии можно выделить три основных ее вида (или три группы методов), непосредственно связанных 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 уничтожение 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, принимаемых за 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 теми или иными теориями научения.

Поведенческая психотерапия — направление развивающееся. Начав с теорий научения, построенных по схеме «стимул—реакция», оно использует далее когнитивные и социальные теории научения, а в последние годы пытаются опереться также на теории переработки информации, коммуникации и даже больших систем. Соответственно модифицируются старые и расширяется спектр новых методов поведенческой психотерапии.

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

# Гуманистическое направление в психотерапии

Это направление весьма неоднородно, что находит отражение даже в разнообразии терминов, которые используются для его названия. Наряду с термином «гуманистическое направление» его также часто обозначают как «экзистенциально-гуманистическое», или «опытное», в связи, прежде всего, с тем, что в него традиционно включают самые разнообразные психотерапевтические школы и подходы, объединенные общим пониманием цели психотерапии и путей ее достижения. Во всех этих подходах личностная интеграция и восстановление целостности человеческой личности рассматриваются как основная цель психотерапии, которая может быть достигнута за счет переживания, осознания, принятия и интеграции нового опыта, полученного в ходе психотерапевтического процесса. Однако далеко не всегда эти подходы имеют в своей основе собственно гуманистическую психологию. Посему термин «гуманистическое направление» не совсем точно отражает содержание

всех конкретных школ в рамках данного направления. По сути своей только одна его ветвь может быть названа гуманистической психотерапией. По-видимому наиболее адекватным является термин «опытное направление», однако мы все же используем термин «гуманистическое направление», учитывая сложившуюся у нас традицию и отчетливую связь каждого конкретного подхода в рамках этого направления с гуманистической психологией.

Гуманистическая психология, которую часто называют «третьей силой в психологии» (после психоанализа и бихевиоризма), сформировалась как самостоятельное направление в 50-х годах XX столетия. Гуманистическая психология основывается на философии европейского *экзистенциализма и феноменологическом подходе*. Экзистенциализм привнес в гуманистическую психологию интерес к проявлениям человеческого бытия и становлению человека, феноменология — описательный подход к человеку, без предварительных теоретических построений, интерес к субъективной (личной) реальности, к субъективному опыту, опыту непосредственного переживания («здесь и теперь») 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 единое человеческое духовное начало.

Гуманистическая психология во многом развивалась как альтернатива психоанализу и бихевиоризму. Один из виднейших представителей этого подхода Р. Мей (R. May) писал, что «понимание человека как пучка инстинктов или собирания 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 феномена — именно эти психоаналитические воззрения вызывали критику представителей гуманистической психологии. Бихевиоризм, с их точки зрения, дегуманизировал человека, акцентируя внимание только на внешнем поведении и лишая его глубины и духовного, внутреннего смысла, превращая тем самым личность в машину, робот или лабораторную крысу. Гуманистическая психология провозгласила свой подход к проблеме человека. Она рассматривает личность как уникальную, целостную систему, понять которую посредством анализа отдельных проявлений и составляющих просто невозможно. Именно целостный подход к человеку стал 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.

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 раз-



витию. Для здоровой личности движущей силой поведения и его целью является самоактуализация, считающаяся «гуманоидной потребностью», биологически присущей 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 помогает человеку стать тем, кем он может стать на самом деле, и, следовательно, жить осмысленно, полно и совершенно. Потребность в самоактуализации выступает высшей человеческой потребностью, главным мотивационным фактором. Однако эта потребность проявляется и определяет поведение человека лишь в том случае, если удовлетворены другие, нижележащие, потребности. Один из основателей гуманистической психологии Л. Маслоу разработал иерархическую модель потребностей:

*1-й уровень* — физиологические потребности (потребности в пище, "те, сексе и др.);

5 С. Соловьев;

*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 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, продвижение к высшей цели — самоактуализации, психологическому росту — неосуществимо, пока индивид не удовлетворит нижележащие потребности, не избавится от их доминирования, которое может быть обусловлено ранней фрустрацией той или иной потребности и фиксацией человека на определенном, соответствующем этой неудовлетворенной потребности уровне функционирования. Маслоу также подчеркивал, что потребность в безопасности способна 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 увеличить тревогу и страх, что ведет к усилению потребности в безопасности и возврату к старым, безопасным стереотипам.

К. 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: открытостью по отношению к опыту, стремлением в любой отдельный момент жить полной жизнью, способностью прислушиваться в большей степени к собственным интуиции и потребностям, чем к рассудку и мнению окружающих, чувством свободы, высоким уровнем 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 «опыт» занимает важное место в концепциях Роджерса и других представителей этого направления. Опыт понимается как мир личных 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 и сознательные (символизованные) переживания, и бессознательные (несимволизованные). Опыт прошлого также имеет значение, однако актуальное поведение обусловлено именно актуальным восприятием и интерпретацией событий (актуальным опытом).

## ОРГАНИЗМ

Термин «**организм**» здесь понимается не в исключительно биологическом смысле, а как сосредоточение всего опыта переживаний (локус всего опыта переживаний). Роджерс 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 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 желания». Таким образом, это понятие включает не только висцеральные и сенсорные реакции, но и весь социальный опыт человека, 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, включаю-

шая физические, эмоциональные, когнитивные, социальные и поведенческие характеристики, являющаяся дифференцированной частью 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). Необходимое условие для самоактуализации — наличие адекватной Я-концепции, полного и целостного представления человека о самом себе, включающей самые разнообразные собственные проявления, качества и стремления. Только такое полное знание о самом себе может стать основой для процесса самоактуализации.

## КОНГРУЭНТНОСТЬ

Термин **конгруэнтность (неконгруэнтность)** также определяет возможности самореализации. Во-первых, это 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, кто он есть в опыте, если он «открыт опыту», то его образ Я будет адекватным и целостным, поведение — конструктивным, а сам человек является зре-

лым, 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 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, к 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 рассматриваются 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 все-

го многообразия своего собственного опыта, чему способствуют определенные условия воспитания и социализации индивида.

## КОНЦЕПЦИЯ НЕВРОЗА В ГУМАНИСТИЧЕСКОМ НАПРАВЛЕНИИ

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 уничтожение, 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 Маслоу выделял два вида мотивации: дефицитарную мотивацию (дефицитарные мотивы) и мотивацию роста (мотивы роста). Цель первой — удовлетворение дефицитарных состояний (голода, опасности). 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.

Роджерс также видит в блокировании потребности самоактуализации источник возможных нарушений. Мотивация самоактуализации реализуема 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 часто собственные переживания человека, его опыт могут в большей или меньшей степени расходиться с представлением о себе. Расхождение, несоответствие между Я-концепцией и переживанием представляет угрозу для его Я-концепции. Эмоциональная реакция на ситуацию, воспринимаемая как угроза, — 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 Я-концепции или согласуется с ней. Отрицание есть процесс полного исключения из сознания угрожающих переживаний и неприятных аспектов действительности. Когда переживания целиком не согласуются с образом Я, тогда уровень внутреннего дискомфорта и тревоги слишком высок, чтобы человек мог с ним справиться. В таком случае развиваются либо повышенная психологическая уязвимость, либо различные психические расстройства, в частности, невротические нарушения. В этой связи возникает вопрос: почему у одних людей Я-концепция дос-



татоchio адекватна и человек способен переработать новый опыт и интегрировать его, а у других этот опыт представляет угрозу для Я? Как уже указывалось, 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 своим поведением дают ребенку почувствовать, что они его принимают и любят независимо от того, как он себя сейчас ведет («Я тебя люблю, но твоё поведение сейчас мне не нравится» — безусловное принятие), то ребенок будет уверен в любви и принятии и в дальнейшем окажется менее уязвимым в отношении несогласующегося с Я опыта. 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 любить тебя только в том случае, если ты будешь хорошо себя вести» — условное принятие), то ребенок не уверен в своей ценности и значимости для родителей. Он ищет в себе, в своем поведении нечто, лишаящее его родительской любви и принятия. Проявления, не получающие одобрения и вызывающие негативные переживания, могут исключаться из Я-концепции, что препятствует ее развитию. Человек избегает ситуаций, потенциально чреватых неодобрением и негативной оценкой. Он начинает руководствоваться в своем поведении и жизни чужими оценками и ценностями, чужими потребностями и все дальше уходит от самого себя. В итоге личность не получает полного

развития. Таким образом, отсутствие безусловного принятия формирует искаженную Я-концепцию, не соответствующую тому, что есть в опыте человека. Неустойчивый и неадекватный образ Я делает человека психологически уязвимым в отношении чрезвычайно широкого спектра собственных проявлений, которые также не осознаются (искажаются или отрицаются), что усугубляет неадекватность Я-концепции и создает почву для роста внутреннего дискомфорта и тревоги, способных стать причиной манифестации невротических расстройств.

В. Франкл, основатель «третьего венского направления психотерапии» (после Фрейда и Адлера), считает, что каждое время имеет свой невроз и должно иметь свою психотерапию. Современный невротический пациент страдает не от подавления сексуального влечения и не от чувства собственной неполноценности, 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, гуманистический (экзистенциально-гуманистический), «опытный» подход считает психические нарушения, в частности невротические расстройства, результатом невозможности самоактуализации, отчуждения человека от самого себя и от мира, невозможности раскрыть смысл собственного существования.

## ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНО-ГУМАНИСТИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Гуманистическое направление в психотерапии включает в себя разнообразные подходы, школы и методы, которые в самом общем виде объединяет идея личностной интеграции, личностного роста, восстановления целостности человеческой личности. Этого можно достичь путем переживания, осознания (осознавания), принятия и интеграции опыта, уже существующего и полученного в ходе психотерапевтического процесса. Но представления о том, каким должен быть этот путь, за счет чего пациент в ходе психотерапии может получить новый уникальный опыт, способствующий личностной интеграции, у представителей данного направления различаются. Обычно в «опытном» направлении выделяют три основных подхода.

**Философский подход.** Его теоретической основой являются экзистенциальные взгляды и гуманистическая психология. Главная цель психотерапии — помочь человеку в становлении самого себя как самоактуализирующейся личности, помощь в поисках путей самоактуализации, в раскрытии смысла собственной жизни, в достижении аутентичного существования. Это может быть достигнуто посредством развития в процессе психотерапии адекватного образа Я, адекватного самопонимания и новых ценностей. Личностная интеграция, рост аутентичности и спонтанности, принятие и осознание себя во всем своем многообразии, уменьшение расхождения между Я-коцепцией и опытом рассматриваются как самые значимые факторы психотерапевтического процесса.

Наиболее полно этот подход выражен в разработанной Роджерсом клиент-центрированной психотерапии, получившей широкое распространение и оказавшей значительное влияние на развитие групповых методов. Для Роджерса задачи психотерапии заключаются 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 другими. Психотерапевт последовательно реализует в ходе работы с пациентом три основные переменные психотерапевтического процесса.

Первая — *эмпатия* — это способность психотерапевта встать на место пациента, почувствовать его внутренний мир, понимая его высказывания так, как он сам это понимает.

Вторая — *безусловное положительное отношение к пациенту*, или *безусловное положительное принятие*, — предполагает отношение к пациенту как к личности, обладающей безусловной ценностью, независимо от того, какое поведение он демонстрирует, как оно может быть оценено, какими качествами он обладает, болен он или здоров.

Третья — *собственная конгруэнтность*, или *аутентичность* психотерапевта, — означает истинность поведения психотерапевта, соответствие тому, какой он есть на самом деле.

Все три параметра, вошедшие в литературу под названием «триада Роджерса», непосредственно вытекают из

взглядов на проблему личности и возникновение расстройств. Это, по сути дела, «методические приемы», способствующие изучению пациента и достижению необходимых изменений. Сложившиеся таким образом отношения с психотерапевтом пациент воспринимает как безопасные, ощущение угрозы при этом редуцируется, постепенно исчезает защита, вследствие чего пациент начинает открыто говорить о своих чувствах и переживаниях. Искаженный ранее по механизму защиты опыт теперь воспринимается более точно, пациент становится более «открытым опытом», который ассимилируется и интегрируется в «Я», а это способствует увеличению конгруэнтности между опытом и «Я-концепцией». У пациента возрастает позитивное отношение к себе и другим, он становится более зрелым, ответственным и психологически приспособленным. В результате этих изменений восстанавливается и приобретает возможность дальнейшего развития способность к самоактуализации, личность начинает приближаться к своему «полному функционированию».

В психотерапевтической теории и практике в рамках философского подхода наиболее известны клиент-центрированная психотерапия Роджерса, логотерапия Франкла, дизайн-анализ Бинсвагера, разговорная психотерапия Л. М. Тауша (А. М. Tausch), а также психотерапевтические технологии Р. Мэя, Дж. Т. Бюдженталя (J. T. Bugental), И. Д. Ялома (I. D. Yalom).

**Соматический подход.** При этом подходе новый опыт, способствующий личностной интеграции, пациент приобретает за счет общения с самим собой, с различными аспектами своей личности и своего актуального состояния. Ис-

пользуются как вербальные, так и невербальные методы, применение которых способствует интеграции «Я» благодаря концентрации внимания и осознания различных аспектов (частей) собственной личности, собственных эмоций, субъективных телесных стимулов и сенсорных ответов. Делается акцент и на двигательных методиках, способствующих высвобождению подавленных чувств и их дальнейшему осознанию и принятию. Примером этого подхода является гештальт-терапия Перлса.

**Духовный подход.** При таком подходе новый опыт, способствующий личностной интеграции, пациент приобретает благодаря приобщению к высшему началу. В центре внимания находится утверждение «Я» как трансцендентального или трансперсонального опыта, расширение опыта человека до космического уровня, что, по мнению представителей данного 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 объединяет представления о целях психотерапии как личностной интеграции, восстановлении целостности 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 (психоте-

рапевт, группа), непосредственное обращение к ранее закрытым аспектам собственного «Я» (в частности, телесного) и соединение с высшим началом.

Т. Б. Карасу (Karasu T. B., 1977), рассматривая экзистенциально-гуманистическое направление в психотерапии, приводит следующие его основные категории:

- 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 (экзистенциальная: диада равных людей, или «Взрослый—Взрослый», то есть человеческий союз);
- характер отношения пациента к лечению (считается реальным, в отличие, например, от признания существо-

вания переноса в динамическом направлении, и представляет первостепенную важность);

- позиция психотерапевта (взаимодействующая и принимающая; он выступает во взаиморазрешающей или удовлетворяющей роли).

Преимственность между личностной концепцией, концепцией патологии и собственно практикой психотерапевтической работы является неперенным условием научно обоснованных психотерапевтических школ (Карвасарский Б. Д., 2002).



# Мишени психотерапевтического воздействия

Психотерапевтическое воздействие адресовано некой психической реальности, психической структуре. Все разнообразие психические явления рассматриваются в рамках трех возможных феноменов — психических процессов, психических состояний, психических свойств, составляющих психическую структуру личности человека.

***Психические процессы*** (или психические реакции) кратковременны, обратимы и связаны с действующим раздражителем. Они могут быть познавательными (когнитивными), эмоциональными, волевыми. Познавательные психические процессы, как правило, обслуживают текущую деятельность. Психический процесс памяти позволяет запоминать номера телефонов, психический процесс внимания — сосредоточиваться на текущей работе. Мышление дает возможность решить логическую задачу. Эмоциональные процессы обеспечивают связь с актуальной психической реальностью. Когда нам делают приятный

подарок, возникает реакция радости; в ответ на грубость собеседника мы демонстрируем реакцию гнева, в ситуации потери — реакцию печали. Волевые психические процессы придают нашим поступкам и поведению в целом целенаправленность и целеустремленность. Когда психические процессы фиксируются и усиливаются, они могут переходить в психические состояния.

**Психические состояния** более устойчивы и более длительны, чем психические процессы. Они формируются постепенно и не обязательно обусловлены с текущими раздражителями, поступающими из внешней среды. Например, психическое состояние астении (усталости, утомления) после перенесенного простудного заболевания не связано с происходящими вокруг человека событиями. Психическое состояние выступает в качестве своеобразного функционального фона, на котором протекают психические процессы. Так, на фоне депрессивного состояния может возникнуть кратковременная реакция радости, на фоне астении — кратковременная реакция гнева. Психическое состояние модулирует (изменяет) параметры текущих психических реакций.

Психические состояния могут также быть познавательными (интерес), эмоциональными (тревога) или волевыми (мотивационными). Они бывают положительными (эйфория) или отрицательными (депрессия). Психические состояния, которые характеризуются устойчивостью и длительностью, могут переходить в свойства личности.

**Свойство** — относительно устойчивая, относительно постоянная и неизменная в течение всей жизни человека черта, что-то такое, что присуще человеку на протяжении

всей его жизни. Например, к свойствам личности относятся тревожность как чувствительность к опасности, склонность реагировать эмоцией тревоги, или агрессивность как навык нападения, тенденция к демонстрации силы или применению силы с целью причинения вреда, нанесения ущерба. Свойства составляют личность человека, которая характеризуется определенной устойчивостью и постоянством индивидуально-психологических признаков. Единство свойств личности образует уникальную психологическую структуру.

Психологическое (психотерапевтическое) воздействие может быть *адресовано личности человека*, его свойствам, и тогда это *патогенетическая психотерапия*, так как она направлена на причину психологического страдания, а может быть нацелено на коррекцию текущих психических *состояний и процессов*, и тогда это *симптоматическая психотерапия*, поскольку она направлена на симптом, на проявление психологического страдания.

**Мишень** психотерапевтического воздействия — личность или отдельные свойства личности либо эмоционально-негативные психические состояния. В том случае, когда мишенью психотерапии выступает личность, мы обычно предполагаем некоторую личностную дисгармонию, некоторое несовершенство, слабость, уязвимость личности, каковые составляют причину психологической проблемы, возникшей под воздействием каких-либо психотравмирующих факторов, с которыми данная личностная структура справиться не может. Тогда задача психотерапии — либо разрешение внутриличностного конфликта, либо гармонизация свойств личности со стимулирующей личностного развития и роста.

Однако психологическое страдание не обязательно является следствием несовершенства личности. Человек может подвергнуться столь мощному воздействию психической травмы, что, какой бы совершенной ни была личностная структура, она неизбежно продуцирует эмоционально-негативное состояние: человек впадает в отчаяние, в тоску, в депрессию. Каждый из нас переживает депрессию в ситуации потери, например, смерти близкого человека, в ситуации развода, разрыва отношений. Вследствие стихийных бедствий (пожар, землетрясение, наводнение) или техногенных катастроф практически у каждого возникает состояние тревоги или страха. Эмоционально-негативное психическое состояние может также сопровождать тяжелые или длительные соматические болезни, острые или хронические межличностные конфликты. В данном случае мишенью психотерапии является не личность, а те психические состояния, в которых она находится. Целью психотерапевтического воздействия является нивелирование эмоционально-негативных психических состояний.

Рассмотрим эти мишени более подробно.

## **ЛИЧНОСТЬ**

В разнообразных концепциях личности представлены *два основных подхода: типологический*, который описывает целостную неповторимую индивидуальность чело-

века, и *теории черт*, в которых личность принимается за совокупность определенных черт личности, определенных свойств и характеристик.

К свойствам личности наиболее часто относятся такие конструкты, как *самооценка*, или отношение к самому себе, *конформность* (тенденция изменять свое поведение под воздействием окружающих так, чтобы соответствовать их ожиданиям), *агрессивность*, *тревожность*, *локус контроля*, то есть приписывание ответственности за происходящее либо окружающему, либо самому себе, *уровень притязаний*, связанный со сложностью тех задач, на решение которых претендует человек, и др. Индивидуальность при этом определяется как совокупность разнообразных личностных характеристик, представленных в своем сочетании и выраженных в большей или меньшей степени. Психотерапевтическое воздействие может быть адресовано либо целостному личностному складу, либо отдельным свойствам личности (например, свойству агрессивности или свойству тревожности), а может быть направлено на самооценку или на уровень притязаний.

Типологический подход описывает разнообразные типы индивидуальности, обладающие неповторимым психологическим складом. К наиболее известным относится концепция акцентуаций личности, или акцентуаций характера, которую начал разрабатывать немецкий психолог К. Леонгард -и продолжил отечественный врач А. Е. Личко. Личко выделяет в качестве основных *гипертимий*, *циклоидный*, *лабильный*, *астенический*, *сенситивный*, *психастенический*, *шизоидный*, *эпилептоидный*, *истероидный*, *конформный* и *неустойчивый личностные типы*.

Каждый из них имеет как свои сильные стороны, так и слабые, называемые «местом наименьшего сопротивления».

В том случае, когда соответствующая личностная структура попадает в определенную жизненную ситуацию, подходящую, как ключ к замку, к месту наименьшего сопротивления данной личности, чаще всего и возникает психологическая проблема, формирующая психологическое страдание, которое и приводит человека к психотерапевту или к психологу. Каждый тип личности имеет свое *место наименьшего сопротивления* и свой круг жизненных ситуаций, порождающих психологические трудности и проблемы. С учетом типа личности и формируемых этой личностью наиболее характерных для нее психических состояний подбирается адекватная психотерапия, которая оказалась бы самой эффективной именно для данной личностной структуры. Опишем эти типы.

## Гипертимный тип

Лица гипертимного типа с детства отличаются большой шумливостью, общительностью, чрезмерной самостоятельностью и склонностью к озорству. У них нет ни застенчивости, ни робости перед незнакомыми людьми, но зато недостает чувства дистанции в отношении к взрослым. В играх они любят командовать сверстниками. Гипертимные люди обычно бывают лидерами, для чего у них есть все данные, причем лидерами не формальными, а фактическими.

Это люди способные и одаренные. В школе, впрочем, несмотря на хорошие способности, живой ум, умение все схватывать «на лету», учатся неровно из-за своей неусидчивости, недисциплинированности, отвлекаемости, из-за постоянного и живого интереса ко всему, что их окружает. В подростковом возрасте ярко проявляется главная черта гипертимного типа — почти всегда отличное, даже несколько приподнятое настроение, которое сочетается с хорошим самочувствием, нередко цветущим внешним видом, высоким жизненным тонусом, активностью, энергичностью, неизменно прекрасным аппетитом и крепким, освежающим сном.

Лишь изредка постоянно приподнятое, «солнечное» настроение омрачается вспышками раздражительности и гнева, вызванными противодействием окружающих, их стремлением подавить или ограничить слишком бурную энергию гипертимного человека.

Гипертимные люди рано проявляют самостоятельность, независимость, автономность. Они плохо переносят жесткую дисциплину и строго регламентированный режим, на гиперопеку начальников или старших с ее мелочным контролем, нравоучениями и наставлениями реагируют раздражением. Это их слабое место — *locus minoris resistentia* (место наименьшего сопротивления); самая психологически трудная ситуация в жизни — однообразие и монотонность. Такие люди плохо справляются с делами, требующими большой усидчивости, тщательности, кропотливой работы. Зато в необычных ситуациях они не теряются, проявляют находчивость, изобретательность, способны ловчить и изворачиваться.

К правилам и законам гипертимные относятся легкомысленно и незаметно для себя могут проглядеть границу между тем, что иногда разрешается, и тем, что всегда запрещено. Из-за этого, а также из-за своей большой общительности часто неразборчивы в выборе знакомых и могут оказаться в сомнительном окружении. Постоянно тянутся в компанию, тяготеют к одиночеству. Любят риск и авантюры, и, поскольку в любой культуре риск оценивается как положительный феномен, их обычно высоко ценят в группе. У гипертимных людей хорошее чувство нового. Новые люди, места, предметы, занятия весьма привлекают их. Впрочем, они редко доводят начатое до конца, легко отвлекаясь на новые идеи и новые занятия. Аккуратностью не отличаются ни в выполнении обещаний, ни в денежных делах; легко залезают в долги, любят шиковать, прихвастнуть. Жизненные трудности и неудачи могут вызвать у них бурную реакцию, но не способны надолго выбить из колеи. Гипертимные люди, что называется, «вспыльчивы, но отходчивы», быстро забывают обиды, легко мирятся.

Для этих людей довольно характерны раннее начало половой жизни, ее бурное протекание, интенсивное половое чувство. Какие-либо девиации (отклонения от стандартного сексуального сценария) мимолетны, случаются, как правило, в подростковом возрасте, склонности к их фиксации обычно не обнаруживаются.

Гипертимные личности по преимуществу переоценивают свои способности и возможности; для них больше характерна завышенная самооценка. Уровень притязаний, как правило, высокий. Конфликты в группе бывают главным образом из-за конкуренции на роль лидера, а также



из-за постоянного стремления вступать во все происходящее и всем руководить.

На почве гипертимного личностного типа может сформироваться алкоголизм; также возможны, особенно в подростковом возрасте, разнообразные нарушения поведения.

В критических ситуациях гипертимный человек не теряется, легко находит выходы из самых сложных и запутанных ситуаций, проявляя ловкость, изворотливость и находчивость. В ответ на жизненные трудности и невзгоды гипертимная структура реагирует повышением жизненной активности, включением механизмов психологической адаптации, компенсации и совладания. Иногда могут наблюдаться вспышки раздражения и гнева, отдельные агрессивные реакции, которые чаще всего сменяются более конструктивными формами поведения, направленными на поиск выхода из сложившейся критической ситуации.

## Циклоидный тип

До подросткового возраста циклоидный человек выглядит как гипертимный — шумный, общительный, склонный к лидерству, с постоянным стремлением к риску и авантюрам, к играм и к озорству. В подростковом возрасте может возникнуть первая субдепрессивная фаза, которая проявляется снижением настроения, падением работоспособности, повышенной утомляемостью, вялостью, слабостью, упадком сил. Все, что раньше давалось легко и просто, теперь требует значительных усилий. Все валится из рук. Трудно становится работать и учиться.

Общение с окружающими начинает тяготить. В такие периоды циклоидные люди избегают компаний, делаются вялыми домоседами. Ничем не занимаются, жалуется на скуку. Мелкие неприятности и неудачи, частые в этот период из-за снижения работоспособности, переживаются очень тяжело. Аппетит также может быть снижен. Любимые раньше блюда не доставляют прежнего удовольствия. Жалуются, что становится трудно уснуть, а утром возможно ощущение слабости и разбитости. Сексуальная активность снижается.

Субдепрессивная фаза продолжается одну-две недели, затем сменяется солнечным, гипертимным, состоянием — снова наступает период подъема, и они опять становятся шумными и общительными. Повышается сексуальная активность. Бросаются в глаза желание везде и всюду острить, стремление к несвойственным прежде розыгрышам и шуткам. Вновь повышается активность, поднимаются работоспособность, настроение, нормализуются сон и аппетит. Затем гипертимное состояние сменяется субдепрессивным. Постепенно формируется индивидуальный цикл — фазы подъема и спада начинают правильно чередоваться друг с другом, подчас без каких-либо внешних причин. Эти фазы подъема и спада повторяются в течение всей жизни.

Место наименьшего сопротивления циклоидных людей, то есть наиболее трудная для них жизненная ситуация, — ломка жизненного стереотипа, любая новая социальная ситуация: переезд в другой город, смена места работы, женитьба, рождение ребенка — представляют для них проблему. В субдепрессивной фазе появляется из-

бирательная чувствительность к укорам, упрекам, обвинениям — всему, что способствует возникновению идей самообвинения и самоуничужения, развитию представлений о собственной малоценности, несостоятельности, неспособности справиться с жизнью. Самооценка долго не формируется, оставаясь в зависимости от переживаемого периода подъема или спада, то повышенной, то заниженной. Лишь постепенно, по мере накопления «хороших» и «плохих» периодов, возникает более или менее адекватное представление о себе.

Для циклоидных людей нехарактерны делинквентность, побег из дома, наркомании, токсикомании и алкоголизм. Алкоголизируются лишь изредка во время гипертимной фазы.

На критические жизненные ситуации циклоидные люди, как правило, реагируют возникновением депрессивных переживаний: появляются чувство вины, ощущение своей несостоятельности, малоценности.

Укоры и упреки, обращенные к самому себе как к виновнику происходящих событий, усугубляют депрессию, парализуя адаптивные и компенсаторные возможности личности. Самооценка резко снижается, повышается чувствительность к оценкам и мнениям окружающих людей. Может формироваться виктимное поведение — поведение жертвы, провоцирующее окружающих на критические высказывания в адрес депрессивного индивида. Психологические реакции, наиболее часто возникающие в ответ на критические обстоятельства, — это реакции ухода, пассивности и отстраненности от разрешения жизненных трудностей.

## Лабильный тип

Детство человека лабильного личностного типа часто бывает отмечено склонностью к невротическим реакциям. В подростковом возрасте обращает на себя внимание главная черта этого типа — крайняя изменчивость, лабильность настроения, которое меняется слишком часто и чрезмерно резко по ничтожным или даже незаметным для окружающих поводам. Чье-то нелестное высказывание, неприветливый взгляд случайного собеседника способны погрузить в состояние мрачного расположения духа в отсутствие каких-либо серьезных неприятностей или неудач. Напротив, интересная беседа, мимолетный комплимент, кем-то оброненные слова о заманчивых, хотя и малореальных перспективах способны вселить веселость и жизнерадостность, даже отвлечь от реальных неприятностей.

От настроения в каждый момент времени зависит все: и самочувствие, и аппетит, и работоспособность, и общительность. Соответственно настроению, будущее кажется то радужным, то унылым и безнадежным, и прошлое предстает как цепь то приятных, солнечных воспоминаний, то сплошных неудач и несправедливостей. Повседневное окружение также кажется то милым и интересным, то скучным и безобразным. Подобные маломотивированные смены настроения могут создавать у окружающих впечатление поверхностности и легкомыслия. Однако на самом деле людей лабильного типа отличают глубокие чувства, искренняя привязанность к тем, от кого они видят любовь, заботу и внимание. Им свойственна преданная дружба.

Наиболее «слабое звено» лабильных — эмоциональное отвержение значимыми лицами, утрата близких, разлука с ними. Утрата близких переносится особенно тяжело. Своеобразная избирательность интуиции позволяет им быстро почувствовать отношение окружающих — сразу же, при первом же контакте определять, кто к ним расположен, а в ком таится хоть малейшая капля недоброжелательности и неприязни. Самооценка отличается искренностью и умением правильно отметить черты своего характера.

Лабильные люди любят компании, смену обстановки, но, в отличие от гипертимных, их привлекает не новое поле деятельности, а лишь возможность новых впечатлений. Отличительной особенностью этих людей является чуткость ко всякого рода знакам внимания; похвалы и поощрения доставляют им искреннюю радость. Лабильный человек никогда не претендует, подобно гипертимному, на роль лидера; он охотно довольствуется положением всеми опекаемого, всеми оберегаемого и защищаемого любимца и баловня. И разнообразные увлечения, и уход в группу — это все способы улучшить настроение. Можно сказать, что лабильный человек постоянно занят регулировкой своего «эмоционального гомеостаза», своего актуального психического состояния, тяготея к таким людям и к таким ситуациям, в которых находит эмоциональную поддержку и понимание.

Сексуальная активность довольно долгое время держится на уровне флирта и ухаживаний, заманивания, кокетства, сексуальной игры. Влечение остается малодифференцированным; поэтому возможно временное отклонение

на путь транзиторного гомосексуализма. Среди возможных патопсихологических нарушений, возникающих на почве лабильной акцентуации личности, следует отметить склонность к острым аффективным реакциям, реактивным депрессиям, а также к неврозам, в особенности — к неврастении. Лабильный тип личности сочетается с психофизическим инфантилизмом, с вегетативной лабильностью и предрасположенностью к аллергическим заболеваниям.

На чрезвычайные ситуации и экстремальные обстоятельства лабильный человек в большинстве случаев дает невротические реакции, преимущественно депрессивного типа. Психическая деятельность оказывается парализованной, механизмы адаптации и компенсации не включаются, активные и конструктивные механизмы совладания со стрессом не используются. Во внутреннем психологическом плане кризис переживается как состояние паники, блокирующей возможности конструктивного разрешения критических обстоятельств.

### Астеноневротический тип

Астеноневротический тип личности обнаруживает себя достаточно рано — с детства отмечаются разнообразные признаки невропатии: беспокойный сон, плохой аппетит, плаксивость, капризность, пугливость, иногда ночные страхи, заикание, тики, энурез и т. п. Главные отличительные черты этого типа наиболее ярко проявляются в подростковом возрасте: повышенная утомляемость, раздражительность и склонность к ипохондрии. Утомляе-

мость отмечается при любых повышенных физических, эмоциональных или интеллектуальных перегрузках. Они плохо переносят большие компании: простое присутствие рядом окружающих само по себе является значительной эмоциональной нагрузкой. В обстановке соревнования, проверки, разнообразных экзаменов, контрольных, самых разных испытаний легко возникает эмоциональное напряжение, которое субъективно переносится тяжело. Раздражительность проявляется в склонности к эмоциональным вспышкам, обычно в состоянии переутомления, часто по самому незначительному поводу, незаметному для окружающих. Раздражение может изливаться на случайно попавшихся под руку людей; оно быстро сменяется раскаянием, слезами, чувством вины.

Раздражительности астеноневротических личностей несвойственна агрессия с ее сознательным и преднамеренным причинением вреда, нанесением ущерба. Астено-невротический человек не планирует агрессию. Его раздражительность — это всегда признак слабости, проявление астении, на фоне которой снижается способность контролировать свои эмоциональные реакции и поведение в целом. Раздражительность проявляется случайными вспышками эмоций, направленными на тех, кто оказался рядом в данный момент, и к кому эти реакции, по сути дела, отношения не имеют. После такой вспышки не наступает чувства удовлетворения от причинения страданий окружающим, как это бывает при агрессии, особенно если она окрашена чертами садизма или жестокости; вместо этого у астеноневротических людей возникают раскаяние, сожаление, чувство вины.

У людей астеноневротического типа отмечается выраженная склонность к ипохондрии. Ипохондрия — болезненно преувеличенное беспокойство о своем здоровье. Такие индивиды постоянно прислушиваются к малейшим неприятным ощущениям со стороны внутренних органов: где-то что-то заболело, закололо, возникло ощущение дискомфорта — сразу пугаются, начинают посещать врачей, обследуются, лечатся, охотно укладываются в постель. Если же забота о своем здоровье становится основным содержанием и интересом в жизни — речь идет об ипохондрическом развитии личности, которое часто наблюдается у людей астеноневротического типа. Им совсем несвойственны алкоголизм, наркомании, токсикомании, какие-либо нарушения поведения. Реакция эмансипации в подростковом возрасте ограничивается маломотивированными вспышками раздражения в отношении родителей, воспитателей, вообще старших. Астеноневротические люди ищут компании, но быстро от них устают, предпочитая одиночество или общение с одним близким другом.

Астеноневротики склонны к неврастении, реактивным депрессиям непсихотического уровня, острым аффективным реакциям, а также к ипохондрическому развитию личности. Критическая ситуация для этих людей — интенсивная нагрузка, осознание невыполнимости собственных планов, нереальности надежд и желаний. Часто у них формируется своеобразное защитное «ограничительное поведение»: они стремятся организовать свою жизнь таким образом, чтобы оградить себя от возможности малейших перегрузок.

В экстремальных ситуациях астеноневротический человек быстро декомпенсируется, обнаруживая реакции преиму-



ественно астенодепрессивного типа. Конструктивные адаптивные механизмы не используются. По мере утяжеления стресса уровень дезадаптации нарастает. Самостоятельно справиться с чрезвычайными ситуациями астеноневротический человек, как правило, не может. В трудных жизненных обстоятельствах ему требуются помощь и поддержка окружающих людей.

## Сенситивный тип

Люди сенситивного типа с детства пугливы и боязливы: они боятся темноты, сторонятся животных, особенно собак, боятся оказаться в одиночестве, быть запертыми дома. Чураются бойких и шумных сверстников, избегают подвижных игр и озорства. Эти люди робки и застенчивы с посторонними, в необычной обстановке испытывают стеснение и смущение. Из-за таких своих особенностей сенситивные люди могут производить впечатление замкнутых и отгороженных от окружающих, хотя на самом деле достаточно общительны с теми, к кому привыкли.

Сенситивные дети отличаются послушанием, старательно учатся, опасаясь всякого рода контрольных, экзаменов, проверок. Нередко стесняются отвечать у доски, даже когда хорошо знают урок. Их называют «домашние дети». Главные черты этого типа ярко проявляются в подростковом возрасте. Первая их отличительная особенность — чрезмерная впечатлительность, чувствительность, связанная с особенностями нервной системы. У них низкие нейрофизиологические пороги, из-за чего любой раз-

дражитель приобретает значение сверхсильного сигнала; вследствие этого — повышенная ранимость, уязвимость, психологическая незащищенность. Вторая отличительная особенность лиц сенситивного типа — колеблющаяся, крайне неустойчивая самооценка, отсутствие стабильного представления о самом себе. При этом по большей части самооценка остается заниженной — отражающей переживание собственной несостоятельности, неполноценности, ущербности, представление о том, что они в чем-то уступают другим людям, в чем-то постоянно проигрывают им. Они все время приписывают окружающим критическое, недоброжелательное к себе отношение. Хроническое переживание собственной второсортности, неполноценности время от времени приводит к гиперкомпенсаторному завышению самооценки: она становится неадекватно высокой, из смущенных и затравленных люди превращаются в резких и смелых, напоминая параноика. Однако подобное гиперкомпенсаторное поведение быстро истощается.

На почве неустойчивой и заниженной самооценки возможно формирование комплекса неполноценности. При этом очень рано формируются чувство долга, повышенная ответственность, чрезмерно высокие моральные требования к себе и к окружающим людям. Критическая жизненная ситуация — новая незнакомая обстановка. Все эти психологические особенности сенситивных катастрофически мешают их самореализации: предпочитая оставаться в тени, они подчиняются ограниченным людям, панически боятся организовывать и руководить. Часто у них отсутствует адекватная полоролевая идентификация. Женщины сенситивного типа стесняются своей женственности, не ви-

дят собственной красоты, не умеют пользоваться теми преимуществами, которые дает им принадлежность к своему полу. Мужчины сенситивного типа также себя не ценят, стремятся к зависимым, детским ролям, подчиняются людям, менее талантливым и одаренным, чем они сами.

Отвергнутая любовь может приводить к суицидным намерениям, утверждая в мыслях о своей никчемности. У лиц сенситивного типа, как правило, нет ни склонности к делинквентности, ни тенденции к алкоголизму. В алкогольном опьянении вместо эйфории у сенситивных обостряются депрессивные переживания. На почве сенситивной акцентуации может сформироваться нервная анорексия, а также развиться реактивная депрессия.

Критические жизненные обстоятельства могут вызвать у сенситивных людей прямо противоположную реакцию: с одной стороны, депрессию с переживанием своей ущербности, неполноценности, несостоятельности, а с падением самооценки — с целым комплексом переживаний, блокирующих какую-либо конструктивную деятельность по разрешению кризиса; с другой же стороны, неожиданную для окружающих, а подчас и для самого себя гиперкомпенсацию с внезапными активностью, смелостью, решительностью, мужеством и стойкостью.

### Психастенический (тревожно-мнительный) тип

Лица психастенического типа в детстве, как правило, характеризуются некоторой робостью и пугливостью, мо-

торной неловкостью, склонностью к рассуждениям и не по возрасту «интеллектуальными» интересами. В подростковом периоде проявляются главные психологические особенности психастенических личностей: нерешительность, неуверенность, склонность к сомнениям и колебаниям, тенденция к бесконечным рассуждениям, а также тревожная мнительность в виде самых разнообразных опасений за будущее — свое и своих близких, любовь к самоанализу, самокопанию и легкость возникновения навязчивых опасений, действий, ритуалов, представлений, мыслей. Опасения адресуются к возможному, даже маловероятному в будущем: как бы не случилось чего-нибудь ужасного и непоправимого с ними самими или с теми близкими, к которым они обнаруживают чрезвычайно сильную привязанность. Невзгоды сегодняшнего дня пугают их гораздо меньше. Мальчикам особенно свойственна тревога за мать: как бы она не заболела, не попала под транспорт и т. д. Психологической защитой от постоянной тревоги за будущее становятся придуманные приметы и ритуалы: например, выходя из дома, переступать порог только левой ногой, на контрольные в школе надевать одну и ту же «счастливую» рубашку. Другой формой защиты являются педантизм и формализм, которые питаются мыслью, что если все заранее предусмотреть и не уклоняться от намеченного плана, то ничего плохого не случится.

Нерешительность особенно видна в долгих и мучительных колебаниях психастенической личности, когда надо сделать самостоятельный выбор. Однако уже принятое решение должно быть немедленно исполнено, при этом обнаруживается поразительная для постороннего наблюда-

теля нетерпеливость — ждать и откладывать становится очень тяжело. Реакция гиперкомпенсации в отношении своей нерешительности и неуверенности проявляется неожиданными самоуверенными и безапелляционными высказываниями, утрированной решимостью и скоропалительностью действий в моменты, когда как раз требуются осмотрительность и осторожность. Психастенические люди долго сами себя подготавливают к какому-либо занятию, бесконечно примеряются, пробуют свои возможности, успокаивая себя тем, что еще только собираются что-либо узнать или за что-либо приняться.

Нарушений поведения (делинквентности, алкоголизма, наркоманий и токсикоманий) у психастеников, как правило, не отмечается. Самооценка, несмотря на склонность к самоанализу, а может быть, как раз вследствие этой склонности, далеко не всегда бывает точной. Психастеник может находить у себя черты самых разных личностных типов, совершенно ему несвойственные, например, истерические черты. В трудных жизненных ситуациях, предъявляющих повышенные требования к чувству ответственности, у психастеника может сформироваться обсессивно-фобический невроз. Резко усиливает психастенические черты определенный стиль воспитания в родительской семье — воспитание по типу повышенной моральной ответственности, когда взрослые перекладывают на детские плечи уход и надзор за малышами и беспомощными членами семьи. «Повышенная моральная ответственность» может быть также связана со слишком большой надеждой родителей на выдающиеся успехи их ребенка в учебе, спорте, занятиях рисованием и музыкой, овладении фехтованием или ус-

военни английского языка. Склонный к психастении ребенок чутко улавливает высокие родительские ожидания и страшится их не оправдать, чтобы не утратить всей полноты родительской любви. Следует отметить также, что наличие психастенических черт личности ухудшает прогноз любого заболевания.

На критические жизненные ситуации психастенические личности, как и сенситивные, могут реагировать по-разному. С одной стороны, в кризисе тревожно-мнительный человек способен декомпенсироваться, демонстрируя невротические реакции тормозного типа. С другой стороны, при чрезвычайных обстоятельствах психастеник может проявить реакцию гиперкомпенсации с утрированными решительностью, смелостью, предприимчивостью, находчивостью. Актуализируются защитные компенсаторные резервные возможности психики, в поведении обнаруживаются активность и способность к конструктивному разрешению критических событий.

## Шизоидный тип

С первых лет жизни шизоидные дети обращают на себя внимание необычностью, странностью поведения: любят играть в одиночестве, мало тянутся к сверстникам, избегают возни и шумных забав, предпочитая общество взрослых, могут часами слушать непонятные для них взрослые разговоры. К этим особенностям добавляются своеобразная недетская сдержанность и холодность. В подростковом возрасте все черты шизоидного типа

крайне заостряются. Прежде всего бросаются в глаза их замкнутость и отгороженность; одиночество мало тяготит их, они живут своими, необычными для других, увлечениями и интересами.

Иногда неспособность устанавливать контакты тяжело переживается шизоидными людьми. Неудачные попытки найти себе друга по душе, мимозоподобная чувствительность в таких поисках, быстрая истощаемость в контакте побуждают их к еще большему уходу в себя. Замкнутость сочетается с недостатком интуиции — неумением догадаться о не сказанном вслух, угадать желания других людей, почувствовать их переживания, неприязненное отношение к себе или, наоборот, симпатию и расположение, уловить момент, когда не следует навязывать свое присутствие. К недостатку интуиции примыкает неумение сопереживать: откликнуться на радость или печаль другого, понять чужую обиду, отозваться па беспокойство и тревогу. Слабость интуиции и сопереживания создает впечатление холодности и черствости. Некоторые поступки могут показаться жестокими, но они связаны у шизоидов с неспособностью вчувствоваться в страдания других, а не с желанием получить садистическое наслаждение.

Внутренний мир шизоидной личности почти всегда закрыт для посторонних и зачастую бывает заполнен разнообразными фантазиями и увлечениями. Шизоидные люди могут раскрываться неожиданно перед человеком малознакомым, даже случайным, но чем-то импонирующим их прихотливому выбору. В то же время их внутренние переживания могут навсегда оставаться скрытыми от близких. Недоступность внутреннего мира и сдержанность в

проявлении чувств делают неожиданными и непонятными для окружающих многие их поступки, так как весь ход предшествующих переживаний и мотивов остается скрытым.

Увлечения шизоида отличаются необычностью, силой и постоянством. Его сексуальность длительное время может оставаться незамеченной. Болезненно чувствительные в компаниях, неспособные на флирт и ухаживания, не умеющие добиться сексуальной близости в тех ситуациях, когда она возможна, шизоиды проявляют сексуальную активность зачастую неожиданно, внезапно для других, иногда в самых грубых, даже извращенных формах.

Алкоголизация у этого типа личности встречается крайне редко. Опынение обычно не сопровождается эйфорией. Однако в ряде случаев небольшие дозы крепких спиртных напитков облегчают установление контактов и устраняют чувство неестественности в процессе общения. Тогда алкоголь может регулярно использоваться в качестве своеобразного «коммуникативного допинга». Возникает специфическая психологическая зависимость от алкоголя. Это касается и употребления наркотиков. Опасность токсикоманий у шизоидов велика так же, как и алкоголизма.

Самооценка шизоидной личности отличается избирательностью. Хорошо отдавая себе отчет в своей замкнутости, трудностях установления контактов, непонимании окружающих, скрытых причин и тайных мотивов их поступков, шизоид в то же время не замечает явных противоречий в собственном поведении, откровенной нелогичности поступков. Обычно он любит подчеркивать свои независи-



мость и самостоятельность. Удар по «слабому звену» — ситуация, когда необходимо быстро и легко вступать в неформальные контакты с окружающими. При этом формальные контакты даются сравнительно легко. Для шизоида непереносимо грубое насильственное вторжение в интимный мир его фантазий и увлечений. Следует отметить, что у взрослых людей шизоидные черты, как правило, с возрастом компенсируются.

В критических обстоятельствах поведение шизоида чаще всего остается непредсказуемым. Трудно прогнозировать, в какой форме выльется причудливая психическая активность шизоидного человека в ответ на осложнение жизненной ситуации. Реакции этого типа личности определяются невидимыми окружающим психическими феноменами скрытой от постороннего глаза внутренней жизни и могут быть самыми разнообразными, вплоть до парадоксальных: например, смех при угрозе жизни или безучастность при гибели близкого человека.

### Эпилептоидный тип

Эпилептоидный личностный тип обычно проявляется уже в детстве: ребенок может часами плакать, и его невозможно ни утешить, ни отвлечь, ни приструнить, ни заставить замолчать. Очень рано у таких детей выявляются садистские наклонности: они любят мучить животных, дразнить малышей, издеваться над слабыми и беспомощными. При этом характерны также и недетская бережливость в отношении всего «своего»: своей одежды, своих иг-

рушек и школьных принадлежностей — и крайне злобная реакция, если кто-то собирается покуситься на их собственность. В школе появляется мелочная аккуратность в ведении тетрадей, дневников, содержании всех ученических принадлежностей.

Черты эпилептоидного типа особенно ярко проявляются в подростковом возрасте. Главная особенность — склонность к периодам тоскливо-злобного настроения с постепенно, исподволь накапливающим раздражением и поиском объекта, на котором можно сорвать зло. Такие состояния могут длиться часами, иногда днями, постепенно развиваясь и медленно ослабевая. С тоскливо-злобными настроениями — дисфориями — тесно связана аффективная взрывчатость эпилептоида. Вспышки возбуждения лишь на первый взгляд кажутся внезапными. Аффект пакипает постепенно в течение длительного времени. Повод для «взрыва» может быть ничтожным, играя роль «последней капли». Аффекты эпилептоида не только сильны, но и продолжительны: они долго не могут успокоиться. В аффекте наблюдаются безудержная ярость, циничная брань, возможны нанесение побоев, безразличие к беспомощности противника, неспособность учесть превосходство собственной силы.

Инстинктивная жизнь эпилептоида характеризуется большим напряжением. Отмечается сильное половое влечение; возможно сочетание склонности к сексуальным эксцессам с садистскими и мазохистскими наклонностями. Любовь окрашена мрачными красками ревности. Алкогольное опьянение часто протекает тяжело, с яростью и драками. В состоянии алкогольного опьянения эпилептоид может совершать поступки, о которых потом не пом-

нит. При этом легко возникают как агрессивные, так и аутоагрессивные аффективные реакции. Отмечается тенденция напиваться «до отключения». У эпилептоидных личностей существует реальная угроза хронического алкоголизма. Брутальность эпилептоида сказывается буквально во всем: крепкие спиртные напитки он предпочитает пиву и вину, крепкие папиросы — легким сигаретам. Среди их увлечений должна быть отмечена склонность к азартным играм. Очень легко пробуждается безудержная страсть к обогащению.

Эпилептоидные личности могут хорошо адаптироваться в условиях строгого дисциплинарного режима, где умеют подольститься к руководителям, заполучить от них определенную власть над другими и использовать эту власть в собственных корыстных целях. Обычными чертами эпилептоида являются также вязкость, тугоподвижность, тяжеловесность, инертность, что накладывает отпечаток буквально на все — от моторики до эмоциональности, личностных ценностей, мышления (инертность основных психических процессов). Мелочная скрупулезность, дошное соблюдение всех предписаний, даже в ущерб делу, допекающий окружающих педантизм рассматриваются как способ компенсации собственной инертности. Эпилептоиды склонны к консерватизму, любят раз и навсегда установленный порядок, подозрительны ко всякого рода новшествам. Их можно назвать «хранителями традиций».

Эпилептоида отличает большое внимание к своему здоровью. Бережное соблюдение собственных интересов сочетается со злопамятностью, склонностью не прощать обиды, реакциями озлобления при малейшем ущемлении их

интересов. Самооценка эпилептоидной личности носит односторонний характер: отмечает свою склонность к периодам мрачного расположения духа («на меня находит»), осмотрительность, приверженность к аккуратности и порядку, беспокойство о своем здоровье, даже склонность к ревности, а в остальном представляет себя гораздо более конформным, чем это есть на самом деле. Ситуации наибольшей уязвимости — случаи ущемления интересов, состояния алкогольного опьянения, а также ситуации, когда эпилептоид получает в руки власть над другими людьми, которую использует деспотично и авторитарно. Отмечаются непереносимость эпилептоидом неподчинения себе, материальных утрат, неспособность унять свое властолюбие, необузданная ревность. Любой аффект легко становится неудержимым и приводит иногда к непоправимым последствиям. Эпилептоидные черты способствуют психопатическому развитию по эпилептоидному типу, могут служить «почвой» для острых аффективных реакций, для делинквентных и криминальных поступков.

Чрезвычайные ситуации и экстремальные обстоятельства актуализируют деструктивные тенденции эпилептоидной личности: наиболее часто в ответ на стресс наблюдаются реакции агрессии, направленной на предполагаемый источник возникших проблем. Агрессивные реакции эпилептоидов в кризисе могут быть весьма разрушительными, бурными, не поддающимися контролю. По мере нарастания эмоционального возбуждения аффективные реакции только усиливаются; отреагировав, ослабления аффекта вследствие механизма катарсиса не наблюдается. Происходит своеобразное саморазвитие аффекта злобы и гнева, аг-

рессия на высоте аффекта может совершаться на фоне суженного сознания при утрате критики и контроля и проявляться в криминальных действиях, вследствие чего поведение эпилептоида становится предметом судебного разбирательства.

## **Истероидный тип**

Главная черта истероидного типа личности — *эгоцентризм*, ненасытная жажда внимания окружающих к своей особе, потребность вызывать удивление, восхищение, интерес, сочувствие, почитание. На худой конец, предпочитают негодование и ненависть, но только не перспектива остаться незамеченным. Лживость и фантазирование, так свойственные истероидной личности, направлены на приукрашивание ею собственной персоны, с тем чтобы всеми силами привлечь к себе внимание окружающих. Кажущаяся эмоциональность истероида на деле оборачивается театральной наигранностью переживаний, склонностью к рисовке и позерству. Глубокие, искренние чувства, как правило, отсутствуют, несмотря на то что истероиды постоянно имитируют исключительные страдания и сверхсильные эмоции.

Дети с истероидными чертами характера охотно декламируют стихи, стоя на стуле в окружении взрослых зрителей, поют и танцуют на сцене под восхищенными взглядами зрительного зала. В подростковом возрасте с целью привлечь к себе внимание могут использоваться нарушения поведения, алкоголизация, сексуальные экс-

цессы. Делинквентность сводится к прогулам, нежеланию учиться и работать, так как «серая» жизнь их не удовлетворяет, а занять престижное положение, которое бы тешило самолюбие, не хватает ни способностей, ни, главное, настойчивости и воли. Тем не менее безделье и праздность сочетаются с очень высокими, фактически неудовлетворимыми претензиями в отношении будущей профессии. Истероиды склонны также к вызывающему поведению в общественных местах. Более тяжелых нарушений поведения обычно не бывает.

Побеги из дома могут начаться с детских лет. Убежав, истероидные дети стремятся находиться там, где их будут искать, обратить на себя внимание милиции или каким-то косвенным путем просигналить родным о своем местопребывании.

Истероидные личности склонны преувеличивать свою алкоголизацию: прихвастнуть огромным количеством выпитого или блеснуть изысканным набором алкогольных напитков. Готовы изображать из себя наркоманов. Наслышавшись о наркотиках, попробовав раз-другой какой-либо доступный суррогат, любят расписывать свои наркотические эксцессы, необычный кайф, прием экстравагантных средств вроде героина, экстази или ЛСД. Детальный распрос при этом обнаруживает, что нахватанные с чужих слов сведения быстро истощаются. С целью привлечь к себе внимание в ход пускаются мнимые болезни, ложь и фантазии. Выдумывая, легко вживаются в свою роль и вводят в заблуждение доверчивых людей. Среди имитируемых заболеваний могут быть психические расстройства. Особой популярностью пользуются депер-

сонализационные и дереализационные переживания, идеи воздействия, явления психического автоматизма, «внутренний голос», «раздвоение Я». К ним, так же как и к демонстративным суицидным попыткам, могут прибегать, когда хотят выпутаться из какой-либо неприятной истории.

Истероидная акцентуация может сочетаться с психофизическим инфантилизмом. Она формируется также при воспитании по типу семейного кумира. Неудачи в среде сверстников истероидные личности склонны вымещать на своих родителях, которые становятся «козлами отпущения» за то, что уже не могут, как в детстве, преподнести готовым все, что захотелось, избавить от трудностей, устранить все вставшие на пути преграды. Любимые, избалованные, заласканные с детства, они, к удивлению своих родителей, платят им холодностью, а то и озлоблением. В сексуальном поведении истероида также очень много игры; игрой, которой они преимущественно увлекаются, является игра под названием «динамо». Самооценка очень далека от объективности. Неспособность занять видное положение, разоблачение вымыслов, крушение надежд, утрата внимания со стороны значимых лиц — все это может привести к острым аффективным реакциям демонстративного типа, вплоть до имитации суицидных попыток, а также к истерическому неврозу и к демонстративным нарушениям поведения.

В экстремальных обстоятельствах актуализируется демонстративно-шаптажное поведение истероидной личности. На глазах у окружающих истероидная личность может проявлять чудеса героизма, окрашенного, впрочем, в

большинстве случаев театральной наигранностью и подчеркнутым драматизмом, в расчете произвести на зрителей нужное впечатление. При отсутствии зрителей истероидная личность теряется, обнаруживая инфантильно-незрелое поведение, слабость, беспомощность, отсутствие необходимых ресурсов для разрешения сложных жизненных проблем.

## ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ

Как и личность, психическое состояние человека также достаточно часто является объектом психотерапевтического воздействия. Положительное психическое состояние чаще всего не нуждается в коррекции, поскольку субъективно связано с переживанием приятных эмоций. За профессиональной помощью человек обращается тогда, когда душевная боль и дискомфорт в актуальном психическом состоянии становятся невыносимыми и представляют собой препятствие для реализации значимых жизненных целей и задач, для осуществления смысла собственной жизни. Когда человек перестает справляться с собственной жизнью вследствие интенсивных негативных переживаний, квалифицируемых как психологическое страдание, он нуждается в профессиональной помощи.

Существуют четыре основных эмоционально-негативных психических состояния, которые в наибольшей степени дезорганизуют психическую деятельность человека, приводя в ряде случаев к формированию болезни. Наибо-



лее частые мишени психотерапевтического вмешательства — состояния тревоги, депрессии, астении и враждебности (агрессии).

## Состояние тревоги

**Тревога** определяется в отечественной литературе как отрицательное эмоциональное состояние, возникающее в ситуациях неопределенности и ожидания с дефицитом информации и непрогнозируемым исходом и проявляющееся в «ожидании неблагоприятного развития событий» (Петровский А. В., Ярошевский М. Г., 1998). Тревога — это эмоция, направленная в будущее, связанная с ожиданием неудач. Думая о будущем, человек в состоянии тревоги предвидит, прогнозирует, предвосхищает возможные неудачи. Он формирует соответствующие прогнозу ожидания и установки, ведет себя в соответствии с ними и тем самым часто навлекает именно те события, которых боится. Поэтому/ можно' сказать, что в состоянии тревоги происходит как бы своеобразное программирование неудачи.

Как эмоция, направленная в будущее, функционально тревога не только предупреждает субъекта о возможной опасности, но и побуждает к поиску и конкретизации этой опасности, к активному исследованию окружающей действительности с установкой на выявление угрожающего объекта. Так, по мнению Ф. Б. Березина (1988), тревога «представляет собой не столько форму психической адаптации, сколько сигнал, свидетельствующий о ее нарушении и активирующий адаптивные механизмы». Таким об-

разом, по мнению автора, тревога может играть охранительную и мотивационную роль, сопоставимую с ролью боли: «С возникновением тревоги связывают усиление поведенческой активности, изменение характера поведения или включение механизмов интрапсихической адаптации; причем уменьшение интенсивности тревоги воспринимается как свидетельство достаточности и адекватности реализуемых форм поведения, как восстановление ранее нарушенной адаптации».

**Центральный элемент тревоги** — ощущение угрозы. «Состояние тревоги возникает, когда индивид воспринимает определенный раздражитель или ситуацию как несущие в себе актуально или потенциально элементы опасности, угрозы, вреда» (Спилбергер Ч., 1983). Тревога есть «ощущение неопределенной угрозы, характер и время возникновения которой не поддаются предсказыванию», «чувство диффузного опасения и тревожного ожидания» (Poldinger W., 1970), «неопределенное беспокойство» (Kerpinski Л., 1977), «результат возникновения или ожидания фрустрации и наиболее интимный (и облигатный) механизм психического стресса» (Березин Ф. Б., 1988).

Аналогичные определения состояния тревоги даются и другими отечественными исследователями: «Тревога — устойчивое психическое состояние, которое характеризуется обратимостью при нормализации соматического состояния и социальных условий и определяется как устойчивое состояние неопределенной угрозы, характер и направленность которой неизвестны» (Соколов Е. И., Белова Е. В., 1983). Состояние тревоги облегчает формиро-

вание целого ряда других негативных эмоций и обеспечивает, по мнению авторов, яркое проявление этих отрицательных эмоций, их значительную интенсивность в ответ на незначительные эмоциогенные раздражители. Тревога как «субъективное чувство опасения и надвигающейся опасности» обычно негативно окрашена, она направлена в будущее, в противоположность таким эмоциям, как сожаление и чувство вины (Хорнблоу Эндрю Р., 1983).

Страх и тревога *изменяют течение познавательных психических процессов*. Интенсивное переживание тревоги, паники, ужаса приводит к дезорганизации интеллектуально-мнестической деятельности. Этот феномен, обозначаемый как «аффективная загруженность», характеризует, в частности, особенности познавательной деятельности больных пограничными нервно-психическими расстройствами, пациентов с хроническими соматическими заболеваниями. У больных неврозами при тестировании может наблюдаться снижение интеллектуального коэффициента, обусловленное не интеллектуальной недостаточностью, а, скорее, эмоциональной загруженностью: переживанием проблем, конфликтных взаимоотношений, разнообразных жизненных сложностей.

При тревоге могут наблюдаться повышение или снижение чувствительности, нарушение перцептивной деятельности. При незначительно выраженной тревоге более характерно повышение концентрации внимания с ростом эффективности аналитико-синтетической деятельности мышления (эффект мобилизации), при интенсивной тревоге — панике, ужасе — ослабление концентрации внимания, нарушение оперативной памяти, понижение уровня

аналитико-синтетической деятельности (эффект дезорганизации). Нарушения продуктивности мышления могут сопровождаться растерянностью, снижением волевой деятельности.

## Состояние депрессии

Изучение таких эмоциональных состояний, как депрессия, подавленность, пассивность, безразличие, апатичность, угнетенность, показывает их патогенное влияние на здоровье человека (Симонов П. В., 1981). В. В. Аршавский и В. С. Ротенберг (1976) показали в своих работах, что различные патологические состояния (экспериментальная эпилепсия, экстрапирамидные расстройства, аритмия сердца, анафилактический шок и др.) усугубляются при пассивно-оборонительных реакциях с отказом от поиска выхода из сложившейся ситуации. «Активно-поисковое поведение, — пишут авторы, — напротив, оказывает благотворное влияние на те же самые формы экспериментальной патологии» (Аршавский В. В., Ротенберг В. С., 1976, 1978).

Обычные проявления депрессивных расстройств — «страдания и ощущение печали, потеря аппетита, бессонница, уход от социальных контактов, раздражительность, ослабление интересов и способности к концентрации, а также озабоченность жалобами на физическое состояние» (Раттер М., 1987). А. Кемпински отмечает, что в случае депрессии «мы встречаемся с упроченным негативным отношением к окружающим, а, одновременно, и к самому себе».

По мнению В. В. Ковалева (1997), при хроническом течении ряда соматических заболеваний происходит «интериоризация» депрессии, то есть возникает ее спаянность с личностью, которая подвергается депрессивно-дистимической деформации с возникновением депрессивного мироощущения.

Бек, рассматривая депрессию как комплекс психических феноменов, относит характеристики депрессивного состояния к четырем основным группам. Эмоциональные проявления выражаются часто наблюдающимися унынием или угнетенным настроением; когнитивные — склонностью депрессивного человека рассматривать себя как неполноценного в отношении того, что является наиболее для него важным; мотивационные — пассивностью, зависимостью, избеганием и параличом воли; вегетативные и физические — потерей аппетита и расстройствами сна (Beck A. T., 1967).

С точки зрения ряда авторов, депрессия обусловлена беспомощностью (Seligman M. E. P., Maier S. K., 1967; Seligman M. E. P., Maier S. E., Geer R. G., 1968; Maier S. E., 1970).<sup>1</sup> М. Э. Р. Селигмен и его коллеги отождествляют «обусловленную беспомощность» («выученную беспомощность») с реактивной депрессией. Все ситуации, вызывающие депрессию, полагают они, сходны в том, что в них представляется невозможным контроль над событиями, особенно над наиболее важными их аспектами.

Э. Клингер предложил «побудительную теорию депрессии». Цикл «побуждения-отстранения», в соответствии с представлениями автора, состоит из трех фаз. В первой фазе индивид отвечает на утрату объекта энер-

гичными реакциями в попытке вернуть то, что было утрачено. Вторая фаза характеризуется гневом и агрессией, направленными на объект. Наконец, когда активность в первой и второй фазах не дает результата, организм полностью отстраняется от побуждений, которые обычно ведут к адаптивным ответам, и эта полная отстраненность вызывает депрессию или составляет ее (Klinger E., 1975).

Отечественные авторы сходным образом описывают феноменологию депрессивных состояний. Если тревога — эмоция, направленная в будущее, то депрессия связана с переживанием прошлого: человек погружается в переживание прошедших неприятностей, сложностей, конфликтов, неудач. Обращаясь мыслью назад, депрессивный субъект видит только лишь отрицательные события, игнорируя радостные моменты, достижения, удачи. Формируется негативный образ прошлого — оно воспринимается как сплошная цепь неприятностей, неудач, проблем, конфликтов и экстраполируется в будущее, которое тоже начинает казаться безрадостным, бесперспективным, безнадежным. В депрессивном состоянии человек уверен, что ничего хорошего впереди его не ждет, что будущее — только лишь нагромождение проблем, трудностей, неприятностей, конфликтов, подлежащих решению и преодолению. Психологически депрессия — это утрата жизненной перспективы, на фоне которой нарушается функция планирования: депрессивный субъект перестает строить планы, формулировать цели и задачи.

Утрата жизненной перспективы приводит и к обесцениванию настоящего. Настоящее имеет смысл в свете событий будущего, по отношению к стоящим перед челове-

ком целям и задачам. С утратой перспективы будущего настоящее также теряет свой смысл. Жизнь кажется бессмысленной, безрадостной, пустой. На высоте депрессии возникают мысли о самоубийстве.

В отечественной психологии депрессия определяется как «аффективное состояние, характеризующееся отрицательным эмоциональным фоном, изменением мотивационной сферы, когнитивных представлений и общей пассивностью поведения». Субъективно человек в состоянии депрессии испытывает прежде всего тяжелые, мучительные эмоции и переживания — подавленность, тоску, отчаяние. Влечения, мотивы, волевая активность резко снижены. Характерны мысли о собственной ответственности за разнообразные неприятные, тяжелые события, произошедшие в жизни человека или его близких. Чувство вины за события прошлого, беспомощности перед лицом жизненных трудностей сочетается с чувством бесперспективности. Самооценка резко снижена. Измененным оказывается восприятие времени, которое течет в настоящем мучительно долго. Поведению в состоянии депрессии свойственны замедленность, безынициативность, быстрая утомляемость; все это приводит к резкому падению продуктивности (Петровский Л. В., Ярошевский М. Г., 1998).

## Агрессивность

Проблема агрессивности и агрессивного поведения человека все больше и больше привлекает внимание исследователей самых разных специальностей: психологов, пси-

хиатров, социологов, философов, криминологов, — отражая социальные запросы общества, испытывающего на себе все более заметное воздействие насилия и жестокости. «Насилие стало характерной приметой нашего времени и пронизывает все сферы жизни», — пишет Ю. М. Аптонян, имея в виду так называемое «горизонтальное» насилие людьми друг над другом в их повседневном общении.

В изучении такого рода насилия особое значение уделяется анализу индивидуального агрессивного поведения человека, функционирующего в тех или иных социальных условиях. В рамках изучения индивидуальной агрессии складываются два основных направления исследований: первое касается феномена аутоагрессии, преимущественно представленной изучением суицидального поведения, второе в большей степени посвящено гетероагрессивному поведению человека.

При исследовании гетероагрессивного поведения индивида акцентируется роль внешних (ситуационных) и внутренних (личностных) факторов, при которых агрессивные действия становятся возможными. Так, показано влияние на агрессивное поведение человека алкоголизма, наркоманий, избытка оружия у населения и других внешних факторов. Изучение личностных факторов агрессии связано преимущественно с описанием тех или иных психических аномалий, сопутствующих агрессивному поведению. Боульная часть подобных работ имеет, как правило, судебно-психиатрическую направленность и оценивает личность агрессивного индивида, в частности преступника, с точки зрения наличия и выраженности у него психопатологической симптоматики.



Наряду с этим в психологической литературе вводится понятие агрессивности как устойчивой личностной черты, выражающей склонность к агрессивному поведению. Термин «агрессивность» используется достаточно широко и несет в себе не только социально-негативный, но в ряде случаев и социально-позитивный смысл.

Будучи включенным в ту или иную структуру личности, в зависимости от целостного «психического контекста», от структурно-функциональных взаимосвязей с другими компонентами личности, свойство агрессивности приобретает различное значение и имеет разную реализацию, формируя в одном случае социально-позитивное, динамичное, целенаправленное поведение, способствующее сохранению целостности и автономности личности, ее активности в установлении социальных контактов, поддержании определенной структуры и иерархии доминантно-субординантных отношений, и трансформируясь в другом случае в делинквентное или криминальное поведение.

Агрессия может быть конструктивной (прямое, открытое проявление агрессии в социально приемлемой форме либо с социально позитивным результатом), деструктивной (прямое, открытое проявление агрессии в социально неприемлемой форме либо с социально негативным результатом — криминальное, или делинквентное, поведение) и дефицитарной (подавленная, нереализованная, с дефицитом соответствующих поведенческих навыков).

Анализ данных литературы позволяет выделить в структуре свойства агрессивности составляющие его компоненты, которые ассоциируются с познавательными, эмоциональными и волевыми психическими процессами, то

есть находятся по отношению к агрессивности в субординационной зависимости. Формирование свойства агрессивности основывается на определенной организации перцептивных и мыслительных процессов: агрессивный человек специфическим образом воспринимает и интерпретирует внешнюю действительность. Широкий круг ситуаций, в том числе нейтральных по своему смысловому содержанию, ощущается им как функционально равнозначный и побуждающий к агрессии (Berkowitz L, 1962; Kosewski M., 1977). Компонентом свойства агрессивности является и эмоция гнева, которая в ряде случаев служит мотивом агрессивного поведения (Berkowitz L., 1962). Волевые процессы выступают в качестве регуляторов проявления агрессивности в поведении (Чеснокова И. И., 1977; Кржечковский А. Ю., 1991).

Свойство агрессивности, по данным исследователей, взаимосвязано с другими свойствами и структурами личности: переживанием тревоги (Аммон Г., 1995; Антонян Ю. М., Гульдан В. В., 1991), локусом контроля (Dengerink H. A., O'Leary M. R., Kasner K. H., 1975), уровнем развития эмпатии (Петровский А. В., Ярошевский М. Г., 1998), ценностными ориентациями, лидерскими чертами (Фромм Э., 1994), самооценкой (Эйдемиллер Э. Г., Кулаков С. А., Черемисин О. В., 1991). Эти взаимосвязи будут рассмотрены в дальнейшем на моделях различных групп больных и здоровых.

При анализе субординационных взаимосвязей свойства агрессивности с психическими процессами и состояниями на уровне когнитивных, эмоциональных и волевых процессов и состояний могут быть выделены две группы

факторов — сдерживающих агрессию и стимулирующих агрессию.

*К факторам, сдерживающим агрессию,*

- на когнитивном уровне относится адекватное отражение реальности;
- на эмоциональном уровне:
  - 1) выраженность эмпатии;
  - 2) повышенный уровень тревоги;
  - 3) наличие чувства вины;
- на уровне волевых процессов — развитый контроль над эмоциями и поведением в целом.

*К факторам, стимулирующим агрессию,*

- на когнитивном уровне относится нарушение адекватности в отражении и оценке реальности (ожидание угрозы, нападения, проективное искажение ситуации);
- на эмоциональном уровне:
  - 1) снижение эмпатии, эмоциональная «холодность»;
  - 2) выраженность эмоции гнева;
- на уровне волевых процессов — снижение контроля над эмоциями и поведением в целом, проявляющееся в импульсивности и взрывчатости.

Импульсивность при этом определяется как непосредственная, в обход контролирующей функции сознания, реализация эмоций в поведении. Термин «взрывчатость» (эксплозивность) акцентирует пароксизмальный характер эмоциональных реакций.

Таким образом, структурно-функциональными компонентами свойства агрессивности, по данным литературы, могут служить эмоциональные, когнитивные (в том числе перцептивные), волевые процессы, находящиеся с этим

свойством в субординационных отношениях. С другой стороны, в координационных отношениях со свойством агрессивности находятся мотивационные характеристики, характеристики направленности, особенности ценностных ориентации, самооценки, уровень интернальности-экстерпальности и другие черты, реализуемые в деятельности, то есть в актах агрессии.

## Астеническое состояние

Астенические состояния относятся к одному из наиболее распространенных синдромов в клинике нервных, психических и соматических заболеваний. Они возникают как следствие перенесенной интоксикации и инфекционных заболеваний и сопровождают в качестве одного из важных симптомов процесс хронического соматического заболевания. Они являются начальной стадией многих тяжелых органических заболеваний головного мозга, наблюдаются на протяжении всего течения, исчерпывая все психопатологические проявления, или характеризуют начало некоторых психических болезней. Астении знаменуют наступление периода реконвалесценции после лечения или спонтанный выход из психоза и, наконец, являются самостоятельной формой болезни после переутомления или психической травматизации (неврастения).

**Астенический синдром (астения)** — состояние повышенной утомляемости, раздражительности и неустойчивого настроения, сочетающееся с вегетативными симптомами и нарушениями сна.

**Астения** (от *греч.* *asthencia* — бессилие, слабость) — нервно-психическая слабость, проявляющаяся в повышенной утомляемости и истощаемости, сниженном пороге чувствительности, крайней неустойчивости настроения, нарушении сна (Петровский Л. В., Ярошевский М. Г., 1998). При астеническом синдроме наблюдаются общая слабость, повышенная истощаемость, раздражительность; нарушается внимание, могут наблюдаться расстройства памяти (Зинченко В. П., Мещеряков Б. Г., 2001).

При астеническом синдроме ослабляется или вовсе утрачивается способность к продолжительному физическому и умственному напряжению. Характерны аффективная лабильность с преобладанием пониженного настроения и слезливости, раздражительная слабость, сочетающая в себе повышенную возбудимость и быстро наступающее бессилие, а также гиперестезия (повышенная чувствительность к яркому свету, громким звукам, резким запахам, прикосновению или их непереносимость). Часты головные боли, расстройства сна в виде постоянной сонливости или упорной бессонницы, разнообразные вегетативные нарушения. Также типично изменение самочувствия в зависимости от падения барометрического давления, жары или иных климатических факторов: усиливаются утомляемость, раздражительная слабость, гиперестезия (Снежневский А. В., 1985).

Астения — чрезмерное расходование сил в результате повышенной реактивности и замедленное их восстановление. При астеническом состоянии преобладает раздражительный процесс вследствие ослабления тормозного на первом этапе, нарастает ослабление процесса возбужде-

пня на последующем и, наконец, наблюдается запредельное торможение в крайне тяжелых случаях (Иванов-Смоленский Л. Г., 1952.).

Астенический синдром, как правило, развивается исподволь. Первыми его проявлениями часто бывают повышенная утомляемость и раздражительность наряду с постоянным стремлением к деятельности даже в обстановке, благоприятной для отдыха (так называемая усталость, не ищущая покоя). В тяжелых случаях этот синдром может сопровождаться аспонтанностью, пассивностью, апатией. Астенический синдром необходимо отличать от нерезко выраженных депрессивных состояний, проявляющихся не столько пониженным настроением и витальностью аффекта, сколько субъективным ощущением слабости, вялости, безразличия к окружающему, недопомогания (Снежневский А. В., 1985).

При определенных различиях в определениях имеются общие клинические признаки, которые дают основания для введения понятий «астения», «астенический синдром», «астеническое состояние». Эти симптомы относятся в первую очередь к психическому состоянию больного, однако неизменно касаются и соматической, в том числе неврологической (по преимуществу вегетативной) сферы. Наиболее типичными, постоянными являются четыре симптома.

1. *Раздражительность.* В зависимости от формы и стадии болезни она может проявляться в гневливости, взрывчатости, повышенной возбудимости, ворчливой обидчивости, придиристности или недовольной брюзгливости. Суежливая тревожность, раздражительное недовольство собой и окружающими, непоседливость наблюдаются при

астении атеросклеротической этиологии. Внутренняя тревога, беспокойная деятельность, «неумение отдыхать» характерны для раздражительности при неврастении. При некоторых формах астении раздражительность выражается ранимостью, сензитивностью со слезами и недовольством по явно неадекватным поводам. Раздражительность может быть очень кратковременной, быстро сменяясь слезами, улыбкой или извинениями (проявление обиды и недовольства выздоравливающего соматического больного). Они могут длиться часами, повторяясь вновь и вновь, или носить почти постоянный характер (при гипертонии и атеросклерозе). В зависимости от этиологии, стадии, формы астении явления раздражительности могут быть резко выражены, определять всю клиническую картину (гиперстеническая стадия неврастении, травматическая церебрастения), тесно сочетаться с другими симптомами астении или отступать на задний план, возникая изредка в нерезкой форме (раздражительность у выздоравливающих после длительных инфекций и интоксикаций). Однако в той или иной степени и в том или ином виде симптом раздражительности присущ каждому астеническому состоянию.

2. *Слабость*. Как и раздражительность, симптом слабости неоднороден сам по себе и выступает в различных клинических сочетаниях с другими болезненными расстройствами при разных формах астении. У одних больных это почти постоянное, более или менее быстро появляющееся чувство физической и умственной усталости, ограничивающее работоспособность, нередко возникающее еще до начала работы. У других — неспособность к длительному напряжению, быстрая истощаемость, ведущая

к падению качества и количества производимой работы уже через несколько часов после ее начала. Слабость может проявляться:

- в чувстве бессилия, адинамии, неспособности к запоминанию, творчеству, что сопровождается слезами и отчаянием (реконвалесценты после соматических заболеваний), или в чувстве вялости, слабости, затруднении мышления, обрывках ассоциаций, отсутствии мыслей, ощущении пустоты в голове, падении активности и интереса к окружающему (астения при шизофрении);
- в сонливости в сочетании с постоянной физической и психической усталостью (астения после перенесенного энцефалита);
- в беспричинной усталости, вялости с падением психической продуктивности, брадипсихией и сонливостью, доходящей до степени оглушения (астения при грубоорганических заболеваниях мозга);
- в виде повышенной физической и психической истощаемости с резкой потливостью, «игрой сосудов» и общим тремором, особенно часто наступающими после возбуждения или конфликта.

Однако, как бы ни были различны проявления и степень слабости, повышенная истощаемость, утомляемость, субъективное чувство усталости и снижение продуктивности в работе налицо при любой астении.

3. *Расстройства сна.* И этот симптом патогномоничен, по клинически неоднороден при различных формах и стадиях астении разного происхождения. Неодинаковы и сочетания нарушений сна с другими патологическими проявлениями астении. Так, например, для астении в началь-



пой стадии гипертонической болезни характерно главным образом затруднение засыпания, причем чем сильнее усталость, тем труднее обычно засыпание.

Расстройства сна могут проявляться необыкновенно упорной и длительной бессонницей или сном без «чувства сна», когда больной решительно (и субъективно правдиво) отрицает сообщения персонала, что ночью он спал.

Сон больного неврастенией отличается чуткостью, тревожностью, «прозрачностью», иногда также «отсутствием чувства сна» и всегда отсутствием освеженности после сна. Подобные нарушения сочетаются с характерными колебаниями настроения, самочувствия и работоспособности, со «стягивающими» головными болями и другими психическими и соматическими нарушениями, типичными для этой болезни. Бессонница при неврастении нередко связана с временным подъемом работоспособности ночью.

Расстройства сна могут характеризоваться извращением «формулы» сна (сопливость днем, бессонница ночью), приступами спячки от нескольких минут до более длительных сроков. Подобные расстройства сна сочетаются с типичными психическими, неврологическими и соматическими симптомами болезни (энцефалит), порождающей такую астению.

Сну больного астенией при атеросклерозе сосудов мозга свойственны раннее просыпание с чувством безотчетной тревоги, внутреннего беспокойства, предощущением грядущего несчастья. Подобные нарушения сна сочетаются с падением работоспособности и другими соматическими и психическими изменениями, присущими данному заболеванию.

4. *Вегетативные нарушения* также являются обязательным симптомом каждого астенического состояния. В зависимости от этиологии заболевания, обусловившего астению, особенностей нервной системы больного и ряда других моментов они могут быть выражены незначительно или, напротив, выступать на первый план. Подчас эти нарушения определяют, особенно в субъективных жалобах и ощущениях больного, картину болезни или остаются, «застревая», после успешного лечения и исчезновения других симптомов астении (затянувшиеся вегетативные нарушения в некоторых случаях астении и др.).

Чаще всего встречаются различные формы сосудистых нарушений.

Г. В. Морозов (1988) считает наиболее частыми нарушениями со стороны сердечно-сосудистой системы колебания артериального давления, тахикардию и лабильность пульса, разнообразные неприятные или просто болевые ощущения в области сердца, легкость побледиения или покраснения кожных покровов, ощущение жара при нормальной температуре тела или, напротив, повышенную зябкость, усиленную потливость — то локальную (ладони, стопы, подмышечные впадины), то относительно генерализованную.

Нередко, по мнению автора, отмечаются и диспептические расстройства — снижение аппетита, боли в животе, спастические запоры. У мужчин часто снижается потенция.

Почти постоянной жалобой при астении являются головные боли, неоднородные при различных астенических состояниях. Головные боли при неврастении чаще возни-

кают при волнениях, усталости, к концу рабочего дня, они носят стягивающий характер (больные указывают, что на голову точно обруч надет, — «каска неврастеника»). При астении гипертонического происхождения головные боли возникают чаще ночью и по утрам. Больной встает с тяжелой головной болью, нередко просыпается из-за нее; боли носят «распирающий характер». При травматической церебрастении головные боли нередко постоянны, усиливаются при жаре, колебаниях барометрического давления, аффективных вспышках. Головные боли при сосудистом сифилисе нередко носят «стреляющий» характер. При астении шизофренического генеза можно услышать жалобу не только на боль, но и на то, что «в голове что-то ползает», «мозги сохнут, раздуваются» и т. п.

Сосудистая неустойчивость проявляется также в колебаниях артериального давления. Повышение артериального давления чаще наступает после волнений, носит кратковременный и нерезко выраженный характер. Лабильность сосудов обуславливает также легкое побледнение или покраснение, особенно при волнениях. Пульс лабилен, обычно учащен. Больные жалуются на неприятные ощущения в области сердца, боли колющего характера и сердцебиение, нередко без учащения пульса. У некоторых больных (например, при травматической астении) возникают сосудистые асимметрии: разные цифры артериального давления на правой и левой плечевой артерии и т. п. По данным Т. С. Истамановой (1958), часто встречаются экстрасистолы и изменения электрокардиограммы, различные в зависимости от состояния высшей нервной деятельности.

# Психоанализ

На основах психоаналитической техники, которые Фрейд заложил в пяти коротких работах более 80 лет назад, до сих пор базируется психоаналитическая практика. Никаких признанных значительных изменений в стандартную психоаналитическую технику с тех пор, по существу, внесено не было.

Известно, что Фрейд начинал практиковать с *гипноза*, а затем применял его в целях обеспечения *катарсиса*. Загипнотизировав пациента, Фрейд внушал ему, чтобы тот рассказал о происхождении каждого из своих симптомов. Пациент отвечал серией воспоминаний, что обычно сопровождалось бурным аффектом. В конце сеанса Фрейд внушал пациенту, чтобы он забыл все свои воспоминания.

Позднее, примерно с 1892 года, поняв, что возможность погружения пациентов в гипноз неограничена, Фрейд встал перед выбором: либо отказаться от катарсиса как метода лечения, либо попытаться применять его без участия

сомнамбулической стадии гипноза. Опыт вскоре показал, что пациента можно заставить вспомнить многие события из его жизни путем простого внушения. Фрейд приказывал пациенту лечь на кушетку, закрыть глаза и сконцентрироваться. Затем *он* надавливал на лоб пациента рукой и настойчиво внушал, что воспоминания должны появиться.

В 1896 году Фрейд полностью отказался от гипноза, а в последующем — и от внушения, перейдя к интерпретации спонтанной вербальной продукции пациента. Зародилась ***процедура свободных ассоциаций***. Сейчас свободная ассоциация является основным методом получения информации от пациента в ходе психоаналитического лечения. Точно так же, как интерпретация этой информации является важнейшим инструментом аналитика.

Началом психоанализа может считаться работа Фрейда «Об истерии» (1895), где он описывает сущность терапевтического процесса при лечении истерии. По выражению автора, «каждый отдельный истерический симптом немедленно и надолго исчезает, когда мы добиваемся успеха, проливая свет на воспоминания о событии, которым тот симптом был спровоцирован, и в возбуждении сопровождающего аффекта, и когда пациент описывает то событие как можно детальнее и переводит аффект в слова». На уровне развития психоанализа конца XIX века процессы отреагирования и разрядки рассматривались как основные в терапевтической практике, причем акцент ставился на процессе отреагирования.

Постепенно у Фрейда сложилось представление, что в каждом пациенте существует некоторая сила, сопротив-

ляющаяся лечению, сохраняющая скрытые, потаенные мысли. Цель подобного сопротивления — *защита*. Задача психотерапевта в этой связи, по мнению Фрейда, — преодолеть сопротивление. Со временем сопротивление было отнесено к силам, вызывающим репрессию, и стало краеугольным камнем психоаналитической теории.

Вторым по значимости «препятствием» на пути к бессознательному Фрейд считал эффект *переноса* и подчеркивал, что «перенос, которому, кажется, предписано быть самой большой помехой психоанализу, становится его наиболее могучим союзником, если каждый раз его присутствие может быть определено и объяснено пациенту».

## ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ ТЕОРИЯ НЕВРОЗА

Теория и техника психоанализа базируются в основном на клинических данных, полученных при изучении неврозов. Хотя в последние годы и наметилась тенденция расширять рамки психоаналитических исследований, куда все чаще включаются нормальная психология, психозы, социологические и исторические проблемы, все же наши знания в этих областях не продвинулись так далеко, как это первоначально ожидалось. Психологические исследования невротических нарушений остаются основным источником психоаналитических представлений о природе человека, о норме и патологии, о формах и методах психологического воздействия. Клинические данные, получен-

ные психоаналитиками при изучении больных неврозами, продолжают оставаться главным материалом для формулирования теоретических концепций.

В основе психоаналитических представлений лежит положение о том, что психоневрозы базируются на *невротическом конфликте*. Причиной невроза является невротический конфликт между «Ид» и «Эго». Конфликт ведет к обструкции разрядки инстинктивных побуждений, что кончается состоянием «Будь я проклят» (Гринсон Р. Р., 1994). Структура «Эго» становится все менее способной справляться с усиливающимся напряжением и в конце концов оказывается подавленной. Непроизвольные разрядки накопленного напряжения клинически проявляются в виде симптомов невроза. Термин «невротический конфликт» используется психоаналитиками в единственном числе, хотя практически всегда у пациента имеется более чем один значимый для формирования психического нарушения конфликт.

**Невротический конфликт** — это бессознательный конфликт между побуждением «Ид», стремящегося к разрядке, и защитой «Эго», препятствующего непосредственной разрядке или доступу к осознанию. В ряде случаев клинический материал свидетельствует о конфликте между двумя инстинктивными потребностями. Например, гетеросексуальная активность может быть использована для предотвращения гомосексуальных желаний: гетеросексуальная активность в данном случае выполняет функцию защиты, предотвращая появление болезненных переживаний чувства вины и стыда, что соответствует требованиям «Эго» и находится в оппозиции к запретному

инстинктивному побуждению — к гомосексуальности. Таким образом, формулировка невротического конфликта как конфликта между «Ид» и «Эго» снова подтверждается.

Внешний мир, окружающая действительность, также может играть важную роль в формировании невроза, провоцируя инстинктивные искушения и ситуации, от которых следовало бы уклониться, поскольку они несут с собой опасность какого-то наказания. Если инстинктивные искушения или опасность заблокировать от сознания, то в результате мы опять будем иметь дело с невротическим конфликтом. В этом случае конфликт с внешней реальностью трансформируется в конфликт между «Ид» и «Эго».

Структура «Супер-эго» играет более сложную роль в невротическом конфликте. Она может войти в конфликт как на стороне «Эго» или «Ид», так и на стороне и того и другого. «Супер-эго» — это та инстанция, которая делает инстинктивное побуждение запретным для «Эго». Именно «Супер-эго» заставляет «Эго» чувствовать себя виноватым даже за символическую или искаженную разрядку побуждения, вследствие чего у пациента возникает тенденция к самообвинению. Подавленный чувством вины, он может впоследствии вновь и вновь попадать в ситуацию, актуализирующую это чувство. Так возникает хроническая душевная боль.

Итак, все три основные части психического аппарата человека участвуют в формировании невротических симптомов. «Ид» постоянно стремится к разрядке, все время пытается получить хотя бы некоторое частичное удовлетворение путем использования производных и регрессив-



ных способов реализации побуждений. «Эго», обязанное принимать в расчет требования «Супер-эго», выискивает эти инстинктивные дериваты даже в замаскированной форме. При этом «Супер-эго» заставляет «Эго» чувствовать себя виноватым. Таким образом, искаженная инстинктивная активность вызывает душевную боль, которая ощущается как наказание.

Ключевым фактором в понимании патогенного невротического конфликта является необходимость для «Эго» постоянно тратить энергию в попытках не допустить осознания опасных тенденций и их реализации в действии. Постоянные траты энергии приводят в конечном счете к относительной недостаточности «Эго»: производные первоначального невротического конфликта переполняют истощенное «Эго» и прорываются в сознание и поведение. С этой точки зрения психоневроз может рассматриваться как травматический невроз (Fenichel O., 1945). Относительно безобидный стимул способен вызвать какое-нибудь побуждение «Ид», связанное с инстинктивным резервуаром «Будь я проклят» (Гринсон Р. Р., 1994).

Истощенное «Эго» оказывается не в состоянии выполнять свои охранные функции; оно переполняется до такой степени, что вынуждено дать некоторую разрядку инстинктивным побуждениям, причем такая разрядка будет замаскирована и искажена в своем проявлении. Эти замаскированные, искаженные произвольные разрядки проявляются клинически как симптомы невроза.

В качестве примера Р. Р. Гринсон приводит свою пациентку, молодую женщину, миссис А., которая пришла для лечения в сопровождении мужа. Она пожаловалась, что не

в состоянии выходить из дома в одиночку и чувствует себя в безопасности только с ним. Кроме того, она пожаловалась на страх обморока, страх головокружения, боязнь недержания. Эти симптомы появились совершенно внезапно почти полгода назад, когда она была в косметическом кабинете.

Анализ, продолжавшийся несколько лет, показал следующее: фактическим толчком для внезапного появления фобий у пациентки послужило то, что ее причесывал мужчина-косметолог. В конце концов обнаружилось, что в этот момент она вспомнила, как ее причесывал отец, когда она была маленькой. В тот день она пошла в парикмахерскую в приятном предвкушении свидания с отцом, который собирался нанести первый визит молодоженам после их свадьбы. Он планировал остановиться в их доме, и она была переполнена восторгом, это она создала. Бессознательно же она чувствовала себя виноватой за такую любовь к отцу и неосознанную враждебность по отношению к мужу.

Очевидно, столь безобидное событие, как причесывание волос, возбудило старые сильные инцестозные стремления, враждебность, чувство вины и тревогу. Короче говоря, миссис А. требовалось сопровождение мужа для уверенности, что он не убит ее пожеланиями смерти. Кроме того, его присутствие предохраняло ее от рвущейся наружу сексуальности. Страхи обморока, головокружения, недержания стали символическими представителями потери морального равновесия, потери самоконтроля, то есть страхом запятнать свой хороший характер, унизиться, потерять высокое положение. Симптомы мо-

лодой женщины были связаны с приятными телесными ощущениями так же явно, как и с инфантильными фантазиями наказания. Последовательность событий можно сформулировать так: причесывание волос возбудило репрессированные импульсы «Ид», которые привели ее к конфликту с «Эго» и «Супер-эго». Несмотря на отсутствие очевидных невротических симптомов, предшествовавших неожиданному появлению фобий, имелись признаки того, что ее «Эго» уже относительно истощено, а ее «Ид» испытывает необходимость в адекватной разрядке. У миссис Л. годами были бессонницы, ночные кошмары, нарушения сексуальной жизни. В результате фантазии, вызванные причесыванием волос, увеличили напряжение «Ид» до такой степени, что оно прорвало инфантильные защиты «Эго». Появились произвольные разрядки, что привело к формированию острого симптома.

Невроз взрослого человека всегда построен вокруг ядра из его детства. Случай миссис Л. показывает, что ее сексуальные чувства сфокусированы на ее детском образе отца, и сексуальность сейчас так же запретна, как и в детстве. Хотя миссис Л. преодолела свой детский невроз в достаточной мере для того, чтобы эффективно действовать во многих областях жизни, она остается невротически регрессировавшей во всем, что касается генитальной сексуальности. Фобии ее детства и тревоги по поводу тела вернулись в ее взрослом неврозе.

## ТЕОРИЯ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ

Психоаналитическая терапия — каузальная терапия, поскольку она пытается уничтожить причины невроза. Ее цель — разрешение невротического конфликта пациента, включающего инфантильный невроз, практически всегда являющийся краеугольным камнем невроза взрослого человека. Разрешение невротического конфликта означает воссоединение с сознательной частью «Эго» той части «Ид», «Супер-эго» и бессознательной части «Эго», которые по той или иной причине были исключены.

Психоаналитик познает элементы бессознательного через его дериваты. Все вышедшие из-под контроля компоненты «Ид» и «Эго» производят дериваты — «полукровки», организованные в соответствии со вторичными процессами и не осознаваемые (Фрейд З., 1915).

Метод, необходимый аналитику для того, чтобы облегчить сообщение пациенту этих производных, есть метод свободных ассоциаций, так называемое «основное правило психоанализа» (Фрейд З., 1913). Эти дериваты появляются в свободных ассоциациях пациента, в его снах, в его симптомах, обмолвках и других ошибочных действиях, которые З. Фрейд назвал «психопатологией обыденной жизни».

В соответствии с основным правилом психоанализа пациента просят, сообразуясь с его способностями, постараться вызвать в памяти какие-то мысли и безо всякой логики и порядка их высказать. При этом он должен гово-

речь даже о том, что кажется ему тривиальным, постыдным, невежливым, социально неодобряемым или незначительным, несущественным. Поскольку регрессия обслуживается «Эго», то, позволяя мыслям свободно приходить на ум, мы тем самым облегчаем выход на поверхность дериватов бессознательного «Эго», «Ид» и «Супер-эго». Пациент движется от строгого мышления вторичного процесса в направлении первичного. Задача психоаналитика — проанализировать эти дериваты для пациента.

Хотя пациент испытывает страдание от невроза и начинает психоаналитическое лечение с сознательным мотивом — желанием изменений, существуют бессознательные силы, которые, защищая невроз и статус-кво клиента, противостоят процедурам и процессам лечения. Эти силы называются сопротивлениями. Сопротивления исходят от тех самых защитных сил «Эго», каковые формируют часть невротического конфликта. В курсе лечения пациент повторяет все различные формы и варианты защитных маневров, которые он использовал в своей прошлой жизни. Анализ сопротивления — один из краеугольных камней психоаналитической техники. Поскольку сопротивление есть проявление защитных и искаженных функций «Эго», именно его психоаналитик должен проанализировать в первую очередь — прежде, чем начнется любая другая аналитическая работа.

Например, молодой человек, казалось, колеблется, рассказывать ли своему аналитику нечто унижительное о своей жене. В чем бы он ни счел ее виноватой, он быстро прощал или оправдывал ее поступки. Когда аналитик указал ему на его защитное отношение, он вначале отрицал это, а

затем со слезами на глазах подтвердил, что аналитик прав. Он осознал, что старался скрыть недостатки своей жены, так как был уверен, что аналитик ожидает от него решения с ней развестись, зная, насколько она непутевая. Когда аналитик занялся расследованием вопроса о разводе, пациент рассказал, что в детстве его отец неоднократно угрожал разводом его матери, если считал ее в чем-то виноватой. Нерешительность пациента была вызвана опасениями, что аналитик будет действовать аналогичным образом. Клиент пытался защитить жену, как он хотел защитить свою мать от отца.

Только узнав источник сопротивления, пациент смог продвинуться в понимании того, что он сам, а не аналитик, был именно тем субъектом, который имел такое сильное «отцовское» негодование против его жены. Потребовался гораздо более длительный анализ для того, чтобы узнать, что, хоть и желая защитить свою мать от отца, все же и сам испытывал чувство негодования по отношению к матери. Бессознательно клиент хотел, чтобы аналитик настаивал на его разводе с женой, как некогда он хотел, чтобы так поступил его отец по отношению к матери.

В этом клиническом примере, приведенном Р. Р. Гринсоном, необходимо было проанализировать каждый аспект сопротивления шаг за шагом, чтобы дать возможность пациенту увидеть реальную ситуацию. Во-первых, пациент должен был осознать свою боязнь того, что аналитик захотел бы его развода, поэтому и скрывал подробности, касающиеся его жены. Затем он осознал, что смешивал своего аналитика со своим отцом, а свою жену — со своей матерью. В конце анализа пациент был в состоянии признать, что под

его защитными чувствами по отношению к матери лежит именно большая доля враждебности. Каждый шаг в анализе сопротивления предполагает, что приемлемое «Эго» пациента имеет возможность увидеть некоторые иррациональные, разрушающие аспекты своей деятельности.

Этот клинический пример приводит нас к другой основной концепции теории психоаналитической техники — невротические пациенты склонны, как правило, к реакциям переноса.

**Пернос** — один из основных и наиболее ценных источников материала для анализа, одна из наиболее важных мотиваций и одновременно наиболее серьезное препятствие для успешной психоаналитической терапии. Инстинктивная фрустрация невротика заставляет его бессознательно искать объекты, на которые он переносит свои либидозные импульсы. Пациент склонен повторять свое прошлое посредством человеческих взаимоотношений; для того, чтобы получить удовлетворение, он должен постоянно переживать некоторое чувство тревоги и некоторое чувство вины. Пернос — своеобразное освобождение от прошлого, ошибочное восприятие и понимание настоящего, которое искажается преломлением через призму прошлого. Если реакция переноса должным образом обработана, пациент будет в процессе лечения распространять и на аналитика все значимые человеческие отношения из своего прошлого.

Психоаналитическую ситуацию структурируют таким образом, чтобы облегчить максимально возможное развитие реакции переноса. Отсутствие иных форм взаимоотношений с аналитиком при относительном психологическом

«инкогнито» последнего помогает раскрыть всю полноту чувств и фантазий клиента.

Перенос также является источником *сопротивления* во время анализа. Пациент может упорно работать в начале анализа для того, чтобы получить благосклонность аналитика. При этом он неизбежно почувствует в какой-либо форме неприятие или холодность со стороны последнего. Так происходит потому, что каждый пациент испытывал подобное неприятие в своем прошлом опыте. Поэтому отношение аналитика никогда не представляется пациенту удовлетворительным. Враждебные чувства репрессированного прошлого или запрещенные страстные сексуальные желания детства и отрочества будут вызывать у пациента сильные тенденции бессознательно бороться против аналитической работы. Количество и качество «реакций переноса» детерминировано прошлым пациента. На продолжительность этих реакций также будет влиять то, насколько эффективно психоаналитик проясняет проблемы переноса, которые вызывают сопротивление.

Психоаналитическая техника направлена непосредственно на «Эго», поскольку именно «Эго» указывает путь к «Ид», к «Суиерэго» и к внешнему миру. Цель психоанализа — дать «Эго» возможность отречься от его патогенных защит или найти более подходящие (Фрейд 3., 1936). Старые защитные маневры становятся неадекватными: новые допускают некоторые инстинктивные выходы, не сопровождаемые чувством вины или тревоги. Разрядка «Ид» уменьшает инстинктивное давление, и «Эго» оказывается на относительно сильных позициях.



Все психотерапии пытаются облегчить симптомы пациента, но только психоанализ идет при этом путем разрешения невротического конфликта, который лежит в основе симптомов. Другие терапии с помощью усиления защит пациента или используя перенос и внушение, смягчают инстинктивные побуждения. Некоторые терапевты используют фармакологические средства для транквилизации либидозных устремлений, чтобы таким образом «осадить» «Эго» пациента. Все эти методы могут помочь, но их действие временно, они не приводят к глубоким стабильным изменениям в психической структуре, запутавшейся в бессознательном конфликте.

## **ТЕХНИКА ПСИХОАНАЛИЗА**

Классический психоанализ включает в себя следующие основные этапы: продуцирование материала, его анализ и рабочий альянс.

### **Продуцирование материала**

Основные способы продуцирования материала — свободная ассоциация, реакция переноса и сопротивление.

#### **Свободная ассоциация**

В классическом психоанализе преобладающим способом сообщения материала пациентом является свободная ассоциация, то есть представления, мысли, воспоминания,

которые возникают спонтанно, без напряжения и сосредоточения. Как правило, работа со свободными ассоциациями начинается после того, как предварительное интервью успешно завершено. В предварительном интервью аналитик оценивает способность пациента работать в психоаналитической ситуации. Часть этой работы состоит в определении психологической гибкости «Эго» пациента, его способности восстанавливать душевные силы. Пациент обычно большую часть сеанса свободно ассоциирует, по он может также рассказывать сновидения или другие события ежедневной жизни или прошлого. Для психоанализа характерно то, что пациента просят продуцировать любые ассоциации при пересказе сновидений или каких-либо переживаний. Свободная ассоциация в психоанализе имеет отчетливый приоритет над другими способами продуцирования материала в аналитической ситуации.

***Основное правило для пациента***, поощряемого инструкцией психоаналитика, заключается в том, что он должен стремиться к открытости, сообщать, свободно высказывать свои мысли, представления, чувства, ожидания, воспоминания и факты, не пытаясь в это время сосредоточиться, не контролируя и не оценивая их, вне зависимости от того, что они могут казаться ему незначимыми, бессмысленными, нелепыми, постыдными. Обстановка психоаналитического сеанса создается таким образом, чтобы способствовать свободному ассоциированию, максимально вызывать к жизни подавленные когда-то переживания и воспоминания. Пациент находится в пассивном положении, лежит на кушетке и не ви-

дит врача, а воздействия окружающей среды сводятся к минимуму.

Фрейд описывает *метод свободных ассоциаций* следующим образом: «Не оказывая какого-либо давления, аналитик предлагает пациенту лечь удобно на софе, тогда как сам он сидит на стуле за ним, вне поля зрения. Он даже не просит его закрыть глаза и избегает любых прикосновений, так же как избегает всяких других процедур, которые могут напомнить о гипнозе. Сеанс, следовательно, происходит как беседа между двумя людьми, в равной степени бодрствующими, но один из них воздерживается от любых мускульных усилий или ощущений, которые могут отвлечь его внимание от его собственной умственной деятельности. Для овладения идеями и ассоциациями пациента аналитик просит разрешить ему войти в такое состояние, как если бы они беседовали бесцельно, наугад» (Фрейд З., 1904).

В общем виде **ассоциация** — это такая связь между психическими феноменами, когда актуализация (восприятие, представление) одного из них влечет за собой появление другого. В основе" правила свободных ассоциаций, коего придерживаются все практикующие психоаналитики, лежит представление о том, что одна ассоциация неизбежно влечет за собой другую, расположенную более глубоко в бессознательном. Традиционная ассоциативная школа исходила из того, что связи между отдельными элементами сознания, психическими «атомами», возникают в силу частоты повторения, смежности во времени и пространстве, то есть зависят не от внутренних тенденций психической деятельности, а от внешних об-

стоятельств. Для Фрейда ассоциации выступают не как проекция объективной связи вещей, а как симптомы мотивационных установок личности; он искал в ассоциациях смысловое содержание. Для смыслового содержания определяющим является отнесенность к реальным объектам, к внешним ситуациям; порядок и связь идей соответствуют порядку и связи вещей. Однако задача, которую стремился решить Фрейд, обратившись к методу свободных ассоциаций, состояла в том, чтобы выяснить, чему соответствуют эти ассоциации не в мире внешних объектов, а во внутреннем мире субъекта. Таким образом, Фрейд пытался найти в ассоциациях смысловое содержание, но не предметное, а личностное, стремился найти ключ к бессознательному (Карвасарский Б. Д., 1998). Ассоциации, продуцируемые пациентом, интерпретируются как символическое выражение подавленных мыслей и чувств.

***Техника свободного ассоциирования*** основывается на трех предположениях:

- 1) все направления мысли имеют тенденцию приводить к тому, что имеет значение;
- 2) потребности пациента в психотерапии и понимание того, что его лечат, поведут его ассоциации в направлении значимого, за исключением того случая, когда действует сопротивление (которое проявляет себя во время сеанса невозможностью свободно ассоциировать и указывает на вытесненные влечения и травматические переживания);
- 3) сопротивление сводится к минимуму за счет релаксации и значительно усиливается за счет сосредоточения.

Однако свободное ассоциирование может быть нарушено сопротивлением. Тогда задача психоаналитика будет

закключаться в том, чтобы проанализировать возникшее сопротивление с целью восстановления нормального процесса свободного ассоциирования.

### **Реакции переноса**

Эффективность метода свободных ассоциаций в значительной степени зависит от особых отношений, которые устанавливаются обычно между пациентом и врачом. В основе этих отношений лежит феномен **переноса (трансфер)**. Механизм данного феномена в классическом психоанализе заключается в том, что пациент подсознательно идентифицирует врача с объектами своих догенитальных сексуальных влечений. Другими словами, больной «переносит» на врача свойства отца и матери со всеми вытекающими отсюда обстоятельствами. Таким образом, речь идет о переносе пациентом на психоаналитика чувств, испытываемых им к другим людям в раннем детстве, то есть о проекции ранних детских отношений и желаний на другое лицо. Первоначальные источники реакций переноса — значимые лица ранних лет жизни ребенка. Обычно это родители, воспитатели, с которыми связаны любовь, комфорт и наказание, а также братья, сестры и соперники. Реакции переноса могут обуславливаться и более поздними отношениями с людьми, однако в этом случае последующий анализ обнаруживает, что эти позднейшие источники вторичны и сами произошли от значимых лиц из раннего детства.

Перенос состоит в переживании эмоций, побуждений, отношений, фантазий и защит по отношению к некоторой личности в настоящем, в переживаниях, не адекват-

пых по отношению к этой личности, так как они являются повторением, перемещением реакций, образовавшихся по отношению к значимым личностям в раннем возрасте. Восприимчивость пациента к реакциям переноса исходит из его состояния инстинктивной неудовлетворенности и возникающей в результате этой неудовлетворенности необходимости поиска возможных разрядок.

*Реакции переноса* в последующей жизни более вероятны по отношению к тем людям, которые выполняют специальные функции, первоначально принадлежавшие родителям. Возлюбленные, руководители, учителя, актеры, психотерапевты особенно активизируют процесс переноса. Практически все человеческие взаимоотношения содержат смесь реальных реакций и реакций переноса. В повседневной жизни перенос возникает самопроизвольно, в том числе и в отношениях больного к врачу. Явление это главным образом бессознательное. Перенос может переживаться как эмоции, побуждения, фантазии, отношения, идеи или же защиты против них, которые всегда неуместны, неподходящи в настоящем, тогда как в прошлом были вполне адекватными реакциями.

Важно заострить внимание на том факте, что пациент склонен не вспоминать, а повторять, повторение же всегда есть сопротивление по отношению к функциям памяти. Однако путем повторения прошлого вновь и вновь пациент, действительно, делает возможным присутствие этого прошлого в аналитической ситуации. Повторение переноса привносит в анализ материал, который иначе остался бы вне поля зрения. Если перенос должным образом обработан, то он приводит к воспоминаниям, рекон-

струкциям, к инсайту, пониманию, «схватыванию» проблемы и в дальнейшем к прекращению повторений.

Существует множество способов классификации клинических форм реакций переноса. Наиболее часто выделяют *позитивный и негативный перенос*. Термин «позитивный перенос» относится к различным формам страстного сексуального желания, а также к симпатии, любви, уважению к аналитику. Термин «негативный перенос» применяется для обозначения различных форм агрессии — гнева, антипатии, ненависти или презрения к аналитику. Все реакции переноса, по существу, амбивалентны.

3. Фрейд также использовал термин «невроз переноса» для описания той совокупности реакций переноса, в которой анализ и аналитик становятся центром эмоциональной жизни пациента, и невротический конфликт пациента вновь оживает в аналитической ситуации (Фрейд 3., 1914). Психоаналитическая техника направлена на то, чтобы обеспечить максимальное развитие невроза переноса. Относительная анонимность аналитика, его ненавязчивость, «правило абстиненции», правило «аналитик — зеркало» — все это имеет целью сохранить по возможности нетронутым психическое пространство для формирования невроза переноса. Последний есть артефакт аналитической ситуации; он может быть уничтожен только путем аналитической работы. Невроз переноса служит своеобразным переходом от болезненного состояния к здоровому.

- Перенос, отмечает Б. Д. Карвасарский (1998), следует рассматривать как новый вариант старой болезни, новый

невроз, заменивший первый. «Здесь, однако, — пишет автор, — можно видеть возникновение и развитие этого нового невроза, хорошо разобраться в нем, так как врач находится в центре как объект. Все симптомы больного лишились своего первоначального значения и приспособились к новому смыслу, имеющему отношение к переносу. Преодоление этого нового, искусственного невроза и означает освобождение от болезни. Человек, ставший нормальным по отношению к врачу и избавившийся от действия вытесненных влечений, остается таким и в обычной жизни, когда врач отстраняется» (Карвасарский Б. Д., 1998).

В неаналитических формах психотерапии реакции переноса не анализируются, но им потворствуют и ими манипулируют. Терапевт присваивает себе роль какой-то фигуры из прошлого пациента, из его фантазий или из его реальной жизни и начинает потворствовать каким-то страстным инфантильным желаниям своего клиента. Терапевт может действовать как любящий отец, ободряющий и поддерживающий родитель, как карающий моралист. При этом клиент может чувствовать временное улучшение, облегчение или даже «излечение». Но эффект от подобных «лекарств переноса» мимолетен — его хватает лишь на столько, сколько длится идеализированный позитивный перенос на личность терапевта.

### Сопrotивления

В психотерапии процесс осознания причинно-следственных связей, конструктивное изменение личностных позиций и установок, а также отказ от старых и выработка



новых форм поведения сопровождаются определенными трудностями, противодействием, сопротивлением пациента (Карвасарский Б. Д., 1998). Сопротивление — общепризнанный клинический феномен, сопутствующий в той или иной мере проведению любого вида психотерапии. Сопротивление означает тенденцию не затрагивать неосознанного конфликта и тем самым препятствовать любой попытке прозондировать истинные источники личностных проблем.

Фрейд рассматривал сопротивление как противодействие, неосознанно оказываемое пациентом попыткам восстановления в его сознании «вытесненного комплекса». Сопротивление имеет основу в личности пациента в виде самоподавляющих и защитных сил, которые поддерживают и сохраняют невротическое функционирование. В традиционном понимании сопротивление выявляется в психотерапии по мере того, как психотерапевтическое влияние начинает противодействовать защитной организации личности или разрушать ее и высвобождать подавляемые импульсы. По мнению Фрейда, механизмы защиты, направленные против испытанной когда-то опасности, вновь повторяются в виде сопротивления выздоровлению во время лечения. Таким образом, «Я» пациента относится к самому выздоровлению как к новой опасности.

В 1939 году Ф. Дойч (F. Deutsch) предложила разделение сопротивлений на три основных вида:

- 1) интеллектуальные или интеллектуализирующие сопротивления;
- 2) сопротивления-переносы;

3) сопротивления, которые возникают как следствие потребности пациента защитить себя от воспоминаний о событиях, пережитых в детстве.

Однако понятие сопротивления не является синонимом понятия защиты. Если защитные механизмы рассматриваются как неотъемлемая часть психологической структуры пациента, то сопротивление представляет собой попытку защитить себя от угрозы своему психологическому равновесию, возникшей в результате психоаналитического лечения.

Термин «сопротивление» относится ко всем силам внутри пациента, которые находятся в оппозиции процедурам и процессам психоаналитической работы. В большей или меньшей степени оно присутствует от начала и до конца лечения. Сопротивления оберегают статус-кво невроза пациента, находясь в оппозиции аналитику, аналитической работе и приемлемому «Эго» пациента. Аналитическая ситуация становится тем местом действия, где обнаруживается сопротивление.

Сопротивление есть повторение всех защитных операций, которые пациент использовал ранее в своей прошлой жизни. Для целей сопротивления могут быть использованы все разнообразные психические явления, но действует оно всегда через «Эго» пациента. При этом несмотря на то что определенные аспекты сопротивления могут быть осознаны, значительное их число все же по большей части остается бессознательным.

Психоаналитическая терапия характеризуется доскональным и систематическим анализом сопротивлений. Задача психоаналитика заключается в том, чтобы раскрыть,

как именно пациент сопротивляется, чему он сопротивляется, и почему он это делает. Непосредственной причиной сопротивлений всегда служит избегание таких болезненных явлений, как тревога, чувство вины или стыда. За этими переживаниями и могут быть найдены вызывающие болезненный аффект инстинктивные побуждения. В конце концов, как правило, оказывается, что причина сопротивления — страх травматического состояния, которое сопротивление пытается предотвратить.

Различают *Эго-синтетичные* сопротивления и *сопротивления, чуждые Эго*. В первом случае пациент обычно отрицает сам факт существования сопротивления и препятствует его анализу. Во втором случае пациент чувствует, что сопротивление чуждое ему, и готов работать над ним аналитически.

Один из важных этапов психоанализа — перевод сопротивления из Эго-синтонического в сопротивление, чуждое Эго. Как только это достигается, пациент формирует рабочий альянс с аналитиком, и у него появляется готовность работать над своим сопротивлением.

По мере развития психоанализа сопротивление стали считать направленным не только против возврата угнетающих воспоминаний, но и против осознания безотчетных неприемлемых импульсов. Фрейд уже оценивал сопротивление не как полное подавление неприемлемого психического содержания, а как причину искажения бессознательных импульсов и воспоминаний, в результате чего они появляются в свободных ассоциациях пациента в «маске». По аналогии с «цензором», в сновидениях сопротивление имеет своей целью помешать прием-

лемым мыслям, чувствам или желаниям стать сознательными (Карвасарский Б. Д., 1998).

Соппротивление неизбежно присутствует в процессе всего лечения. Фрейд придавал значение связи между переносом и сопротивлением. Так называемое трансферентное сопротивление рассматривалось им как наиболее сильное препятствие на пути психоанализа. В психоанализе выделены следующие основные источники сопротивления (Карвасарский Б. Д., 1998):

1) *сопротивление-подавление*, отражающее потребность пациента защитить себя от болезненных импульсов, воспоминаний и ощущений. Чем больше вытесненный материал приближается к сознанию, тем больше возрастает сопротивление, и задача психоаналитика состоит в том, чтобы с помощью интерпретаций способствовать переходу этого материала в сознание в форме, переносимой для пациента;

2) *сопротивление-перенос*, выражающее борьбу против инфантильных импульсов, возникших в качестве реакции больного на личность психоаналитика. Это сознательное утаивание пациентом мыслей о психоаналитике, бессознательные трансферентные переживания, от которых больной пытается защититься. В этом случае задача психоаналитика также состоит в том, чтобы своим вмешательством способствовать переводу содержания переноса в сознание в приемлемой для пациента форме;

3) *сопротивление-выгода* — результат вторичных преимуществ, предоставляемых болезнью. Нежелание пациента расстаться с ними (использование положения больного для удовлетворения своих потребностей) во время лечения и составляет сущность этой формы сопротивления;

4) *«сопротивление-оно»* представляет собой сопротивление инстинктивных импульсов любым изменениям в их способе и форме выражения. Этот вид сопротивления требует для своего устранения «проработку», в процессе которой необходимо обучение новым паттернам функционирования;

5) *«сопротивление-сверх-Я»* — сопротивление, обусловленное чувством вины больного или его потребностью в наказании. Например, пациент, испытывающий острое чувство вины из-за желаний быть самым любимым сыном и оттеснить своих братьев и сестер, может сопротивляться любой перемене, грозящей повлечь за собой ситуацию, в которой он может преуспеть больше, чем его соперники;

6) *сопротивление, возникающее в результате неправильных действий психоаналитика и ошибочно выбранной тактики;*

7) *сопротивление, связанное с тем, что изменения, происходящие в психике пациента в результате лечения, вызывают сложности в отношениях с людьми, значимыми в его жизни, например, в семье, в основе которой был невротический выбор супруга;*

8) *сопротивления, возникающие из-за боязни закончить лечение* и в результате этого перестать общаться со своим психоаналитиком. Такая ситуация может возникнуть, когда пациент попадает в зависимость от психоаналитика и начинает считать его лицом, занимающим в его жизни большое место;

9) *сопротивление, связанное с угрозой, которую психоанализ создает самооценке пациента, например, в случае*

появления у него чувства стыда, вызванного воспоминаниями переживаний раннего детства;

10) *сопротивление из-за необходимости отказаться от осуществляемых в прошлом способов адаптации*, в том числе от невротических симптомов;

11) *сопротивление, связанное с попытками изменить проявления* называемого В. Райхом «защитного панциря характера», то есть *фиксированных черт характера*, которые остались даже после исчезновения породивших их первоначальных конфликтов.

В случаях психоаналитической терапии врач постоянно прилагает усилия для вскрытия и разрешения самых разнообразных видов сопротивления. Первые признаки сопротивления могут проявиться в том, что пациент начинает опаздывать или забывать назначенное время встреч либо заявляет, что ему ничего не приходит в голову при предложении заняться свободным ассоциированием. Сопротивление может выразиться в банальности ассоциаций и воспоминаний, в рациональности рассуждений при отсутствии аффекта, в атмосфере скуки, в отсутствии мыслей или в молчании. Слабопроявляющиеся сопротивления могут выражаться в форме согласия со всем, что говорит психоаналитик, в предоставлении описания сновидений или фантазий, которыми, как кажется пациенту, врач особо интересуется. Важно сразу показать пациенту, что у него имеются малоосознаваемые внутриличностные силы, противодействующие анализу. Естественно, психотерапевт не говорит пациенту прямо, что тот сопротивляется или же не хочет выздоравливать, а показывает лишь его отдельные действия, направленные против анализа. Такой

подход позволяет пациенту начать противодействие собственному сопротивлению.

В ходе аналитической терапии развитие «трансферентного невроза» сопровождается проявлениями «трансферентного сопротивления», которое отражает позитивное или негативное эмоциональное трансферентное отношение пациента к аналитику. Пациент с эротическим переносом стремится к удовлетворению своих желаний, вместо того чтобы работать в направлении инсайта, или проявляет сопротивление, дабы избежать в таком переносе сильного сексуального влечения. Ощувив фрустрацию в своих переносных влечениях, пациент может испытывать ненависть к врачу и желание унижить его, а не желание сотрудничать с ним и понять источники своей агрессии.

В психоанализе и психоаналитической терапии, как отмечает Б. Д. Карвасарский, сопротивление преодолевается с помощью интерпретации и проработки. В случае психоаналитической терапии, основанной на эго-психологической теории, ставятся задачи частичного разрешения одних сопротивлений и подкрепления других с последующей частичной интеграцией ранее подавлявшихся импульсов в систему взрослого «Я». В результате этого может произойти некоторое увеличение силы и гибкости «Я», что создаст возможность более эффективного подавления резидуальных, динамически бессознательных импульсов и изменения импульсивно-защитной конфигурации. Это увеличивает адаптивные — в противоположность дезадаптивным — аспекты личности. Дальнейшее развитие психоаналитической техники способствовало тому, что анализ сопротивления расширился до детального анализа функ-

ции сопротивления патологических черт характера. Многие виды сопротивления обусловлены характерологической структурой пациента.

Райх связывал феномен сопротивления с так называемой телесной броней и поэтому полагал, что его можно ослабить с помощью методик прямого телесного воздействия. В трансперсональной психотерапии С. Грофа специальной техникой для мобилизации энергии и преобразования симптомов переживания в условиях сильного сопротивления являются использование психоделических препаратов или немедикаментозные подходы (биоэнергетические упражнения, рольфинг). В традиционной гипнотерапии сопротивление преодолевается погружением в глубокое гипнотическое состояние, а в эриксоновской модели гипнотерапии сопротивление применяется для индукции гипнотического транса и его терапевтической утилизации. Ф. Перле отмечал проявление сопротивления в особенностях невербального поведения клиента и с целью преодоления этого сопротивления использовал прием «преувеличения», при котором ослабляется сопротивление и осознаются подавленные переживания. Например, по указанию врача пациент все крепче и крепче сжимает руки и осознает при этом подавленный гнев, связанный с актуальной жизненной ситуацией, анализируемой в ходе терапии.

В лично-ориентированной (реконструктивной) психотерапии Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова сопротивление оценивается как реальный клинический факт. Представляя собой своеобразный психологический защитный механизм, сопротивление обычно отражает реакцию пациента на болезненное для него прикосно-



вание к зачастую глубоко скрытым или скрываемым им тягостным переживаниям, а также на перестройку, реконструкцию нарушенных отношений. В общении с врачом сопротивление выражается в различных формах — в уклонении от обсуждения наиболее важных проблем и переживаний, в молчании, в переводе разговора на другую тему, в неясности формулировок проявлений своего заболевания, в отрицательных реакциях на те или иные методы лечения, в юморе, а иногда даже в излишней податливости и согласии с высказываниями врача без должной их переработки.

Другие формы психотерапии, по мнению Р. Р. Гринсона, пытаются избежать или преодолеть сопротивление путем внушения, либо используя психотропные препараты, либо эксплуатируя отношения переноса. В укрывающей или поддерживающей терапии врач старается усилить сопротивление в случаях, когда это может быть необходимо для пациента. Лишь в психоанализе терапевт стремится выявить причину, цель, форму и историю сопротивлений.

## Аналитические процедуры

В классическом психоанализе большое число терапевтических процедур используется для работы на разных уровнях функционирования психических явлений. Общей характеристикой для всех аналитически ориентированных техник является их непосредственная цель — улучшение понимания пациентом самого себя. Некоторые процедуры не добавляют этого понимания «пер се», но усиливают

функции «Эго», необходимые для достижения понимания. Например,отреагирование создает достаточную разрядку инстинктивных напряжений, и освобожденное от напряжения «Эго» обретает способность к более ясному наблюдению, восприятию, воспоминанию, мышлению, осознанию, оценке. Отреагирование — одна из неаналитических процедур, которая достаточно часто используется при аналитическом лечении. В ряде случаевотреагирование является необходимой предпосылкой для инсайта.

Существуют и антианалитические процедуры — то есть блокирующие или значительно уменьшающие способность к пониманию, осознанию и инсайту. К категории антианалитических процедур относятся действия, ослабляющие функции «Эго» по наблюдению, воспоминанию, мышлению и оценке: например, назначение психотропных препаратов, или быстрая и легкая релаксация, отвлечение, или удовольствие переноса.

Наиболее важная аналитическая процедура — интерпретация; остальные процедуры теоретически и практически ей подчинены. Все аналитические процедуры — это либо шаги, которые ведут к интерпретации, либо приемы, которые делают ее более эффективной.

*Анализирование* включает в себя четыре основных процедуры: конфронтацию, прояснение, интерпретацию, переработку.

***Первый шаг*** при анализировании психического феномена — *конфронтация*. Явление должно стать очевидным для сознательного «Эго» пациента. Например, еще до того, как аналитик сможет интерпретировать причину избегания пациентом определенной темы во время сеанса, он сна-

чала должен показать пациенту, что тот чего-то избегает. Когда пациент это видит, можно переходить к следующему шагу. Однако, прежде чем предпринимать любые дальнейшие аналитические шаги, необходимо убедиться, что пациент сам различает тот психический феномен, который анализируется в процессе терапии.

**Второй шаг** после конфронтации — *прояснение*. Обычно эти две процедуры — конфронтация и прояснение — смешиваются друг с другом, однако каждая из них связана со своей собственной психологической проблематикой и поэтому должна рассматриваться отдельно. Прояснение относится к действиям, имеющим целью поместить анализируемый психический феномен в четкий фокус. Значимые детали должны быть тщательно выделены, обозначены и отграничены от второстепенных. Частности могут быть временно опущены как несущественные. Задача прояснения — сфокусировать внимание на анализируемом феномене, тщательно отделить его от других явлений, четко обозначить его границы.

**Третий шаг** при анализировании — *интерпретация*. Эта процедура отличает психоанализ от остальных психотерапий, ибо является здесь окончательным и решающим действием. Все другие процедуры подготавливают материал для интерпретации или развивают ее, и, в свою очередь, сами должны быть интерпретированы. Если свободные ассоциации относятся к основному способу получения наиболее важного материала от пациента, то интерпретация представляет собой главный инструмент анализа этого материала и перевода бессознательного в сознательное. Интерпретация есть разъяснение неясного

или скрытого для пациента смысла некоторых аспектов его переживаний и поведения, в психодинамической психотерапии представляет собой определенную технику истолкования значения симптома, ассоциативной цепочки представлений, сновидения, фантазии, сопротивления, переноса.

Интерпретировать, отмечает Р. Р. Гринсон, означает делать неосознанные феномены осознанными, более точно — делать сознательным неосознанный смысл каждого психического события. Это обычно требует не одной, а нескольких интерпретаций. Для интерпретации аналитик использует свое собственное бессознательное, свою эмпатию и интуицию так же, как и свои теоретические знания. Путем интерпретации можно подняться выше или спуститься глубже того, что поддается прямому наблюдению.

«Цель интерпретации, — писал Фрейд, — состоит в том, чтобы сделать какое-то неосознанное психическое событие осознанным, чтобы мы могли лучше понять значение данной части поведения. Интерпретация обычно ограничивается отдельным элементом, отдельным аспектом. Тщательно проработав данную интерпретацию элемента, попытавшись воссоздать историю и последовательность событий, в которую входит данный элемент, мы должны сделать нечто большее, чем интерпретация. Мы должны реконструировать ту часть жизни пациента, которая шла своим чередом, окружая пациента, которая предопределяла появление этого элемента» (Фрейд 3., 1937).

Существенным является вопрос: когда целесообразно начинать объяснение пациенту значения его симптомов,

ассоциаций, отношений, поведения и других элементов, происходящих из бессознательного, искаженных и доведенных до неузнаваемости под воздействием механизмов психологической защиты? Необходимо помочь пациенту осознать истинное значение его ассоциаций в нужный момент, то есть когда он уже готов и способен понять данную интерпретацию. Принятие и интеграция пациентом интерпретации могут успешно осуществляться лишь при ее эмоциональной опосредованности. Интерпретация должна быть неожиданной для пациента, считает Б. Д. Карвасарский, сообщать что-то новое, прежде неизвестное. Интерпретация взаимосвязана с инсайтом. Она не только раскрывает значение скрытого материала, но и может способствовать новому потоку ассоциаций, чувств и воспоминаний, которых пациент до сих пор еще не касался.

Иногда интерпретация осуществляется в краткой форме, в виде ключевого слова или фразы, раскрывающих новую сторону прежде обсуждавшегося материала, а в других случаях продвижение от ассоциации пациента к конкретной интерпретации требует подробного объяснения, проводимого шаг за шагом, с использованием законов формальной логики. В ряде случаев интерпретация может касаться второстепенных вопросов, и пациент сам довольно быстро к ней приходит, но существенная интерпретация, в частности, относительно переноса, совершенно неожиданна для него, и для ее принятия требуется основательная подготовка пациента. Когда психотерапевту становится совершенно ясным скрытое значение каких-либо переживаний пациента, ему бывает очень трудно удержаться от того, чтобы не сказать об этом больному. Слишком раннее или слиш-

ком позднее проведение интерпретации нежелательно. Эмпатическое поведение психотерапевта позволяет этого избежать. Каждый раз он пытается почувствовать, что испытывает пациент, дабы предвидеть его реакцию, а также понять, готов ли тот принять интерпретацию и воспользоваться ею. Произнесенная психотерапевтом фраза типа: «Вы не хотите расставаться со своим симптомом», будет восприниматься скорее как обвинение пациента, чем как интерпретация, если психотерапевт не раскроет на основе анализа высказываний и поведения больного, почему ему трудно отказаться от симптомов. На адекватную интерпретацию пациент обычно реагирует с облегчением и чувством благодарности. Если нет полной уверенности в правильности интерпретации, можно придать ей форму предположения, вопроса, гипотезы или намека.

Существует также понятие частичной интерпретации, включающей, во-первых, предварительную интерпретацию, ограниченную сознательными и предсознательными сферами, во-вторых, полную интерпретацию, но сфокусированную лишь на отдельных интрапсихических «фрагментах». В этом случае интерпретация частично раскрывает бессознательные мотивы и конфликты.

Как пример интерпретации Уэльдер приводит анализ фрагмента беседы с больным. Пациент не только рассказывает о смерти своего отца холодно и сухо, но однозначно заявляет, что она никак его не задела. Если пациент был в хороших отношениях с отцом, любил его, в этих словах не было бы смысла. Но если он уделяет много времени описанию глубокой скорби в связи с гибелью своей собаки вскоре после смерти отца, то напрашивается следующая

интерпретация: аффект скорби выразился с такой силой благодаря предыдущему событию, где пациент его не чувствовал, так как подавлял — из страха, стыда или, возможно, из опасения не совладать с собственными эмоциями. Если интерпретация о связи скорби пациента со смертью отца сделана в нужный момент, то пациент сможет, наконец, выразить свои чувства, которые до этого момента не находили выхода.

Интерпретацию полезно начинать с косвенных коммуникаций пациента, таких как поведение, речь, установки общего характера. Нецелесообразно, например, говорить пациенту: «Вы, кажется, любите мать больше, чем отца». Предпочтительнее высказывание типа: «У меня такое впечатление, что ваше отношение к брату очень похоже на отношение вашего отца к вам». Не следует сразу же переходить к обозначению в переживаниях пациента эдиповых чувств. Если интерпретация правильна, то пациент, скорее всего, удивится и может, например, сказать: «Да? Я никогда об этом не думал», — а далее в его ассоциациях эта интерпретация получит свое подтверждение.

По мнению Б. Д. Карвасарского, наиболее существенными в психоанализе являются интерпретации переноса. Если они производятся своевременно и правильно, они вызывают динамические и структуральные изменения в психическом аппарате пациента, способствуют установлению более адекватного равновесия между «Я» и бессознательным, так как при этом, с одной стороны, затрудняется дальнейшее подавление инстинктивных импульсов, а с другой стороны, облегчается возвращение в сознание подавленного психического содержания.

Интерпретации в психоанализе рассматриваются как радикальные, а не симптомо-центрированные, психотерапевтические вмешательства, поскольку предполагается, что они свободны от суггестии, а это и есть, по Фрейду, «чистое золото» психоанализа. В то же время Леви-Стросс, анализируя роль интерпретации при лечении у шамана и психоаналитика, писал: «В обоих случаях конфликты и сопротивления находят разрешение не из-за получения большим действительного или предположительного знания о них, а потому, что это знание приводит к особому опыту, при котором конфликты протекают в условиях, приводящих к их разрешению».

Следует учитывать и возможные отрицательные последствия применения интерпретации. Чрезмерное фокусирование на этих последствиях в ходе психотерапии может увести пациента от активных действий в реальной жизни. Существенные затруднения могут возникнуть в результате критических интерпретаций, если они используются до установления атмосферы истинного доверия и взаимопонимания между психотерапевтом и пациентом, а также при отсутствии готовности последнего понять и принять интерпретацию, например, вследствие слабости «Эго», отсутствия необходимых когнитивных ресурсов, поспешности и преждевременности. В процессе психотерапии важно неоднократно повторять некоторые интерпретации аналогичных ситуаций из настоящей и прошлой жизни пациента. Это подготавливает его к принятию новых интерпретаций и даже способствует собственной интерпретационной работе на пути становления самостоятельности, независимости и способности решать личностные проблемы и преодолевать жизненные трудности.



Процедуры прояснения и интерпретации тесно переплетаются. Очень часто прояснение ведет к интерпретации, которая, в свою очередь, приводит к дальнейшему прояснению.

**Четвертый шаг** в анализировании — тщательная *проработка*. Данный термин относится к комплексу процедур и процессов, имеющих место после инсайта. Это путь от инсайта, от возможности аналитика проникнуть во внутреннюю жизнь пациента, к пониманию пациентом самого себя. Аналитическая работа, открывающая путь от инсайта к изменениям, есть тщательная проработка. Проработка наиболее часто относится к сопротивлениям, которые препятствуют тому, чтобы понимание привело к изменению. Из всех процедур анализа тщательная проработка — самая длительная — иногда она затягивается на полгода и более.

Следует отметить, замечает Р. Р. Гринсон, что часть работы по тщательной проработке выполняется пациентом вне сеансов. Лишь изредка инсайт приводит к длительным изменениям в поведении очень быстро; это изменение обычно временное, оно остается, как правило, изолированным и неинтегрированным. Требуется длительное время, чтобы преодолеть те значительные силы, которые сопротивляются изменению, и создать новые психологические структуры. Связь между печалью и тщательной проработкой, а также важностью вынужденного повторения и инстинктом смерти обсуждается в работах З. Фрейда, О. Феничела, Р. Гринсона.

Все рассмотренные выше четыре шага необходимы, но некоторые могут быть выполнены пациентом спонтанно, в частности в виде конфронтации или части прояснения.

Они не обязательно должны следовать друг за другом в том порядке, как были описаны, поскольку каждая процедура может продуцировать сопротивление, которое требуется преодолеть прежде всего. Первым шагом может стать интерпретация, способная облегчить прояснение исследуемого феномена. Итак, конфронтация, прояснение, интерпретация и тщательная проработка — четыре основные процедуры, выполняемые аналитиком во время анализа.

## **Рабочий альянс**

Пациент идет на психоанализ потому, что невротическое страдание вынуждает его начать такое трудное терапевтическое путешествие. Его проблема достаточно сложна, что и обуславливает обращение к столь длительной, болезненной и дорогостоящей программе. Как замечает Р. Р. Гринсон, только относительно здоровый невротик может быть подвергнут психоанализу без больших модификаций или отклонений в методе.

Психоаналитический пациент продуцирует материал для лечения посредством свободных ассоциаций, реакций сопротивления и переноса. Аналитик использует процедуры конфронтации, прояснения, интерпретации и тщательной проработки, но они не охватывают в полной мере всего того, что происходит в курсе терапии. Существует еще один важный терапевтический ингредиент, жизненно необходимый для успеха терапевтического воздействия. Имеется в виду «рабочий альянс». Сам по себе он не является ни технической процедурой, ни терапев-

тическим процессом, но необходим и для того, и для другого.

Рабочим альянсом называют относительно здоровые, рациональные взаимоотношения между пациентом и аналитиком, они дают возможность пациенту целеустремленно работать в аналитической ситуации. Фрейд в этой связи писал об «эффективном переносе», взаимопонимании, которое должно быть установлено до того, как пациенту будет дана первая интерпретация. О. Феничел описывает «рациональный перенос», Л. Стоун говорит о «продуманном переносе», Э. Р. Зетцель — о «терапевтическом альянсе», С. Нач — о «присутствии аналитика». Все эти понятия относятся к одному и тому же кругу явлений.

Клиническое проявление рабочего альянса состоит в готовности пациента выполнять различные процедуры психоанализа и в его способности работать аналитически с регрессивными и причиняющими боль альянсами. Альянс формируется между сознательным «Эго» пациента и анализирующим «Эго» аналитика. Важным событием является частичная и временная идентификация пациента с отношением аналитика и его методами работы, которые пациент использует в первую очередь в регулярных аналитических сеансах.

Пациент, аналитик, аналитическая среда содействуют формированию рабочего альянса — этого необходимого условия для осознания невротического страдания и возможности получить помощь от аналитика, что побуждает пациента стремиться работать в аналитической ситуации. Способность пациента сформировать относительно рациональные, десексуализированные, лишенные аг-

рессии взаимоотношения с аналитиком происходит из наличия подобных нейтральных взаимоотношений в его прошлой жизни. Функции «Эго» пациента играют в этом решающую роль, поскольку возможность установления многочисленных взаимосвязей с аналитиком определяется способностями «Эго» быстро восстанавливать свои силы.

Аналитик содействует рабочему альянсу, настойчиво делая ударение на осознании и понимании путем анализа сопротивлений, используя свое сочувствующее, эмпатическое, откровенное и некарающее отношение. Аналитическое окружение (среда) способствует развитию рабочего альянса частотой визитов, продолжительностью лечения, использованием кушетки, молчания. Все эти факторы содействуют развитию не только регрессии, невротического переноса, но также и рабочего альянса.

Способ работы аналитика, его терапевтический стиль, аналитическое окружение создают «аналитическую атмосферу», которая чрезвычайно важна для того, чтобы склонить пациента пережить что-нибудь вместо того, чтобы отклонить. Эта атмосфера содействует рабочему альянсу и соблазняет пациента временно и частично идентифицироваться с точкой зрения аналитика. Аналитическая атмосфера может также превратиться в сопротивление, когда создается обстановка «нереальной жизни» в аналитической работе.

Рабочий альянс — часть взаимоотношений с аналитиком, которая делает возможным для пациента сотрудничество во время аналитического сеанса. Под этим мягким влиянием пациент старается осознать инструкции ана-

литика, его инсайты; рассматривать и обдумывать интерпретации и реконструкции, интегрированные и ассимилированные с инсайтами. Рабочий альянс в отношении невротического страдания дает стимул для выполнения аналитической работы; большая часть необработанного материала поставляется реакциями невротического переноса пациента.

Для того чтобы успешно анализировать невроз переноса, должен быть развит реальный рабочий альянс пациента и аналитика. Невроз переноса — «перевозочное средство» для отраженного, неприемлемого материала. Способность пациента колебаться между рабочим альянсом и реакциями невротического переноса — необходимое условие для выполнения аналитической работы. Эта способность параллельна расколу в «Эго» пациента между приемлемым, наблюдающим, анализирующим «Эго» и переживающим, субъективным, иррациональным «Эго».

Для продуктивной психоаналитической работы от пациента требуются искреннее очевидное желание подвергнуться анализу, определенные способности и особенности личности. Только тот пациент, у которого установки на психоанализ глубоко мотивированы, может вынести это лечение, связанное со значительными затратами времени и терпения, а главное — с раскрытием интимных переживаний.

В процессе лечения пациенту предлагают быть активным и пассивным, полностью отдаваться свободным ассоциациям или, наоборот, быть логичным и соблюдать последовательность мышления в соответствии с законами формальной логики. Пациент должен уметь выслушать и

понять аналитика, а также выразить словами свои переживания и чувства. Для этого требуется, чтобы он имел достаточно пластичное «Эго», другими словами, он должен обладать определенными способностями работать в психоаналитической ситуации. Что же касается особенностей личности, способствующих формированию продуктивной психоаналитической ситуации, то этот вопрос в одинаковой мере касается и пациента, и аналитика.

## Неаналитические терапевтические процедуры

В классическом психоанализе применяются и другие разновидности терапевтических процедур, которые используются для целей подготовки или повышения эффективности инсайта. Эти так называемые неаналитические процедуры со временем также становятся предметом анализа. К неаналитическим терапевтическим процедурам относятся отреагирование, внушение и манипуляции.

Отреагирование, или *катарсис*, принадлежит к разряду неприемлемых эмоций и импульсов. Понятие катарсиса ввел еще Аристотель, утверждавший, что через сочувствие и страх трагедия добивается очищения (катарсиса) духа. В русском языке употребляется синонимичный термин «отреагирование». За отреагированием, как правило, следуют уменьшение эмоционального напряжения и чувство облегчения. В психоанализе катарсис — один из центральных терапевтических механизмов — определяется

как освобождение от негативного эмоционального опыта (негативных эмоциональных переживаний) путем отреагирования этого опыта (этих переживаний). Частичное отреагирование в беседе с врачом отрицательных эмоциональных переживаний, связанных с болью, страданием, физическим дискомфортом, снижает у пациента уровень напряжения и тревоги.

Дж. Брейер и З. Фрейд считали катарсис действенным методом лечения: отреагирование дает пациенту чувство убежденности в реальности его бессознательных процессов. Эмоциональная заряженность позволяет оживить некоторые детали прошлого опыта, который в противном случае остался бы неясным и нереальным. Высвобождение аффектов и импульсов способно принести временное чувство облегчения, однако при этом само отреагирование может стать источником сопротивления.

Например, пациент, сознавшись аналитику в каком-либо вызывающем чувство вины событии и почувствовав облегчение, в дальнейшем может избегать этой темы вместо того, чтобы анализировать ее причины, историю, значение. Однако необходимо помочь пациенту пережить травмирующие эмоции для восстановления важных деталей, которые в противном случае могут быть упущены.

Имея дело с травмирующим или околотравмирующим опытом, пациента следует поддержать, чтобы он пережил это воспоминание с наибольшей интенсивностью, какую только способен вынести. Главная цель — добиться от пациента разрядки основного количества напряжений, тогда он будет лучше справляться с оставшимися. Например, следует допустить, чтобы пациент в хронической де-

прессии пережил достаточно острое огорчение и печаль, дабы сделать возможной дальнейшую аналитическую работу с этими чувствами. Некоторым пациентам в течение нескольких месяцев необходимо тратить часть каждого сеанса на отреагирование грусти и печали, чтобы обрести способность аналитически работать над своей депрессией. То же самое справедливо и для переживаний тревоги.

Отреагирование само по себе не аналитично, поскольку не приводит к пониманию и инсайту. Однако в рамках определенной психотерапевтической технологии оно становится мощным терапевтическим фактором. Так, катарсис может быть эффективным при использовании гипноза.

Аффективно окрашенные и вытесненные в бессознательное представления (комплексы) обладают склонностью к «превратным ассоциациям», которые, в конечном счете, могут проявляться симптомами невроза. Эмпирическим путем Брейер установил важный для психотерапии факт: если удается с помощью гипноза довести до сознания больного первоначальный патогенный комплекс, то действие его прекращается и наступает выздоровление.

Техника гипнокатарсиса заключается в следующем. Больного погружают в гипнотическое состояние и предлагают перенестись в прошлое. При этом у него могут возникать воспоминания, мысли и чувства, до того выпадавшие из поля психического опыта. Когда, проснувшись, больной сообщает врачу о своих душевных переживаниях, симптом оказывается преодолемым, и возвра-



щение его обратно в бессознательное становится невозможным. Брейер и Фрейд объясняли это явление тем, что симптом невроза в данном случае заменяет подавленные и не достигшие сознания психические процессы. Такую замену они называли конверсией (Кондратенко В. Т., Донской Д. И., 1993).

*Внушение* относится к методам индукции мысли, эмоций, побуждений пациента в обход его реалистического мышления (Вибринг Е., 1954). Оно присутствует практически во всех без исключения формах терапии, поскольку основывается на детских отношениях пациента, а люди в состоянии дистресса с готовностью присваивают себе эмоциональную позицию ребенка по отношению к терапевту-родителю (Гринсон Р. Р., 1994).

**Внушение** — это подача информации, воспринимаемой без критической оценки и оказывающей влияние на течение нервно-психических и соматических процессов (Карвасарский Б. Д., 1998). Путем внушения вызывают ощущения, представления, эмоциональные состояния и волевые побуждения, а также воздействуют на вегетативные функции без активного участия личности, без логической переработки воспринимаемого. Основное средство внушения — слово, речь суггестора (человека, производящего внушение). Неречевые факторы (жесты, мимика, поза) обычно оказывают дополнительное влияние.

Внушение ценно для психоанализа постольку, поскольку оно помогает пациенту войти и работать в аналитической ситуации. Хотя психоаналитик не гарантирует больших результатов своего лечения, степень конфиденциальности и правдивости пациента будет не-

обычно высокой, потому что влияние внушения обусловлено его отношением к аналитику — скрытым чувством оптимизма.

В течение курса анализа случается, что целесообразно убедить пациента попытаться вытерпеть фрустрацию и боль. Лучше раскрыть пациенту, сказав ему что-то вроде: «Вы, возможно, почувствуете себя лучше, если увидите это» или: «Вы вспомните свои сновидения, если вы больше не боитесь», и пациент начнет пересказывать их.

При использовании метода внушения существуют две опасности. Первая заключается в том, что его применение без особой необходимости вынуждает пациента привыкнуть к этой регрессивной форме поддержки. Вторая состоит в использовании внушения без осознания того, что производится именно внушение. В последнем случае возможное влияние внушения не анализируется, и пациент приобретает новый невротический симптом вследствие неанализированного внушения аналитика. Если интерпретации даются как догма, пациент начинает цепляться за интерпретацию.

Внушение и убеждение должны быть полностью исследованы, введены в аналитическую ситуацию; требуется проанализировать их эффект.

*Манипуляция* относится к восстанавливающей памяти деятельности, предпринимаемой терапевтом без знания пациента. Этот термин приобрел дополнительное, отгалицированное значение в психоаналитических кругах, ибо он стал неверно употребляться так называемыми «дикими аналитиками». Тем не менее манипуляция является важной частью аналитической терапии, наряду с внуше-

нием и отреагированнем. Она часто используется в различных процессах, которые возникают в классическом терапевтическом анализе.

**Манипуляция** — это деятельность аналитика, способствующая восстановлению памяти пациента. Можно, например, совершенно не реагировать на эмоции клиента, чтобы аффект достиг своего апогея; можно до поры до времени не анализировать перенос, чтобы он стал более ярким и демонстративным; можно в приказном тоне предложить пациенту напрячь свою память. Это все примеры манипуляций. Не относясь к аналитической технике, манипуляции, так же как катарсис с внушением, косвенно способствуют анализу. Главное, чтобы все эти дополнительные технические приемы в конечном счете были осознаны, а реакции на них — проанализированы.

Манипуляции могут быть неуловимы. Например, тон голоса или интонация могут навести на какие-либо воспоминания и, следовательно, привнести их или реакции на них в анализ и в связи с этим — в дальнейший аналитический процесс. Важно осознавать наличие манипуляции или, по меньшей мере, возможность ее использования. В конечном счете, манипуляция должна быть допущена на аналитическую арену и так же тщательно исследована, как и любое другое вмешательство аналитика, реальное или воображаемое (Gill M. M., 1954).

Продуманное и осознанное принятие на себя ролей или отношений антианалитично, потому что создает не поддающуюся анализу ситуацию, являясь элементом обмана и хитрости, которые порождают недоверие к терапевту. Это может быть необходимо в определенной

психоаналитической ситуации, но делает сам анализ невозможным. Термины «управление» и «обращение» с переносом также относятся к дополнительным неаналитическим мерам и процедурам, используемым в рамках психоаналитической терапии. «Искусство» психоаналитической техники, используемой в классическом психоанализе, основывается на сочетании аналитических и неаналитических процедур.

В технике психоанализа применяются и такие приемы, как «правило абстиненции» и «аналитик как зеркало».

**«Правило абстиненции».** «Хотя это может показаться жестоким, — писал Фрейд, — но мы должны следить за тем, чтобы страдание пациента дошло до такой степени, чтобы оно стало эффективно при работе». Вот эти, достигшие апофеоза страдания Фрейд и называл абстиненцией, а работу с ней считал наиболее эффективной в психоанализе. «Аналитическое лечение, — подчеркивает Фрейд, — следует проводить, насколько это возможно, в состоянии абстиненции» (Фрейд 3., 1919). Только когда эмоциональные переживания пациента достигнут определенной степени интенсивности, тогда — на высоте аффекта — аналитическая работа становится возможной. Клиент должен достичь определенной степени напряжения и боли, чтобы в нем актуализировалась тенденция к изменению. Если изменения не происходит, это, скорее всего, означает, что аффективное напряжение недостаточно болезненно и не настолько травматично, чтобы клиент захотел измениться.

**«Аналитик как зеркало».** Понятие «зеркало» включает в себя такую манеру поведения аналитика, когда он

остается непроницаемым, «темным» для пациента. Эмоционально-нейтральный стиль поведения терапевта, давая полную свободу для проекций пациента, может быть очень эффективным при сборе материала для последующего анализа. Вместе с тем, отражая и даже усиливая реакции и поведение клиента, терапевт в роли «зеркала» дает ему возможность как бы увидеть себя со стороны. Такой прием может на определенном этапе аналитической работы спровоцировать у клиента инсайт, после которого анализ оказывается более эффективным. Однако подобный эмоционально-нейтральный отражающий стиль работы аналитика ни в коем случае не означает холодности и безразличия к клиенту.

## Анализ сопротивления

Интерпретация сопротивления по-прежнему остается одним из двух краеугольных камней психоаналитической техники.

Психоанализ можно отличить от всех остальных форм психотерапии по тому, как он рассматривает вопрос о сопротивлении. Некоторые методы лечения направлены на усиление сопротивлений и называются «укрывающей» или «поддерживающей» терапией. Другие разновидности терапии могут пытаться преодолевать сопротивление или различными способами обходить его, например, путем внушения или увещевания, либо эксплуатируют отношения переноса, либо используют психотропные препараты. Лишь в психоаналитической терапии аналити-

ки пытаются преодолевать сопротивления, анализируя их, раскрывая и интерпретируя их причины, цели, формы и историю.

Сопротивление означает определенную оппозицию. Оно включает все те силы пациента, которые противодействуют процедурам и процессам психоанализа, то есть мешают свободному ассоциированию пациента, его попыткам вспомнить, достичь и принять инсайт, попыткам, действующим против приемлемого «Эго» пациента и его желания изменений; все эти силы считаются сопротивлениями. Сопротивление может быть сознательным, предсознательным или бессознательным; оно может выражаться в виде эмоций, отношений, идей, побуждений, мыслей, фантазий или действий. Сопротивление — это сущность контроля пациента, действующего против прогресса анализа, против аналитика и аналитических процедур и процессов. Фрейд уже в 1912 году понял важность сопротивлений: «Сопротивление сопровождает лечение шаг за шагом. Каждая ассоциация, каждое действие личности при лечении должны расплачиваться сопротивлением и представляют собой компромисс между силами, которые стремятся к выздоровлению, и силами, которые противодействуют этому» (Фрейд 3., 1912).

В пределах невроза пациента сопротивление выполняет защитную функцию: противодействует эффективности аналитических процедур и защищает статус-кво пациента, защищает невроз и находится в оппозиции приемлемому «Эго» пациента, аналитической ситуации в целом. Все аспекты ментальной жизни, имеющие защитную функцию, могут служить целям сопротивления.

**Клинические проявления сопротивления**

Прежде чем анализировать сопротивление, необходимо распознать его. Сопротивления встречаются в самых разных неопределенных или сложных, в комбинированных или смешанных формах. Все виды поведения являются формами сопротивления. Материал пациента может отчетливо раскрывать бессознательное содержание, инстинктивные побуждения или репрессированные воспоминания, однако это не исключает возможности одновременной работы важного сопротивления. Например, вполне вероятно, что пациент, ярко описывая на сеансе какую-нибудь агрессивную деятельность, просто хочет избежать рассказа о переживании сексуального искушения. Нет деятельности, которая не могла бы быть неправильно использована в целях сопротивления. Более того, поведение всегда имеет как аспекты побуждения, так и аспекты защиты.

**Пациент молчит.** Ситуации, когда пациент на сеансе молчит, — наиболее откровенная и наиболее часто встречающаяся в психоаналитической практике форма сопротивления. В целом это, как правило, означает, что пациент сознательно или бессознательно не расположен сообщить свои мысли или чувства аналитику. Пациент может осознавать свою нерасположенность или ощущать отсутствие в голове чего-то такого, что он мог бы рассказать. В любом случае задача специалиста — проанализировать причины молчания, говоря при этом что-нибудь вроде: «Что может заставлять вас бежать от анализа в данный момент?» Или в ситуации, когда «ничего не приходит в голову»: «Что может делать ничто в вашей голове?» Или:

«Вы, кажется, превратили нечто в ничто; что бы это могло быть такое?» Наши утверждения в данном случае основываются на предположении, что только в глубочайшем сне пустота приходит на ум, тогда как «ничто» вызвано сопротивлением.

Иногда молчащий пациент может невольно раскрыть мотив или даже содержание молчания своей позой, жестами, выражением лица. Отворачивание головы, избегание взгляда, закрывание глаз руками, скорченная поза тела на кушетке, краска, заливающая лицо, — все это может говорить об определенном замешательстве. Если пациент при этом с отсутствующим видом снимает свое обручальное кольцо с пальца и затем несколько раз продевает сквозь него свой мизинец, следует подумать, что он смущен мыслями о сексуальных отношениях или о супружеской неверности, а молчит потому, что еще не осознал свои импульсы и борьбу, происходящую между побуждением раскрыть свои чувства и противодействующим импульсом спрятать их.

Молчание, между тем, может иметь и другое значение — например, может быть повторением прошлого события, в котором пауза играла важную роль. В такой ситуации молчание — не только сопротивление, но также и содержание части переживания. В целом же, как правило, молчание является сопротивлением анализу и так и должно рассматриваться.

**Пациент «не чувствует себя способным рассказывать».** Ситуация, когда «пациент не чувствует себя способным рассказывать», — это вариант предыдущей ситуации, однако пациент не молчит совершенно, но осознает, что «не чувствует себя способным рассказывать» или «ему нечего



сказать». Очень часто это утверждение следует за молчанием. Задача аналитика в данном случае принципиально та же самая: выяснив, почему и что пациент не способен рассказать, направить его на работу над этими вопросами.

**Аффекты.** Наиболее типичное с точки зрения эмоций пациента проявление сопротивления наблюдается, когда пациент сообщает что-то вербально, при полном отсутствии выражения каких-либо эмоций, переживаний, аффектов. В этом случае замечания клиента, как правило, сухи, скучны и монотонны, невыразительны и однообразны. Создается впечатление, что пациент бесстрастен, его совершенно не трогает то, о чем он рассказывает. Особенно важно отсутствие переживаний при рассмотрении тех событий, которые должны быть чрезвычайно нагружены эмоциями: ситуации смерти, потери, разрыва отношений, развода. В целом несоответствие аффекта вербальному сообщению указывает по большей части на работу сопротивления. На это же указывает и наличие эксцентричных высказываний пациента, когда идеаторное и эмоциональное содержания не соответствуют друг другу.

**Поза пациента.** Очень часто пациенты открывают наличие сопротивления посредством той позы, которую они принимают на кушетке. Ригидность, одеревенелость, скрученность позы могут указывать на защиту. Всегда является признаком сопротивления и неизменяемость, порой в течение всего сеанса, любых позиций, принимаемых пациентом. Если же он относительно свободен от сопротивления, его поза каким-то образом всегда меняется в ходе сеанса. Чрезмерная подвижность также показывает, что существует нечто, что разряжается в дви-

жении, а не в словах. Противоречие между позой и вербальным содержанием — также признак сопротивления. Пациент, который вежливо рассказывает о каком-то событии, а сам при этом корчится и извивается, излагает лишь часть истории, в то время как его движения пере-сказывают другую ее часть. Сжатые кулаки, руки, тесно перекрещенные на груди, скрещенные лодыжки свидетельствуют об утаивании, о неискренности клиента. Кроме того, пациент, приподнимающийся во время сеанса или спускающий одну ногу с кушетки, обнаруживает тем самым желание убежать от аналитической ситуации. Зевание во время сеанса может говорить о сопротивлении. То, как пациент входит в офис, избегая глаз аналитика, или заводит небольшой разговор, который не продолжается на кушетке, или то, как он уходит, не взглянув на аналитика, — все это разнообразные показатели сопротивления.

**Фиксация во времени.** Обычно, когда повествование пациента относительно свободно, в его вербальной продукции прослеживаются колебания между прошлым и настоящим. Если же пациент рассказывает всю историю последовательно, не отвлекаясь на воспоминания о прошлом, не вставляя замечаний о настоящем, либо, напротив, если пациент продолжительное время говорит о настоящем без случайных погружений назад, в прошлое, — значит, работает сопротивление. При этом наблюдается избегание, аналитичное ригидности, фиксированности эмоционального тона, позы, мимики и жестов.

**Мелочи, или внешние события.** Когда пациент рассказывает о внешних, маловажных, относительно незначитель-

ных событиях какого-то периода времени, он, как правило, избегает чего-то такого, что действительно значимо. Если при этом наблюдается тенденция к повторам без дальнейшей разработки темы или без углубления в ее понимание, следует допустить, что действует какое-либо сопротивление. Если же рассказ о мелочах не кажется самому пациенту лишним, мы имеем дело с «убеганием». Отсутствие интроспекции и полноты мышления — показатель сопротивления. В целом же вербализация, которая может быть избыточной, но при этом не приводит к новым воспоминаниям, или новому пониманию, или к большему эмоциональному осознанию, — показатель защищенности.

То же самое утверждение верно и для рассказа о внешних по отношению к личности пациента событиях, даже если это политические события большого значения. Если внешняя ситуация не ведет к личной, внутренней ситуации, значит, по-видимому, работает сопротивление.

**Избегание тем.** Для пациентов очень типично избегать болезненных областей психической жизни. Это может делаться как сознательно, так и бессознательно. Особенно часто такое избегание встречается в отношении сексуальности, агрессии и переноса. Многие пациенты способны говорить весьма долго, обстоятельно и подробно, тщательно избегая при этом упоминания о конкретных проявлениях своей сексуальной жизни, или своих агрессивных побуждений, или каких-то чувств по отношению к аналитику. Рассматривая сексуальность, можно отметить, что боольшая часть болезненных моментов связана с физическими ощущениями и зонами тела. Пациент может говорить о сексуальных желаниях или возбуждениях вооб-

ще, но обходит молчанием частный вид физических ощущений или тот конкретный толчок, который возбуждает сексуальную жизнь. Пациент может подробно изложить сексуальное событие, но неохотно укажет, какая часть или части тела были вовлечены в него. Фразы типа: «Мы предавались оральной любви прошлой ночью» или: «Мой муж целовал меня сексуально» — типичные примеры подобного сопротивления.

В том же роде пациенты будут говорить общими словами о своем чувстве раздражения или гнева либо о таком своем состоянии, когда все надоели, тогда как в действительности клиенты были просто в ярости и испытывали готовность убить кого-либо.

Сексуальные чувства или чувства неприязни по отношению к личности аналитика также находятся среди наиболее избегаемых тем в раннем анализе. Пациенты могут выказывать сильное любопытство к аналитику, к его личной жизни, но будут говорить о нем в наиболее общепринятых, социально приемлемых выражениях, неохотно раскрывая свои сексуальные или агрессивные импульсы. «Я бы хотел знать, женаты ли вы» или: «Вы выглядите бледным и усталым сегодня» — такие замечания обычно маскируют выражение подобных фантазий. Если какая-то тема, случается, не входит в аналитический сеанс, то это является признаком сопротивления и должно рассматриваться как таковое.

**Ригидность.** Весь повторяющийся время от времени порядок, которого пациент придерживается во время анализа без каких-либо изменений, также следует рассматривать как сопротивление. Психическая ригидность

служит своеобразным препятствием для свободного самовыражения клиента. В поведении, свободном от сопротивления, всегда присутствует определенная степень гибкости, тенденция к изменениям, к вариациям. Привычки имеют склонность меняться, если они не исполняют функцию защиты.

Вот несколько типичных примеров психической ригидности, выступающей сигналом работы сопротивления: начинать каждый сеанс с описания сновидения или объяснения того, что сновидения не было; начинать каждый сеанс с рассказа о своих симптомах или жалобах или с описания событий предыдущего дня. Уже сам факт стереотипного начала каждого сеанса говорит нам о сопротивлении пациента. Есть пациенты, которые постоянно занимаются своеобразным «коллекционированием» «интересной» для аналитика информации, готовясь к аналитическому сеансу. Они сознательно ищут «материал» для того, чтобы, заполнив им сеанс, избежать молчания либо для того, чтобы стать «хорошим» пациентом. Все это несомненные признаки сопротивления. В целом можно сказать, что даже в том случае, когда все логично и пунктуально согласовано друг с другом, сам по себе факт ригидности свидетельствует о существовании чего-то такого, что отвергается, что служит препятствием. Отдельные формы ригидности могут прямо указывать на то, от чего они защищают, например, привычка приходить на сеанс пораньше — на страх опоздать, эту типичную «туалетную» тревожность, которая говорит о наличии страха потери контроля над сфинктером.

**Язык избегания.** Использование клише, технических терминов — один из наиболее частых показателей сопро-

тивления — обычно указывает на то, что пациент избегает упоминать о возникающих в памяти ярких образах. Его цель — утаить личностное сообщение. Пациент, который говорит «генитальные органы», в действительности подразумевает пенис, избегает образа, пришедшего бы на ум при слове «пенис». Пациент, который говорит о своих «неприятных чувствах» вместо того, чтобы сказать: «Я был взбешен», — также избегает образа и ощущения бешенства, предпочитая стерильность слова «неприятность». В этой связи необходимо заметить, что аналитику важно использовать личностный, живой язык при разговоре с пациентом. Клише изолируют аффекты и уводят от эмоциональных затруднений. Наиболее часто повторяющиеся клише являются индикаторами характера сопротивлений и не могут регулироваться до того, как анализ найдет верный путь.

**Опоздания, пропуски сеансов, забывчивость при оплате.** Очевидно, что опоздания, пропуски сеансов, забывчивость при оплате — все это показатели нежелания приходить и платить за анализ, которое может быть осознанным, и тогда оно относительно легко принимается при анализе, или бессознательным, и тогда пациент станет рационализировать его. В последнем случае анализ не может быть проведен до тех пор, пока появятся достаточные основания для того, чтобы с уверенностью противостоять пациенту, когда он активно, но неосознанно избегает этой проблемы. Пациент, «забывающий» платить, не просто неохотно вносит деньги, но также неосознанно пытается отрицать, что его взаимоотношения с аналитиком всего лишь профессиональные.

**Отсутствия сновидений.** Пациенты, которые знают, что они видели сновидение и забыли его, очевидно, сопротивляются процессу воспоминания. Пациенты, которые рассказывают свои сновидения, причем даже и те, что указывают на бегство от анализа, например, обнаружение не того офиса, приход к другому аналитику и тому подобное, тоже, очевидно, борются с какими-то формами избегания аналитической ситуации. Пациенты, которые не рассказывают сновидения вообще, имеют сильнейшие сопротивления; в данном случае сопротивление добивается успеха при атаках не только па содержание сновидения, но также и на воспоминание о том, что оно было.

Сновидение — один из наиболее важных путей подхода к бессознательному пациента, к репрессированному содержанию его психической жизни и к его инстинктивным побуждениям. Забывание сновидений указывает на борьбу пациента с разоблачением его бессознательно, в частности его инстинктивной жизни, в процессе аналитического сеанса. Если успех в преодолении сопротивлений будет достигнут, пациент может ответить рассказом о забытом до сих пор сновидении, либо новые фрагменты сновидения могут всплыть в сознании клиента. Наводнение психоаналитического сеанса множественным сновидений — другая разновидность сопротивления, которая может говорить о бессознательном желании пациента продолжить свой сон в присутствии аналитика.

**Пациенту надоело.** Скука у пациента показывает, что он избегает осознания своих инстинктивных побуждений и фантазий. Если пациенту скучно, это, как правило, озна-

чает, что он пытается воспрепятствовать осознанию своих истинных импульсов и побуждений, вместо чего появляется специфическое напряжение — скука. Когда пациент продуктивно работает с аналитиком во время сеанса, он стремится отыскать и вербализовать свои фантазии. Скука же служит защитой против фантазий. Можно отметить, что у аналитика скука говорит обычно о том, что его собственные фантазии по отношению к пациенту заблокированы реакцией контрпереноса.

**У пациента есть секрет.** Пациент, имеющий какую-либо вполне осознаваемую тайну, секрет, хорошо понимает, что существует нечто такое, чего он избегает. Это особая форма сопротивления, и обращение с ней заслуживает специального рассмотрения. Секретом может быть какое-либо событие, которое пациент хотел бы оставить в покое. Сие «нечто» следует поддерживать, а не подавлять, приносить выказывать или выспрашивать у пациента.

**Действие вовне.** Действие вовне — очень частое и важное происшествие во время психоанализа. Оно всегда служит функциям сопротивления вне зависимости от того, что еще дополнительно может означать. При сопротивлении в виде действия вовне последнее служит заменой слов, воспоминаний и аффектов. Более того, при этом всегда имеется некоторая степень искажения. Действие вовне выполняет множество функций; наряду с другими, функция сопротивления должна быть в конце концов проанализирована, поскольку без этого весь анализ в целом оказывается под угрозой.

Один простой вид действия вовне, очень часто встречающийся в самом начале курса анализа, заключается в



том, что пациент разговаривает о материале аналитического сеанса вне его, с кем-то, помимо аналитика. Это очевидная форма избегания: пациент перемещает реакцию переноса на кого-либо еще, помимо аналитика, для того чтобы избежать некоторых аспектов своих чувств, испытываемых при переносе. Действие вовне следует специально выделить как сопротивление и его мотивы тщательно исследовать.

**Частые веселые сеансы.** Аналитическая работа в своей основе — тяжелый, серьезный труд. Эта работа может быть не всегда мрачной или печальной; совсем не каждый сеанс непременно депрессивен или болезнен. Пациент должен время от времени испытывать определенное удовлетворение от проделанной работы, получать своеобразное удовольствие от чувства достижения и успешного преодоления, овладения собственной природой. При этом может появляться даже чувство триумфа и ощущение собственного могущества. Иногда корректная интерпретация аналитика вызывает спонтанный смех его клиента. Однако при всем при этом частые веселые сеансы, слишком большой энтузиазм и длительное приподнятое настроение показывают, что нечто важное в процессе сеансов начинает отторгаться и игнорироваться. Обычно это «нечто» имеет противоположную природу — оно, скорее всего, сродни депрессии. Бегство в здоровье, преждевременная утрата симптомов без их осознания и понимания — признаки сходных типов сопротивления.

**Пациент не изменяется.** Иногда аналитик работает успешно и эффективно с клиентом, но при этом явных изменений в симптомах последнего не происходит. Если сопро-

тивление не проявляется в течение достаточно длительного времени, тогда аналитик должен искать скрытое, неявное сопротивление.

### Теория сопротивления

Концепция сопротивления — основная в психоаналитической технике и поэтому неизбежно затрагивает каждый технический вопрос, касающийся процедуры анализа. Сопротивление препятствует как аналитической процедуре и всем действиям аналитика, так и формированию приемлемого «Эго» пациента. Сопротивление защищает невроз. По-видимому, это адаптивно. Термин «сопротивление» относится ко всем защитным операциям психического аппарата, ко всем их проявлениям.

Термином «защита» обозначаются процессы, которые предохраняют от опасности и боли и противостоят инстинктивным действиям, доставляющим удовольствие и психическую разрядку. В психоаналитической ситуации защиты проявляются в виде сопротивлений. В большинстве своих работ Фрейд использует эти термины как синонимы. Функция защиты — первичная, первоначальная, она основывается на функциях «Эго», хотя каждый из видов психических феноменов может быть использован в качестве защиты. Анализ сопротивления следует начинать именно с «Эго». Сопротивление создано анализом; аналитическая ситуация становится ареной, на которой силы сопротивления проявляют себя.

Во время курса анализа силы сопротивления используют практически все те механизмы, формы, способы, методы и конstellляции защиты, что «Эго» — во внешней

жизни пациента. Они могут включать элементарные психодинамические силы, используемые бессознательным «Эго» для предохранения своих синтетических функций, таких как механизмы репрессии, проекции, интроекции, изоляции. Сопротивления могут также состоять из недавних, более сложных приобретений, например, рационализации или интеллектуализации, также используемых для целей защиты.

Сопротивления пациента работают, как правило, в его бессознательном «Эго», хотя некоторые аспекты сопротивления могут стать доступными для его наблюдающего, сознательного «Эго». Необходимо отличать сам факт сопротивления пациента от того, как именно он сопротивляется, что отвергает при помощи сопротивления и почему он это делает. Механизм сопротивления, по определению, всегда бессознателен, но пациент может осознавать то или иное вторичное проявление процесса защиты.

Сопротивления выступают в процессе анализа некой формой противодействия процедурам и процессам, которая анализируется. В начале анализа пациент наиболее часто в определенной мере противодействует запросам аналитика и его вмешательству. По ходу развития рабочего альянса пациент постепенно идентифицируется с рабочими отношениями, формирующимися в процессе психоанализа, и тогда сопротивление начинает осознаваться как чуждая «Эго» защитная операция «переживающего» «Эго» пациента. Во время всего курса анализа, при каждом его шаге будет происходить борьба с сопротивлениями, которая может ощущаться пациентом интрапсихически в отношениях с аналитиком; она бывает сознательной, пред-

сознательной, бессознательной; она может быть несущественной, незначительной или кровопролитной.

В курсе анализа все мысли, чувства, фантазии, возбуждающие болезненную эмоцию, проявившись в свободной ассоциации, сновидении или вмешательстве аналитика, вызовут той или иной формы сопротивление. Исследуя то, что лежит за болезненным аффектом, мы всегда обнаружим инстинктивный импульс и, в конечном счете, какую-то связь с относительно травматическим событием в жизни пациента.

Классификация видов сопротивлений может быть проведена на основании тех преобладающих типов психологической защиты, которые сопротивления используют. Анна Фрейд описала девять типов защитных механизмов. Отметим, каким образом сопротивление применяет их для того, чтобы противостоять аналитической процедуре.

Так, например, *репрессия* вступает в аналитическую ситуацию, когда пациент «забывает» свое сновидение или назначенное время психоаналитического сеанса либо когда его сознание оказывается «очищенным» от наиболее значимых фундаментальных переживаний, а его память — свободной от воспоминаний о наиболее референтных лицах прошлой жизни.

Сопротивление *изоляция*, в частности, проявляется тогда, когда пациенты отделяют аффекты своего жизненного опыта от его реального содержания. Клиенты могут описывать события с большим количеством подробностей и мельчайших деталей, не выражая при этом каких-либо переживаний. Такие пациенты часто изолируют аналитическую

работу от всей своей остальной жизни. **Инсайты**, произошедшие во время аналитических сеансов, не интегрируются в повседневную жизнь, остаются изолированным, неприменимым для реальных целей знанием. Пациенты, которые используют механизмы изоляции при сопротивлении анализу, часто сохраняют память о травматическом событии, теряя при этом эмоциональную связь с ним. В процессе анализа они будут «включать» свои мыслительные процессы для того, чтобы избежать эмоций.

Р. Р. Гринсон на основе типичных неврозов переноса выделяет те сопротивления, которые преобладают в каждом конкретном случае. Так, для **истерии** он считает наиболее характерными такие виды сопротивлений, как репрессия и изолированные реактивные формации. Автор отмечает у этих пациентов регрессию к фаллическим характеристикам, эмоциональность, склонность к соматизации и к конверсии, а также идентификацию с утраченными любовными объектами и с объектами, вызывающими чувство вины.

Для **невроза навязчивостей** Гринсон описывает в качестве патогномичных изоляцию, проекции и реактивные образования. Он отмечает, в частности, склонность к регрессии на анальный уровень с образованием таких черт характера, как аккуратность, чистоплотность и уязвимость, которые становятся важными источниками сопротивлений. Достаточно типичной может быть при данной форме патологии и интеллектуализация как сопротивление эмоциям и чувствам.

При **невротических депрессиях** наиболее типичными формами сопротивлений считаются интроекция, идеи-

тификация, действие вовне. Гринсон полагает, что оральная и фаллическая активность при невротических депрессиях регрессивно искажены. В качестве характерных он отмечает склонность к разнообразным пагубным привычкам и к мазохизму.

### **Техника анализирования сопротивления**

Сам термин «**анализирование**» — это сжатое выражение для многих технических процедур, которые способствуют пониманию пациента. По крайней мере четыре различные процедуры подразумеваются под названием «анализирование»: конфронтация, прояснение, интерпретация и тщательная проработка.

***Интерпретация*** — исключительно важный инструмент психоаналитической работы. Любая другая аналитическая процедура является только лишь предварительной подготовкой для последующей интерпретации, способствующей повышению эффективности анализа. Интерпретировать — значит делать подсознательные и предсознательные психические события сознательными. Интерпретация — это процесс, в ходе которого разумное и сознательное «Эго» осознает то, что было вытеснено и забыто. С помощью интерпретации мы приписываем определенное значение и причинность тому или иному психическому феномену, мы заставляем пациента осознавать историю, источник, форму, причину или значение данного психического события. Этот процесс требует более чем одного вмешательства. В ходе интерпретирования аналитик использует свой собственный сознательный ум, свою эмпатию, интуицию, фантазию точно так же, как и

свой интеллект, свои теоретические знания. Путем интерпретации мы заходим дальше того, что уже подготовлено для восприятия, понимания и наблюдения обычного сознательного мышления. Реакции пациента на предоставляемые ему интерпретации позволяют определить, являются ли эти последние логически обоснованными и правдоподобными, соответствующими реальной жизненной ситуации клиента.

Интерпретируя психологический материал пациента, аналитик ставит перед собой следующие основные цели:

- перевести продукции пациента в их бессознательное содержание, то есть установить взаимосвязи тех или иных мыслей, фантазий, чувств, поведения клиента с их бессознательными «предками»;
- преобразовать бессознательные элементы психических событий в понимание, логическое осознание, в их истинное значение; фрагменты прошлой и настоящей истории, сознательное и бессознательное, должны быть связаны так, чтобы создавалось ощущение цельности и последовательности, имеющей внутреннюю логику;
- сообщать пациенту об инсайтах по мере их достижения.

Для эффективного вовлечения «Эго» пациента в эту психологическую работу существует необходимое условие, а именно: то, что интерпретируется, должно быть сначала выявлено, продемонстрировано и прояснено. Чтобы продемонстрировать сопротивление, сначала требуется осведомить пациента о том, что это сопротивление существует, что оно работает. Сопротивление должно быть продемонстрировано, и пациент должен быть настроен

против него. Затем специфическая разновидность или отдельная деталь сопротивления помещается в четкий фокус осознания.

**Конфронтация и прояснение** — необходимые дополнения к интерпретации; они должны рассматриваться именно таким образом. Иногда пациент не нуждается в конфронтации, прояснении или интерпретации, предоставляемых аналитиком, поскольку в состоянии проделать всю необходимую аналитическую работу самостоятельно. В ряде случаев все три процедуры присутствуют в анализе практически одновременно либо внезапный инсайт может подготовить почву для конфронтации и прояснения.

**Тщательная проработка** относится, в сущности, к повторению и выработке более детализированных, более подробных интерпретаций, которые ведут пациента от первоначального понимания частного явления к более разработанным последующим изменениям в реакциях и поведении.

Тщательная проработка делает интерпретацию эффективной. Следовательно, конфронтация и прояснение подготавливают процедуру интерпретации, в то время как тщательная проработка завершает аналитическую работу. При этом интерпретация становится центральным и основным инструментом психоанализа.

Итак, *техника анализа сопротивления* складывается из следующих основных процедур (Кондратенко В. Т., Донской Д. И., 1993):

1. Процесс осознания сопротивления.
2. Демонстрация факта сопротивления пациенту:
  - демонстративное выявление сопротивления;



- усиление сопротивления.
3. Прояснение мотивов и форм сопротивления:
    - какой именно специфический болезненный аффект заставляет пациента сопротивляться;
    - какое специфическое инстинктивное побуждение является причиной болезненного аффекта в момент анализа;
    - какую конкретную форму и какой конкретный метод использует пациент для выражения своего сопротивления.
  4. Интерпретация сопротивления:
    - выяснение того, какие фантазии или воспоминания являются причиной аффектов и побуждений, стоящих за сопротивлением;
    - объяснение истоков и бессознательных объектов выявленных аффектов, побуждений или психических событий.
  5. Интерпретация формы сопротивления:
    - объяснение данной формы, а также сходных форм деятельности во время анализа и вне анализа;
    - прослеживание истории и бессознательных целей этой деятельности в настоящем и прошлом пациента.

Опытный аналитик знает, что во время одного сеанса может быть проделана лишь небольшая часть анализа. В основном сеансы заканчиваются всего лишь неясным осознанием того, что «работает» какое-то сопротивление. Аналитик в таких случаях лишь указывает пациенту на то, что тот что-то скрывает или избегает какой-то определенной темы. Когда это возможно, аналитик пытается исследовать данные явления. Причем усердие самого ана-

литика должно играть вторичную роль в исследовании и раскрытии бессознательных явлений. Важно не спешить с интерпретацией, так как это может или травмировать пациента, или привести к его интеллектуальному соперничеству с аналитиком. В любом случае следствием станет усиление сопротивления. Необходимо дать возможность пациенту прочувствовать свое сопротивление и лишь потом переходить к его интерпретации.

Пациенту следует объяснить, что сопротивление — это его собственная психическая деятельность, акция, которую он сам осуществляет бессознательно, предсознательно или сознательно, что сопротивление не является виной или слабостью пациента и что анализ сопротивления — важная часть собственно психоанализа. Только тогда, когда пациент сам определит, что он сопротивляется, сам ответит на вопрос, почему и чему он сопротивляется, становится возможным сотрудничество с ним, только тогда создается необходимый для эффективного анализа рабочий альянс.

Основное правило техники интерпретации заключается в следующем: анализ должен вестись от сопротивления к содержанию, от сознательного к бессознательному, от поверхностного понимания к глубинному.

## **Перенос**

Величайший прогресс в психоаналитической технике был производным от основных открытий Фрейда о двойственности переноса; это незаменимый ценный инстру-

мент и это же источник величайших опасностей и ошибок в анализе пациента. Реакции переноса предоставляют аналитику бесценную возможность исследования неприемлемого прошлого клиента и его бессознательного. Перенос также возбуждает сопротивление, которое становится наиболее сильной помехой в работе аналитика. Каждое определение психоаналитической техники неизбежно включает в себя в качестве центрального звена анализ переноса. Реакции переноса присутствуют у всех пациентов, проходящих психотерапию. Психоанализ, по мнению Гринсона, отличается от всех остальных терапий методом, которым он способствует развитию реакций переноса, а также тем, каким образом он предпринимает попытки систематического анализа явлений переноса.

Понятие переноса относится к особому виду отношений с личностью; это тип объектных отношений, характеризующийся переживанием некоторых чувств к другой личности, чувств, которые на самом деле к ней не относятся и которые в действительности обращены к другой личности. На личность в настоящем при явлениях переноса реагируют так, как будто это личность из прошлого. Перенос есть повторение, новое издание старых объектных отношений (Фрейд З., 1905), анахронизм, временная погрешность. При переносе имеет место перемещение: импульсы, чувства и защиты по отношению к личности в прошлом перемещаются на личность в настоящем. Перенос — это главным образом бессознательное явление. Личность, реагирующая чувствами переноса, по большей части не осознает, что невольно искажает реальность.

Перенос может состоять из любых компонентов объектных отношений и переживаться как чувства, побуждения, страхи, фантазии, отношения, идеи или защиты против них. Лица, которые являются первоначальным источником реакций переноса, — это значимые и значительные люди из раннего детства. Перенос имеет место как в анализе, так и вне анализа у невротиков, психотиков и здоровых. Все человеческие взаимоотношения содержат в себе некоторую смесь реальных реакций и реакций переноса.

Реакция переноса становится неподходящей лишь в ее теперешнем контексте; в какой-то ситуации в прошлом она была вполне подходящей реакцией. То, что сейчас болезненно проявляется в виде реакций переноса на некую личность в настоящем, точно соответствовало определенному лицу в прошлом. Например, Гринсон приводит в качестве примера свою молодую пациентку, слезами реагиовавшую на двух-, трехминутную задержку начала сеанса. Пациентка подумала, что он, должно быть, отдает это свое время другой пациентке-фаворитке. Для тридцатипятилетней интеллигентной и культурной женщины подобная реакция представляется неподходящей, неадекватной. Однако ассоциации привели ее к прошлой ситуации, в которой подобные чувства были вполне уместны. Она пересказала свои реакции, когда, будучи пятилетним ребенком, ждала в своей комнате отца с его прощальным поцелуем и пожеланием спокойной ночи. Она всегда ждала несколько минут, потому что он, как правило, целовал и желал спокойной ночи сначала ее младшей сестре. Тогда она реагировала слезами, серди-

лась и ревниво фантазировала — точно так же она переживала впоследствии ожидание своего аналитика. Ее реакции были вполне уместными для пятилетней девочки, но совершенно не подходили для тридцатипятилетней женщины. Ключом к пониманию такого поведения является осознание того, что это всего лишь повторение прошлого, то есть реакция переноса.

Реакции переноса являются, в сущности, повторением прошлых объектных отношений. Повторение при этом может пониматься различным образом и, по-видимому, служит множеству функций. Инстинктивная фрустрация и задержка заставляют невротика искать запоздалые возможности для удовлетворения своих потребностей. Но их повторение может также быть и способом избегания воспоминаний, защитой против нежелательных воспоминаний, манифестацией навязчивого повторения.

Перенос — та часть поведения, копирующего что-либо в прошлом, которая делает его неуместным в настоящем. Повторение бывает точным дублированием прошлого, точной копией, переживанием или же «новым изданием», модифицированной версией, искаженным представлением прошлого. Если модификация прошлого проявляется в виде повторения переноса, тогда это обычно происходит в направлении желаемого исполнения. Очень часто фантазии детства переживаются как действительно имеющие место (Фрейд 3., 1914). Пациенты будут переживать такие чувства по отношению к аналитику, которые могут быть истолкованы как сексуальный соблазн отца, каковой позже проявляется в виде повторения желания, первоначально представленного как детская фантазия. Чувства пере-

носа, которые направлены вовне, обычно превращаются в попытки желаемого исполнения.

Объекты, ставшие первоначальными источниками реакции переноса, являются важными людьми ранних лет ребенка. Обычно это родители или другие воспитатели, дающие любовь, комфорт и наказание, а также братья, сестры и другие соперники. Однако реакции переноса могут происходить и от более поздних и даже современных фигур, но тогда анализ вскроет, что эти позднейшие объекты вторичны и сами произошли из фигур раннего детства.

Все элементы объектных отношений могут быть включены в реакции переноса — любые эмоция, побуждение, желание, отношение, фантазия и защиты против них. Например, неспособность пациента почувствовать раздражение против аналитика может восходить к его детской защите против выражения раздражения. Будучи мальчиком, он узнал, что лучший способ предотвратить ужасные ссоры со вспыльчивым отцом — оставаться самому не сознающим раздражения. В анализе он не знал раздражения, которое скрывалось за его постоянной вежливостью.

Реакции переноса по сути своей бессознательны, хотя некоторые аспекты реакций и могут осознаваться. Индивид, переживающий реакцию переноса, может осознавать, что он реагирует чрезмерно или странно, но он не знает истинного значения этого. Он даже может интеллектуально осознавать источник такой своей реакции, но он не осознает некоторых важных эмоциональных или инстинктивных компонентов.

Все люди имеют реакции переноса. Аналитическая ситуация только лишь способствует их развитию и использует их для интерпретации и реконструкции. Невротики особенно склонны к реакциям переноса, поскольку они вообще люди фрустрированные и несчастливые. Аналитик является главной мишенью для реакций переноса, как и все другие значимые лица из жизни индивидуума.

Таким образом, перенос есть переживание чувств, побуждений, отношений, фантазий и защит по отношению к личности в настоящем, которая не является подходящей для этого, то есть это повторение реакций, образованных по отношению к значимым личностям раннего детства, бессознательно перемещенных на фигуры в настоящем. Две главные характеристики реакций переноса — повторяемость и неуместность.

**Неуместность.** Возьмем простой пример: пациент рассердился на своего аналитика. Из этого единичного акта невозможно определить, имеем ли мы дело с реакцией переноса. Во-первых, нужно выяснить, не заслужило ли поведение аналитика раздражения. Если пациент раздрадован из-за того, что аналитик прервал его ассоциации, отвечая на телефонный звонок, тогда, по-видимому, не следует рассматривать раздраженность пациента как реакцию переноса. Его ответ выглядит реалистичным, он соответствует обстоятельствам и отражает зрелый уровень функционирования клиента. Это не означает, что реакция пациента игнорируется, но мы обращаемся с нею иначе, чем с явлениями переноса. Мы можем исследовать историю пациента и его фантазии в отношении реакций раздражения, но, несмотря на наши находки, нам стоит напо-

минать себе и пациенту, что его очевидная реакция на фрустрацию была реалистичной. Если же пациент приходит в ярость, а не просто раздосадован либо если он остается совершенно индифферентным, тогда неуместная интенсивность реакции показала бы, что мы, вероятно, имеем дело с повторением или реакцией из детства, как в том случае, если его досада длится часами или если он реагирует на прерывание хохотом.

Неуместность реакций на текущие события — главный признак того, что личность, которая вызывает данную реакцию, не является решающим или истинным объектом. Это показывает, что реакция, вероятно, соответствует объекту в прошлом.

***Интенсивность.*** Интенсивные эмоциональные реакции к аналитику, как правило, служат показателями переноса. Это верно и для различных форм любви, ненависти и страха. Обычное умеренное, неназойливое поведение, согласующееся с отношением аналитика, реально не вызывает интенсивных реакций. Пациент может быть адекватен при своем интенсивном реагировании, только если поведение аналитика и аналитическая ситуация подтверждают это. Пример: аналитик заснул, слушая клиента. Пациент осознает это и, в конце концов, ухитряется разбудить его, позвав по имени. Пациент приходит в бешенство, когда аналитик не признает свой грех, а интерпретирует ситуацию таким образом, будто бы пациент, рассказывая так скучно, бессознательно хотел, чтобы аналитик заснул. В данном случае бешенство не есть реакция переноса. Напротив, такая реакция справедлива и приемлема, а любая другая была бы, скорее, признаком переноса из прошлого. Это опять-



таки не означает, что реакция пациента не анализируется, но аналитическая цель различна в зависимости от того, имеем ли мы дело с реакцией переноса или же с реалистической реакцией. Более того, во всех интенсивных реакциях, вне зависимости от справедливости их выражения, кроме реалистической надстройки вероятно, есть еще и основание — перенос. В традиционном курсе анализа интенсивные реакции к аналитику являются реальными показателями реакции переноса.

Обратное интенсивным реакциям к аналитику положение — отсутствие реакций — с уверенностью можно рассматривать как признак переноса. Пациент имеет какие-либо реакции, но он воздерживается от них, потому что смущается или боится. Эта очевидная манифестация сопротивления переноса может иметь место в том случае, когда внутри пациента есть сильные чувства, но они репрессированы, изолированы или перемещены. Иногда это требует настойчивого анализа страха эмоционального реагирования на аналитика, прежде чем клиент обретет способность реагировать спонтанно.

Длительное отсутствие чувств, мыслей, фантазий об аналитике есть проявление переноса, сопротивление переноса.

Аналитик — слишком важная фигура в жизни анализируемого, чтобы не присутствовать в его мыслях и чувствах в течение значительного отрезка времени. Если же аналитик действительно не важен, тогда «пациент не в анализе». Пациент может проходить аналитическое лечение для того, например, чтобы доставить удовольствие кому-нибудь еще.

Бывает и так, что какая-то другая личность в жизни пациента абсорбирует его интенсивные эмоции. В этом случае отсутствие интенсивных чувств к аналитику не обязательно имеет прямое отношение к сопротивлению переноса. Например, пациент во время первой части анализа свободен от страха эмоционального вовлечения, соучастия, но позже влюбляется. Любовная связь будет, по всей вероятности, включать важные элементы из прошлого пациента, но вклад аналитической ситуации может иметь решающее значение, а может и не иметь. Аналитику нужно исследовать такую ситуацию очень тщательно несколько раз, прежде чем прийти к какому-то заключению. Не влюбился ли пациент для того, чтобы угодить ему? Не влюбился ли он в кого-то, кто походит на него? Не является ли его влюбленность признаком зрелости? Не кажется ли, что это какая-то реальная надежда на длительные счастливые отношения? Практическое правило, предложенное Фрейдом, гласит, что аналитику следует попросить пациента обещать не делать никаких важных изменений в своей жизни в течение анализа.

***Амбивалентность.*** Все реакции переноса характеризуются амбивалентностью, сосуществованием противоположных чувств. В анализе принято считать, что в случае амбивалентности один из аспектов того или иного чувства является бессознательным. Не может быть любви к аналитику без скрытой ненависти. Не бывает сексуальных стремлений к нему без латентного отвращения. Амбивалентность легко определяется, когда смешанные чувства по отношению к какому-либо объекту непостоянны и непредсказуемы, подвержены постоянному внезапному изменению.

Амбивалентные реакции также могут иметь место в переносе. Фигура аналитика в представлении клиента как бы расщепляется на хороший и плохой объекты, каждый из которых в сознании пациента ведет самостоятельное существование. Случаи, когда пациенты, реагирующие подобным образом, — а это неизменно наиболее регрессированные клиенты — становятся способными чувствовать собственную амбивалентность по отношению к другому целостному объекту, всегда расцениваются как значительное достижение аналитической терапии.

**Непостоянство.** Другое важное качество реакций переноса — их непостоянство. Чувства переноса часто бывают неустойчивыми, беспорядочными и причудливыми. В особенности это верно для самого начала аналитической работы. Гловер определяет такие реакции как «плывущие» реакции переноса.

**Стойкость.** Характерной чертой реакций переноса является то, что их природа внутренне противоречива. В ходе анализа пациенты имеют некоторый набор чувств по отношению к аналитику, которые он не будет готов интерпретировать. Эти стойкие реакции требуют длительного анализа, иногда до нескольких лет. Такая большая продолжительность не означает, что аналитическая работа зашла в тупик, так как в течение столь длительного периода могут изменяться разнообразные поведенческие характеристики клиента, могут появляться новые инсайты и новые воспоминания. Пациент вынужден придерживаться этой зафиксированной позиции, потому что затрагиваемые чувства сверхдетерминированы и служат важным защитным инструментом. Эти стойкие реакции

могут быть относительно интенсивны, либо, наоборот, слабы.

Стойкость, отсутствие спонтанности являются признаками реакций переноса. Даже в самых лучших, самых эффективных анализах человеческая сущность время от времени будет давать повод для проявлений враждебности, если не проводится работа над позитивным переносом. Аналитическая работа часто болезненна, поэтому у клиента может возникать чувство негодования и злости. Кроме того, реакции переноса исходят из не всегда благополучного прошлого пациента, и поэтому они должны включать в себя значительную долю бессознательной агрессии, которая требует разрядки. Наоборот, сочувствующая нейтральность аналитического отношения не вызывает длительной враждебности у некоторых пациентов. Стойкость и ригидность реакций переноса связаны с комбинацией бессознательной защиты и инстинктивного удовлетворения.

Пять описанных выше качеств — наиболее типичные характеристики, указывающие на реакции переноса. Выделяющейся чертой, которая перевешивает все остальные и включается во все остальные, является неуместность. Неуместность обнаруживается в интенсивности, противоречивости, непостоянности, стойкости, сигнализирующих о том, что в работе имеет место перенос. Это остается верным не только тогда, когда подобные ответы наблюдаются по отношению к аналитику, но также и тогда, когда они возникают по отношению к другим людям. Реакции, которые не соответствуют характеру и месту межличностного общения, есть явления переноса.

Инстинктивная фрустрация и поиск удовлетворения — это основные мотивы для формирования явлений переноса. Удовлетворенные люди и люди в состоянии апатии имеют чрезвычайно мало реакций переноса. Первые могут изменить свое поведение в соответствии с возможностями и требованиями внешнего мира, вторые замкнуты, более нарциссически ориентированы. Невротики же, которые страдают от различных неразрешенных невротических конфликтов, находятся в состоянии постоянной инстинктивной неудовлетворенности и в результате в постоянной готовности к переносу. При подобных обстоятельствах каждая новая личность будет встречаться с позиций сознательных и бессознательных упреждающих либидозно- и агрессивных идей. Все это существует уже до встречи пациента с аналитиком, так что история невротика насыщена поведением переноса задолго до того, как он придет за лечением.

### **Позитивный и негативный перенос**

Хотя Фрейд осознавал, что явления переноса амбивалентны по своей природе, он тем не менее сохранил прежнее деление переноса на позитивный и негативный. Сегодня среди практикующих психоаналитиков это наиболее распространенная классификация.

***Позитивный перенос.*** Термином «позитивный перенос» коротко обозначают реакции переноса, которые состоят преимущественно из любви в любой ее форме или из любых ее предвестников и дериватов. Позитивный перенос существует, когда пациент испытывает по отношению к аналитику какое-либо из следующих чувств: лю-

бовь, нежность, доверие, влюбленность, симпатию, интерес, увлечение, восхищение, безрассудную страсть, сильное душевное волнение, сильное желание или почтение. Несексуальные, неромантические, мягкие формы любви способствуют формированию рабочего альянса.

Другая важная форма позитивного переноса имеет место, когда пациент влюбляется в аналитика, что регулярно случается при работе с пациентами противоположного пола. Эта возникающая в ходе анализа любовь удивительно сходна с любовью в реальной жизни. В анализе такая любовь возникает потому, что пациенты имели болезненные любовные переживания в своей прошлой жизни. В свое время эти чувства были репрессированы, но появились вновь в виде любви переноса в процессе анализа. Такая любовь, с определенной точки зрения, более иррациональна и инфантильна в своих манифестациях, чем любовь реальная.

Пациентка, влюбленная в своего аналитика, создает массу технических проблем. Во-первых, главной ее целью становится удовлетворение собственных желаний и она противится аналитической работе над своими нежными чувствами. Во время наиболее интенсивных фаз ее любви бывает очень трудно, если вообще возможно, получить доступ к ее разумному «Эго» и установить рабочий альянс. Аналитику следует потерпеть и подождать, пока сильные эмоции ослабеют. Во-вторых, горячая любовь женщины-пациентки может вызывать чувства контрпереноса у аналитика. Это в особенности справедливо по отношению к молодым, неопытным аналитикам, а также к аналитикам, несчастным в личной жизни. Искушение как-нибудь отве-

тить на любовь либо удовлетворить ее в той или иной форме может оставаться бессознательным. Другим проявлением этого бессознательного искушения бывает грубое обращение с клиенткой, которая возбудила подобные стремления. По мнению Фрейда, в данной ситуации компромисс исключен. Аналитику нельзя допустить даже самого невинного, частичного эротического удовлетворения. Любое такое удовлетворение делает любовь пациентки неанализируемой. Это совсем не означает, что аналитик должен вести себя бесчувственно, бессердечно и бесстрастно. Он может быть тактичным и чутким по отношению к пациентке и ее состоянию и при этом заниматься своей главной задачей — анализированием. Возможно, ни в какое другое время аналитическое отношение сострадания, самообладания, гуманности не является настолько необходимым.

Любовь переноса пациента всегда становится источником сопротивления. Она может противостоять работе анализа из-за настойчивых требований пациента и его стремления к немедленному удовлетворению. В этом случае аналитические сеансы делаются для клиента средством удовлетворения желания близости, и пациент теряет интерес к пониманию и инсайту. Дальнейшее осложнение кроется в том, что пациент станет реагировать на вмешательства аналитика отрицанием и болью, вследствие чего будет сознательно отказываться работать. Техническая задача состоит в обеспечении наиболее полного выражения каждого этапа развития любви пациента, чтобы в нужный момент начать работу над его сопротивлениями.

Другую техническую проблему представляют пациентки, склонные к софистике, которые спрашивают, обычно в самом начале анализа: «Доктор, входит ли в мои обязанности влюбиться в вас?» Следует сначала выяснить источник этого вопроса, как и в случае других вопросов, возникающих в процессе анализа, и не отвечать немедленно. Но в конце концов иногда стоит ответить на этот вопрос, ибо пациент заслуживает некоторых знаний о том, что он «обязан» чувствовать. Лучшим ответом на такой вопрос будет следующее разъяснение: пациент «обязан» руководствоваться правилом свободной ассоциации, то есть позволять своим мыслям и чувствам перемещаться свободно, без какой-либо цензуры, и докладывать их так аккуратно, как только пациент может чувствовать и думать. Не существует единой модели того, что пациент чувствует, поскольку каждая индивидуальность уникальна. Не существует и способа узнать, какие чувства собирается пережить та или иная пациентка в любой данный момент по отношению к своему аналитику.

*Идеализация* — другая разновидность позитивного переноса, она имеет место у пациентов обоих полов (Гринсон Р. Р., 1993). Иногда это превращается в возвращение поклонения герою. Идеализации особенно часты у пациентов, потерявших родителей в результате развода или смерти. Отношения поклонения, по мнению Гринсона, скрывают репрессированное отвращение, маскирующее примитивную ненависть. Поверхностная зависть становится ширмой для презрения, каковое, в свою очередь, скрывает более регрессированную зависть.



Все явления переноса амбивалентны, потому что природа объектного отношения, которое переносится, более или менее инфантильна, а все инфантильные объектные реакции амбивалентны. Однако с амбивалентностью в каждом конкретном случае следует обращаться по-разному, более того, у одного и того же пациента существуют различные виды амбивалентности. Например, можно наблюдать, как определенная пациентка манифестирует преобладание чувства любви и восхищения к своему аналитику, но при этом в ряде случаев обнаруживает также и отдельные явления раздражения или сарказма, растворенные в позитивном контексте. В других случаях пациентка может проходить через периодические колебания отношения к аналитику: например, в течение нескольких недель ее чувства остаются теплыми и любовными, а в последующий период сменяются враждебностью и раздраженностью.

Сексуальные компоненты позитивного переноса часто служат источником наиболее интенсивных и упорных сопротивлений. Пациенты склонны признавать свои эмоциональные реакции по отношению к аналитику, но неохотно осознают чувственные аспекты этих отношений. Более того, весь позитивный перенос, за исключением сублимированных, десексуальных, чувств, будет сопровождаться какими-то либидозными устремлениями. А это означает, что зоны тела, инстинктивные цели и ощущения тела тесно переплетены. Задачей анализа и становится прояснение этих различных элементов и выявление фантазий, перепутанных с сексуальными ощущениями и переживаниями. Очень часто сно-

видение является наиболее короткой дорогой к скрытым сексуальным устремлениям.

Следует отметить, что в переносе переживаются не только реальные события, но и фантазии прошлого. Очень часто сексуальные реакции переноса повторяют фантазии пациента, пережитые по отношению к родителям.

Позитивные реакции переноса будут продуцировать сильное сопротивление в анализе, если они Эго-синтоничны. Первые шаги анализа после того, как реакции переноса осознаны пациентом, — сделать их чуждыми «Эго». Задача состоит в том, чтобы дать возможность разумному «Эго» осознать нереалистичность его реакций переноса, их основанность на фантазии и наличие какого-то скрытого мотива. Тогда пациент будет более охотно работать над своими чувствами, пытаться их исследовать с целью проследить формирование этих чувств.

Эго-дистоничные позитивные реакции переноса, однако, также иногда вызывают сопротивление. Пациенты могут испытывать смущение или стыд за свои любовные или сексуальные чувства, будут страшиться отвержения и унижения и, следовательно, скрывать свои переживания. Во всех подобных случаях сопротивления уходят на задний план, который следует раскрыть в первую очередь и анализировать еще до начала изучения либидозных реакций переноса. Следует прежде исследовать смущение пациента или его страх неприятия для того, чтобы затем можно было успешно анализировать другие аспекты переноса.

**Негативный перенос.** Термин «негативный перенос» используется для обозначения чувств переноса, которые основаны на ненависти в любой из ее многочисленных

форм, ее предшественников или ее дериватов. Негативный перенос может быть выражен как ненависть, гнев, враждебность, недоверие, отвращение, антипатия, негодование, горечь, зависть, неприязнь, презрение, раздражение и т. д. Подобные чувства всегда присутствуют в анализе, хотя часто их бывает значительно труднее раскрыть, чем проявления позитивного переноса. Не только пациент защищает себя от осознания негативного переноса, но и сам аналитик бессознательно «подыгрывает» этому сопротивлению. Тем не менее неудовлетворительно проанализированный негативный перенос является наиболее частой причиной того, что анализ заходит в тупик.

Если рабочий альянс, несексуальная симпатия, доверие и уважение к аналитику делают пациента способным более продуктивно отваживаться на новые инсайты, то негативный перенос вызывает хроническое, глубоко лежащее недоверие, которое может сделать всю аналитическую процедуру болезненной и крайне травматичной для клиента. Если пациент способен вынести этот вид негативного переноса, не поддаваясь импульсу прервать анализ, обычно возникают неявные хронические мазохистские реакции переноса. Пациент терпит суровости аналитической работы для того, чтобы, пройдя через них, покончить с ними. Взаимный рабочий альянс не дает приятного чувства удовлетворения. Пациент подчиняется процедуре анализа потому, что он не способен прервать лечение, но, приходя на сеансы, клиент избегает близости. Подобное избегание является действием сопротивления анализу путем посещения аналитических сеансов. Весь анализ может стать перено-

симым, потому что это меньшее зло, чем реальное невротическое страдание.

Если рабочий альянс уже установлен, то проявление негативного переноса рассматривается как важный признак прогресса. Переживание вновь враждебности и ненависти к фигурам раннего детства в переносе — наиболее продуктивная фаза аналитической работы при условии, разумеется, что существует хороший, рабочий альянс. Отсутствие негативного переноса или его проявление лишь во временных и спорадических реакциях свидетельствует о несовершенном анализе. Интенсивные и продолжительные реакции ненависти по отношению к аналитику должны появляться и анализироваться до того, как можно будет думать о завершении анализа. Анализ ненависти в переносе настолько же важен, как и анализ любви.

Негативный перенос важен и в других отношениях. Он часто используется для целей защиты — как сопротивление против позитивного переноса. Многие пациенты упорствуют в своих враждебных чувствах, потому что они используют их как защиту против своей любви. Отсутствие явного негативного переноса поэтому следует считать защитой и сопротивлением. Одним из осложняющих факторов является вероятность того, что контрперенос аналитика вовлечен в предотвращение развития или осознания некоторых форм ненависти. Может быть, аналитик ведет себя таким образом, что пациенту трудно выразить свою враждебность, либо же оба, и аналитик, и пациент, как бы сговариваются смотреть на это сквозь пальцы. Иногда пациенты прикрывают свою враждебность юмором или поддразниванием и сарказмом.

альтернатива между временной и частичной идентификацией эмпатии и возвращением на позицию беспристрастного наблюдателя. Для аналитика не должно существовать такой области жизни пациента, куда бы он не мог быть допущен, но эту интимность нельзя сводить до фамильярности.

### **Техника анализирования переноса**

**Интерпретация реакций переноса** — основной технический шаг при работе с явлениями переноса. Для того, чтобы эффективно интерпретировать перенос, существуют разнообразные необходимые предварительные шаги. Демонстрация, прояснение, интерпретация и тщательная проработка психического события могут считаться «анализированием» данного явления.

Поскольку психоаналитическая техника имеет целью содействовать максимальному развитию всех видов реакций переноса и поскольку явления переноса возникают у пациента спонтанно, наша техника должна включать в себя немешающее, терпеливое ожидание. Здоровое использование ожидания в форме молчания является одним из наиболее важных инструментов, способствующих развитию переноса. Тем не менее по сути своей это, строго говоря, манипуляция. Молчание аналитика может помочь пациенту развить и почувствовать с большей интенсивностью реакции переноса. Возможное эмоциональное отреагирование может принести пациенту убеждение в реальности его чувств. Однако молчание аналитика и эмоциональное отреагирование пациента являются, строго говоря, неаналитическими методами, способными так-

Форма переноса, отмечают В. Т. Кондратенко и Д. И. Донской (1993), во многом зависит от поведения аналитика. Например, аналитики, которые ведут себя по отношению к пациентам с постоянной теплотой и чуткостью, обнаружат, что их пациенты имеют тенденцию реагировать длительным позитивным переносом и в то же время будут испытывать затруднения при развитии негативного, враждебного переноса. Такие пациенты могут быстро формировать рабочий альянс, но он будет узок и ограничен и помешает переносу расширяться за пределы ранней позитивной формы. С другой стороны, аналитикам, которые имеют тенденцию быть отчужденными и жесткими, часто придется убеждаться в том, что их пациенты быстро и устойчиво формируют одни лишь негативные реакции переноса.

Естественно, отношения между пациентом и аналитиком всегда неравноправны: от пациента требуется, чтобы он искренне выражал свои сокровенные эмоции, импульсы, фантазии, а аналитик должен оставаться относительно анонимной фигурой. Другими словами, аналитическая процедура является для пациента болезненным, унижающим и односторонним переживанием. Если мы хотим, чтобы пациент при таких условиях сотрудничал с нами, нам следует объяснить ему технику анализа, раскрыть в определенной степени свой «инструментарий».

Аналитику необходимо чувствовать определенную близость к пациенту, чтобы быть способным к эмпатии; вместе с тем он должен уметь отстраниться для детального понимания материала пациента. Это одно из наиболее трудных требований психоаналитической техники —

3. Когда становится необходимым вмешательство, какие технические меры требуются для анализа реакций переноса?

4. Как мы содействуем развитию рабочего альянса?

Отвечая на эти вопросы, необходимо сформулировать несколько принципов, используемых в анализе для повышения его эффективности. Они касаются преимущественно тактики поведения аналитика.

*Психоаналитик как зеркало.* В свое время Фрейд дал рекомендацию, состоящую в том, что психоаналитику следует быть как бы зеркалом для пациента. Это сравнение с зеркалом означает, по мнению Гринсона, что поведение аналитика, его отношение к невротическому конфликту пациента должно быть «непрозрачным», не пропускающим обратно к пациенту ничего из того, что он манифестировал. Личные действия и предпочтения аналитика не должны проникать в анализ. В таких ситуациях аналитик устойчиво нейтрален, что дает возможность пациенту продемонстрировать свои искаженные и нереалистические реакции. Более того, аналитику следует, приглушая свои ответы, оставаться относительным анонимом для пациента. Только так можно четко увидеть реакции переноса пациента и отделить их от более реалистичных реакций. Чтобы эффективнее анализировать явления переноса, важно сохранять область взаимодействия между пациентом и аналитиком относительно свободной от контаминации и артефактов. Любая другая форма поведения аналитика будет затемнять и искажать развитие и осознание явлений переноса.

Нет сомнений, что чем меньше пациент реально знает о психоанализе, тем легче он сможет заполнить чистые мес-

же привести и к травмирующей ситуации, и к стойким сопротивлениям, хотя аналитик и «анализирует» их должное время. Только путем анализирования можно нейтрализовать реакцию переноса и, следовательно, проложить путь для других разновидностей и интенсивностей переноса.

Определенную роль в управлении переносом играет внушение или намек, который высказывает аналитик. Мы просим наших пациентов свободно ассоциировать и позволять своим чувствам развиваться спонтанно. Тем самым мы внушаем пациенту, что его чувства допустимы и управляемы. Наше молчание будет также означать для него, что он вынесет определенные чувства, какими бы болезненными они ни были, и что все это приведет к успешному концу. Когда мы спрашиваем пациента, не перескажет ли он свое сновидение, тем самым мы внушаем ему, что он действительно видит сновидения и способен запомнить их. Именно внушение, особенно в начале анализа, когда пациент знает совсем немного о нас и о психоаналитической процедуре, поможет пациенту рискнуть пойти с нами дальше. В конечном счете, и чувства переноса, заставляющие пациента поддаваться внушению или манипуляциям, также должны быть проанализированы и разрешены.

Техника анализирования явлений переноса затрагивает некоторые важные вопросы.

1. Как мы гарантируем естественное развитие переноса пациента?
2. Когда мы позволяем переносу развиваться спонтанно и при каких условиях необходимо вмешаться?



та с помощью своей фантазии. И уж конечно, чем меньше пациент в действительности знает об аналитике, тем легче аналитику убедить его в том, что его реакции являются перемещениями и проекциями. Однако при этом следует иметь в виду, что сохранение инкогнито аналитика — вопрос относительный, поскольку все и в аналитическом офисе, и в его обычной работе что-то рассказывает о нем. Не всегда удается утаить даже решимость аналитика оставаться анонимом. Безжизненное или чрезвычайно пассивное поведение аналитика мешает формированию рабочего альянса. Как может пациент позволить своим наиболее интимным фантазиям проявиться по отношению к аналитику, если тот показывает только лишь фиксированную эмоциональную ровность и неизменяемость либо ритуальное следование правилам и установкам? Верно, что знание об аналитике может затруднить развитие фантазий переноса, но строгая отчужденность и пассивность делают формирование рабочего альянса почти невозможным. Они продуцируют невроз переноса, который может быть интенсивным, но трудным и неподатливым. «Правило зеркала» представляет опасность для установления рабочего альянса, если оно доводится до крайности.

**Правило абстиненции.** Фрейду также принадлежит важная рекомендация проводить лечение с пациентом, находящимся в состоянии абстиненции. Симптомы пациента, которые побуждают его к лечению, состоят частично из отвергаемых инстинктивных импульсов, ищущих разрядки. Эти инстинктивные импульсы будут обращаться на аналитика и аналитическую ситуацию так долго, как долго аналитик избегает предоставления пациенту заме-

щающих удовлетворений. Длительная фрустрация будет индуцировать пациента регрессировать так, что весь свой невроз он вновь переживет в переносе, в неврозе переноса. Однако получение удовлетворений любой значимости, замещающих симптомы, лишит пациента его невротического страдания и мотиваций продолжить лечение.

Для того чтобы обеспечить сохранение адекватной мотивации, психоаналитику необходимо:

- 1) постоянно указывать пациенту на его инфантильные и нереалистические побуждения инстинктивного удовлетворения, которое клиент пытается получить;
- 2) быть уверенным, что он ни в коем случае, сознательно или бессознательно, не удовлетворяет собственные инфантильные невротические потребности, а также невротические потребности клиента.

Правило «абстиненции», доведенное до крайности, тоже может препятствовать конструктивному рабочему альянсу. Хотя клинические данные подтверждают то, что необходимой предпосылкой для регрессивных реакций переноса является стойкая фрустрация инфантильных желаний пациента, чрезвычайная фрустрация также приводит к бесконечному анализу либо к его прерыванию.

Аналитик — лекарь невротического страдания, а не просто исследователь или беспристрастный сборщик данных, а анализ — ситуация лечения, где анализируемым является пациент. Для того чтобы возникла эмпатия, мы должны до некоторой степени почувствовать те же самые эмоции и побуждения, которые чувствует пациент, нужно следить за тем, чтобы демонстрация этого пони-

мания не вызывала страха у пациента. Мы собираем данные, используя эмпатию, но наш ответ должен быть сдержанным. Наша задача состоит в колебании и смешении противоположных позиций: вовлеченного человека, испытывающего эмпатию, беспристрастного сортировщика и осмыслителя данных и сдержанного, но сочувствующего проводника инсайта и интерпретаций. Это и есть в упрощенном виде определение искусства и науки психоаналитической терапии (Гринсон Р. Р., 1994).

Соблюдая правила сохранения инкогнито аналитика и воздержания от удовлетворения переноса, аналитик сможет гарантировать динамику реакций переноса пациента. Однако компетентный психоаналитик является также и человеческим существом со своими недостатками. Трудно себе представить, что какой-нибудь аналитик может сохранять постоянное сочувствие и заботу в комбинации со сдержанностью в течение многих лет без случайных погрешностей и ошибок.

Но для психоаналитической практики существенно, чтобы аналитик осознавал свои недостатки. Ему нужно быть особенно бдительным в тех ситуациях, которые, какой знает, потенциально трудны для него. Если же какая-то ошибка уже имеет место, то это должно быть осознано аналитиком и в подходящее время доведено до пациента. После этого следует тщательно проанализировать реакции пациента на отступление аналитика. Кроме того, психоаналитик постоянно должен быть не только очень внимательным к тому, что происходит с его пациентом, но и честным и скромным, он должен тщательно исследовать собственные личностные реакции.

Таким образом, перед аналитиком стоят одновременно две задачи, в сущности противоположные друг другу, — гарантировать развитие как невроза переноса, так и рабочего альянса. Для того чтобы гарантировать перенос, ему следует сохранять свою анонимность и депривационное отношение к невротическим желаниям пациента. Для того чтобы гарантировать рабочий альянс, он должен сохранять права пациента, высказывать постоянно терапевтическое отношение и вести себя гуманно. Это необходимые условия. Случающиеся ошибки требуется осознавать и делать частью предмета анализа.

### Сильные аффекты

Время для интерпретации переноса наступает тогда, когда реакции переноса сдерживают более сильные аффекты по сравнению с остальным материалом пациента. Когда мы слушаем продукцию клиента, мы должны решить, какой объект или ситуация владеет наибольшим количеством аффекта. Мы всегда будем интерпретировать аспект переноса, если нам кажется, что он несет достаточно большое количество аффекта. Аффекты на аналитическом сеансе являются более реальными показателями, чем аффекты в сновидениях. Отсутствие аффектов тогда, когда аналитик ожидает их, также показывает, что должна быть выполнена некоторая аналитическая работа. То же самое верно и в отношении неуместных аффектов.

Р. Гринсон приводит в качестве примера своего пациента, который тратит большую часть сеанса, рассказывая о своей работе и о своем страхе потерять ее, хотя работает хорошо. Он не знает причины этого, он делает все, что в

его силах. Он даже печалится из-за своей женитьбы: хороший ли он муж, хороший ли он отец, думает ли его жена о других мужчинах? Затем он говорит о том, какое это счастье, что он проходит курс психоаналитического лечения: он избавится от своей заторможенности и своих опасных положений и не будет излишне расстраиваться все время. Ближе к концу сеанса он заметил, что вчера, во время ленча, случайно встретил своего старого друга. Они поговорили о множестве вещей. Он поделился с приятелем, что проходит анализ у Гринсона, и тот сказал, что слышал, будто Гринсон часто прекращает анализ, если пациенты не работают. Но он, пациент, знает, что этого не может быть; ведь если пациент не работает упорно в анализе, это вызвано сопротивлением, которое должно быть проанализировано. Аналитик не наказывает пациента и не вышвыривает его.

*Молчание.* Гринсои рассказывает, как он определял изменение тона пациента во время сеанса. Вначале голос клиента звучал как-то депрессивно, как хныканье. Когда пациент перешел к рассказу о своем друге и о Гринсоне, его голос стал громче, почти шутливым, но сильным. Можно было увидеть пот, выступивший на лбу пациента. Когда клиент замолчал, он вытер руки о свои брюки так, будто они были мокрые. Тогда Гринсону стало ясно, что больше всего в тот момент, больше, чем потерять свою работу или жену, клиент боялся потерять своего аналитика. Он сказал ему об этом. Пациент спросил, полный опасений: «Это правда, что аналитики предлагают пациентам уйти?»

**Этапы в технике анализирования переноса**

Для того чтобы анализировать явления переноса, необходимо выполнить те же самые основные технические мероприятия, что и при анализировании любого другого психического феномена: материал должен быть продемонстрирован, прояснен, интерпретирован и тщательно проработан. Кроме этих основных процедур требуются некоторые дополнительные шаги в отношении специфических особенностей явлений переноса. Далее будет представлено общее описание процедур при анализировании переноса.

**Демонстрирование переноса.** Перед тем как исследовать чувства переноса, необходимо, чтобы пациент осознал, что предметом обсуждения будет именно его собственная реакция на аналитика. Это может стать очевидным для клиента: фактически он и сам, без помощи аналитика, способен осознавать, что явления переноса имеют место. С другой стороны, возникают и такие ситуации, когда пациенту бывает очень трудно осознать свои чувства переноса. Необходимо в качестве первого этапа при анализировании переноса, чтобы клиент вступил в конфронтацию со своими чувствами и стал лучше осознавать собственные реакции переноса. Если пациент почему-либо не знает о них, то они ему должны быть продемонстрированы. Несколько последующих технических приемов могут при этом оказаться полезными.

**Молчание и терпение.** Очень часто пациент начинает спонтанно осознавать реакцию переноса, если аналитик подождет, пока интенсивность чувств переноса не увеличится до определенной степени. Такое увеличение

интенсивности чувств часто является просто результатом того, что пациенту «позволяется» выдавать свою продукцию при полном невмешательстве аналитика. В каждом анализе бывают такие ситуации, когда необходимо, чтобы сам пациент осознавал свои реакции, и тогда было бы неверным для аналитика явно демонстрировать их клиенту. Это в особенности верно, когда интенсивность переживаний достаточная, когда пациент уже не новичок и когда существует опасность, что пациент получает удовольствие и удовлетворение, воздерживаясь от самостоятельного выполнения какой-либо части аналитической работы. Более того, молчание и терпение аналитика могут также помочь выдвинуть на первый план какое-либо значимое сопротивление, которое осталось бы в тени при слишком энергичных вмешательствах.

Аналитики сильно различаются между собой по стилю проведения анализа. Однако каждый должен быть способен использовать и молчание, и активное вмешательство. Иногда будет правильной лишь одна из этих процедур. Необходимо знать, в каких случаях каждая из этих мер позволительна, и в каких — обязательна. Аналитики, которые «перебарщивают» с молчанием, или те, кто может осуществлять лишь только активные мероприятия, неэффективны в классическом психоанализе, который требует умелого применения обеих форм работы.

**Конфронтация.** Если мы подождали достаточно и реакция переноса стала приемлемой для пациента, вполне жизненной для него и реальной, и он, по-видимому не имеет ощутимого сопротивления по этому поводу, тогда ана-

литуку следует попытаться конфронтровать клиента с его реакцией переноса, например с помощью вопроса. Он может сказать что-нибудь вроде: «Вы, кажется, чувствуете злость или раздражение по отношению ко мне; может быть, вы чувствуете влюбленность или привязанность по отношению ко мне; может быть, вы испытываете ко мне сексуальные чувства и т. н.» Язык должен быть простым, прямым и открытым.

Иногда простая конфронтация пациента с борьбой в выражении его чувств переноса может служить для преодоления сопротивления. Наше толерантное отношение и вербализация помогают пациенту почувствовать, что его борьба в общем-то неуместна и не является необходимой. Иногда конфронтация — только первый этап в анализировании сопротивления. В этом случае мы должны будем пройти через фазы прояснения и интерпретации, описанные ранее.

Если частная реакция переноса, которую аналитик хочет продемонстрировать пациенту, оказывается сопротивлением переноса, тогда он конфронтрует клиента с этим фактом. Он либо указывает клиенту на то, что тот, кажется, избегает какого-то чувства по отношению к аналитику, либо — если знает более точно, какого именно специфического чувства он стремится избежать, — отмечает это. Другими словами, аналитик будет конфронтровать пациента и с сопротивлением, и с чувством, вызывающим сопротивление, всегда начиная при этом с сопротивления. Таким образом, он может сказать пациенту: «Вы, кажется, боретесь с чувством любви (или ненависти, или с сексуальным чувством) ко мне» или: «Вы, кажется, испытываете затруд-



нения в выражении своей любви (или ненависти, или сексуальных влечений) ко мне» и т. п.

Если у аналитика нет никакого определенного мнения о природе чувств переноса, но есть впечатление, что предметным материалом сеанса является сопротивление, он может коифронтировать пациента, просто спросив: «Мне хотелось бы знать, имеете ли вы какие-нибудь чувства или реакции по отношению ко мне, которые не раскрыты?», или: «У меня такое впечатление, что я запутался в ваших мыслях и чувствах», либо просто: «Что вы чувствуете ко мне?», или: «Что в этот момент пришло вам в голову обо мне?»

**Использование очевидности.** Очевидные данные о наличии у пациента реакции переноса используются только в том случае, если пациент может почувствовать, что аналитик обладает мистической властью над ним самим и над его чувствами. Этот подход применяется по большей части в самом начале анализа в качестве одного из способов показать, как именно аналитик работает, чтобы преодолеть представления клиента о магической силе врача. Например, можно сказать пациентке: «Отсутствие у вас сексуальных чувств по отношению к мужу и ваши романтические сновидения и фантазии обо мне, как мне кажется, показывают, что вас затрагивают романтические и сексуальные чувства ко мне».

Использование очевидности апеллирует к интеллекту пациента. Это может стать ценным этапом в разработке рабочего альянса. Однако существует опасность, что это может также привести к переоценке интеллектуального и избеганию эмоционального аспектов знания о явлениях переноса.

**Идентификация.** Одна из форм переноса — идентификация. Идентификация на первых порах может стимулироваться искусственно. Когда аналитик анализирует материал, он просит пациента временно отказаться от своего переживающего, свободно ассоциирующего «Эго» и понаблюдать вместе с ним за тем, что он сам (пациент) сейчас переживает. Другими словами, аналитик просит пациента временно и частично идентифицироваться с ним. Сначала пациент поступает так только тогда, когда аналитик просит его об этом, но позже это происходит автоматически, предсознательно. В таком случае пациент самостоятельно осознает, что он чему-то сопротивляется, и спрашивает сам себя: «Чему и почему?» Это и есть показатель частичной и временной идентификации с аналитиком, которая способствует рабочему альянсу и свидетельствует о том, что, как говорят, «пациент в анализе».

Часто идентификация остается и после анализа. При позитивном переносе пациенты нередко перенимают манеры, характерные черты и привычки аналитика.

**Прояснение переноса.** Следующий этап анализа реакции переноса — ее прояснение. Это поиски бессознательных источников переноса. Здесь важны аффективные реакции, повторения, сновидения, фантазии, символизации в ассоциациях клиента.

Одним из наиболее плодотворных направлений, способных привести нас к бессознательному источнику переноса, является поиск интимных деталей реакции переноса. Детали ведут к аффектам, побуждениям и фантазиям пациента. Мы просим клиента приложить все свои усилия для очи-

щения и разработки его чувств по отношению к нам. Мы также просим его включать те ассоциации, которые могут иметь место, когда он будет пытаться сделать это. Такой подход может быть *ценен*, в частности, при работе с агрессивными стремлениями и чувствами. Например, пациент говорит, что чувствует враждебность. Аналитик в ответ замечает, что не понимает слова «враждебность», оно слишком стерильно, неопределенно, и неясно, что же в действительности имеется в виду. Аналитик просит использовать более точные, более конкретные слова. Он говорит своим пациентам, что они его, кажется, ненавидят или чувствуют к нему сегодня отвращение, и вежливо просит их рассказать об этом и позволить своим чувствам во время описания выйти наружу. Он помогает им провести различия между раздраженностью, яростью, ненавистью, негодованием и досадой, потому что эти чувства имеют неодинаковую историю и происходят из разных частей прошлого пациента. Аналитик поддерживает клиента, когда тот описывает свои агрессивные фантазии, цели своих враждебных, деструктивных импульсов, потому что они являются ключами к различным историческим периодам его жизни.

Например, Гринсон рассказывает о своем пациенте, который начинает сеанс с утверждения, что ненавидит приходить, ненавидит анализ и аналитика вместе с ним. Когда же аналитик спросил его: «А как вы ненавидите меня сегодня?», пациент ответил, что сегодня он ненавидит страстно, с холодной яростью. Он не хочет убить аналитика, пет, это нецивилизованно. Он хотел бы избить его, превратить в мякоть, буквально растереть и сделать из него желе, подобное массе кровавого, вязкого слизняка. По-

том он съел бы ее одним большим глотком, как чертову овсянку, которую мать заставляла его есть в детстве. Тогда он смог бы извергнуть аналитика как вонючее, отвратительное дерьмо. А когда аналитик спросил его: «А что бы вы сделали с этим вонючим дерьмом?», клиент ответил: «Я бы превратил его в прах, так что вы смогли бы присоединиться к моей дорогой мертвой мамочке».

В итоге поиск и исследование интимных деталей агрессивных деструктивных импульсов приводят к тому, что интерпретация становится возможной. Когда при анализе возникают импульсы переноса, задача аналитика — помочь пациенту прояснить то, что они явно имеют природу инстинктивных импульсов.

Сходным образом мы работаем и с другими аффектами, такими как тревога, депрессия, отвращение, зависть. Мы исследуем точную природу каждого чувства, пытаемся углубить, уточнить, осветить его понимание, выяснить, какие особые качества и количественные характеристики эмоций затронуты в каждом конкретном случае. Поиск направлен на одно и то же: что точно пациент чувствует, о чем он фантазирует. Наше отношение к пациенту и его чувствам — прямое, открытое, без боязни, неустрашимое, не вульгарное и не робкое. Мы являемся исследователями, но мы должны охранять, а не разрушать то, что мы исследуем. Мы должны служить как бы моделью для пациента, так чтобы однажды он смог задать самому себе те же самые вопросы.

Соппротивления могут возникнуть в любой фазе нашей попытки прояснения. Если сопротивление значительно, то есть опасность, что оно станет в работе кам-

нем преткновения, и его следует проанализировать. Вне зависимости от того, насколько соблазнительно содержание материала, продуцируемого клиентом, значительные сопротивления должны быть проанализированы в первую очередь. В противном случае никакие инсайты не будут иметь особого значения для пациента; они являются первоочередной задачей. Главная, основная цель аналитика — осуществление эффективной терапии, а не коллекционирование интересных сведений.

Другой ценный метод прояснения данного переноса состоит в раскрытии того, какая характерная черта или часть поведения аналитика служит как бы своеобразным переключающим стимулом. Очень часто пациент спонтанно осознает, что определенная черта или деятельность аналитика вызывает особую реакцию. В иных случаях этот переключатель переноса не только не осознается пациентом, но тот даже имеет сильные сопротивления осознанию. Иногда какое-то поведение аналитика будет вызывать такую реакцию у пациента, которая не является переносом, поскольку это вообще может быть вполне соответствующий ответ. Следует осознавать, что иногда сами аналитики бывают просто не в состоянии исследовать вместе с пациентом, какая из его личных идиосинкразии послужила стимулом переноса.

Аналитик работает с любым материалом. Когда пациентка говорит ему, что он сексуально привлекателен, аналитик спрашивает о том, что именно она находит в нем сексуально привлекательным. Если пациентка сообщает аналитику, что любит его, он уточняет, что именно в нем она находит достойным любви. Если пациент говорит вра-

чу, что тот вызывает у него отвращение, врач интересуется, что именно в нем вызывает отвращение. Аналитик внимательно следит за тем, чтобы не быть слишком молчаливым или слишком активным, поскольку любое изменение в технике будет показывать пациенту, что он испытывает какое-то беспокойство. Аналитик терпелив, но и настойчив при поиске интимных деталей реакции пациента на него. Аналитик одинаково обращается и с любовными, сексуальными реакциями переноса пациентов, и с их ненавистью и отвращением

***Интерпретация переноса.*** Интерпретация — это единственный инструмент психоаналитической техники, имеющий решающее значение. Все остальные технические процедуры, используемые в психоанализе, обеспечивают возможность осуществления интерпретации. Более того, по мнению Р. Р. Гринсона, каждый используемый технический прием должен, в конечном счете, стать предметом анализа, и его воздействие на пациента должно быть проанализировано.

В рамках психоанализа интерпретировать означает делать неосознанный психический феномен осознанным. Единственная цель всех интерпретаций — помочь пациенту понять значение этого психоаналитического явления. Аналитик интерпретирует перенос путем выяснения неосознанной истории, предшествующих событий, происхождения, целей и взаимосвязей данной реакции переноса. При помощи демонстрации и прояснения аналитик пытается дать возможность «Эго» пациента наблюдать психологическую ситуацию, которая предсознательна и приемлема. Пациента просят расколоть свое «Эго» таким обра-

зом, чтобы одна часть его «Эго» могла быть свидетелем переживаний другой его части. В интерпретации аналитик предлагает клиенту пойти дальше того, что уже готово для наблюдения, и приписать значение и причинность рассматриваемому психологическому явлению.

Демонстрация и прояснение подготавливают пациента к интерпретации. Для того чтобы быть эффективной, она не должна переходить границы понимания пациента и его эмоционального переживания. Интерпретация — это гипотеза, которая требует ответов и реакций пациента для своей верификации. Прояснение ведет к интерпретациям, а интерпретации, в свою очередь, ведут к дальнейшим прояснениям. Правильность интерпретации часто подтверждается тем, что пациент добавляет к ней какой-то новый материал.

Например, пациентка во время третьего года своего анализа развивает сопротивление приходу на аналитический сеанс, потому что она чувствует в своем аналитике что-то зловещее, что пугает ее. Аналитик убеждает пациентку попытаться прояснить, какое именно угрожающее качество она в нем чувствует. Колеблясь, она начинает описывать аналитика как мужчину, который при поверхностном взгляде кажется любезным, но на самом деле скрыто враждебен к женщинам. Она продолжает описывать мужчину, который кажется мужественным и активным, но на самом деле феминизирован и пассивен — настолько пассивен, что может позволить женщине истекать кровью, не пошевелив и пальцем. Произнося слова «истекать кровью», пациентка тут же воскликнула: «О, мой Бог! Я знаю, что это такое, — это мой отец. Я перепутала вас со своим

отцом». Пациентка сослалась на инцидент из детства, когда в возрасте четырех лет она обнаружила у себя кровотечение и в панике прибежала к своему отцу. Тот попытался успокоить ее, сказав: «Это ничего. Это пройдет, забудь об этом».

Во время анализа сей инцидент всплывал много раз, но никогда не связывался со злобными намерениями ее отца. Только когда она стала прояснять свои чувства по отношению к аналитику, она прошла через чувство угрозы, которое привело ее к тому кровотечению, что и позволило ей спонтанно интерпретировать угрозу как исходящую от ее отца. Затем пациентка продолжала углублять свое осознание скрытых садистских качеств ее «любезного», пассивного отца.

Если демонстрация и прояснение реакции переноса не ведут непосредственно к интерпретации, то тогда аналитику необходимо предпринять определенные технические шаги. В большей или меньшей степени эти шаги направлены на раскрытие истории специфической реакции переноса.

Хотя возможно множество подходов, существуют три основных метода, которые наиболее полезны при попытках раскрыть историю реакции переноса:

- 1) прослеживание сцепленных аффектов и импульсов;
- 2) отслеживание предшественников фигур переноса;
- 3) исследование фантазий переноса.

Эти три техники часто переплетаются друг с другом.

В целом наиболее важным в попытках раскрыть и исследовать неосознанные источники реакций переноса оказывается рассмотрение аффектов и побуждений, связанных



с ними. Вопрос аналитика к своим пациентам может быть сформулирован следующим образом: «Когда и в связи с чем было у вас это чувство или побуждение раньше?» Сходный вопрос: «Что происходит с вами, когда вы позволяете своим мыслям следовать за этими чувствами или побуждениями?» не всегда следует задавать пациентам, потому что мы можем спрашивать о том же самом своим молчанием. Спонтанные ассоциации пациента в ответ на наше молчание дают нам ответ. Мы обычно задаем подобные вопросы в самом начале анализа; в последующем пациент задает их себе сам.

Например, пациент X в начале своего анализа признается, что он пропускает определенные ассоциации, ибо боится, что аналитик будет критиковать его. На самом деле он ярко и образно представлял себе, как именно аналитик высмеивает его. Пациент не мог вынести этой мысли; он страшно не хотел быть униженным. Аналитик спросил его: «Когда это случалось с вами раньше?» Пациент ответил: «Когда я был ребенком, моя мать, бывало, проделывала это. Она была ужасной дразнилой и наслаждалась моими мучениями, высмеивая мои недостатки». Он все продолжал и продолжал. В конце сеанса аналитик сделал интерпретацию: «Итак, вы опускали некоторые мысли, которые приходили вам в голову здесь, со мной, потому что вы боялись, что я могу дразнить вас так же, как это делала ваша мать». После паузы пациент ответил: «Да, я полагаю, что это так, хотя теперь это кажется глупым».

В равной степени важным источником информации об образовании реакции переноса может оказаться путь определения всевозможных личностей, вызвавших специфиче-

скую реакцию переноса. Другими словами, мы пытаемся ответить на вопрос: «По отношению к кому вы испытывали такое чувство в прошлом?» Здесь просто переформулирован вопрос, который ставился раньше: «Когда вы чувствовали себя в прошлом таким же образом?» Очень часто эти два вопроса ведут друг к другу и сливаются в один. Тем не менее каждый из них может быть по-своему важен в разное время. Если мы добиваемся успеха в интерпретации реакции переноса, мы, в конечном счете, надеемся установить, в отношении какого объекта из прошлого и при каких обстоятельствах данная реакция была адекватна.

Реакция переноса пациента в отношении аналитика неадекватна, но она точно соответствует чему-то в прошлом. Далеко не всегда мы немедленно узнаем первоначальный объект, но мы вправе ожидать, что обнаруженный нами промежуточный объект приведет нас, в конечном счете, к источнику. Пациент может переходить от современности к перемещенному прошлому несколько раз во время сеанса, либо эмоции пациента остаются фиксированными на каком-то промежуточном объекте в течение длительного периода времени, прежде чем они переместятся на другой объект. Реакция переноса обычно имеет множество предшественников и всегда должна анализироваться для того, чтобы раскрыть полную степень ее интенсивности.

Вопрос: «По отношению к кому вы испытывали подобные чувства в прошлом?» — один из наиболее часто встречающихся при анализе реакции переноса. Аналитик может продолжать задавать этот вопрос явно или молча, пока любая имеющая значение реакция переноса существует. Это неудивительно, потому что все явления переноса произвол-

ны от переживаний, связанных со значимыми людьми раннего периода жизни, их двойниками и их производными.

В психоанализе исследуются также фантазии пациента, касающиеся аналитика, и делается это не всегда явно, очень часто даже, наоборот, неявно. Например, аналитик спрашивает пациента, почему тот пропускает определенные ассоциации. Пациент объясняет это боязнью, что аналитик станет унижать его. На самом деле он говорит, что испытывает чувство стыда, которое происходит из фантазии унижения его аналитиком. Пациент спонтанно связывает эту фантазию с поддразниванием своей матери из-за мокрой постели. Таким образом он раскрывает содержание своей фантазии даже без явного вопроса со стороны аналитика.

***Тщательная проработка интерпретаций переноса.*** Клинический опыт учит нас, отмечает Гринсон, что никакая отдельная интерпретация, пусть даже она будет абсолютно правильной, не остается действенной в течение длительного периода времени. Чтобы ее действие оказывалось эффективным, она должна быть многократно повторена. Более того, никакая отдельная интерпретация не может в полной мере объяснить реакцию переноса пациента. В лучшем случае единичная интерпретация переноса является лишь частичным объяснением. Полное понимание и устойчивые изменения в поведении пациента достигаются тщательной проработкой индивидуальных интерпретаций.

Процесс тщательной проработки в основном представляет собой повторение и разработку нсайтов, полученных посредством интерпретации. Повторение особенно важно

при попытках анализировать и преодолевать сопротивления переноса. Это относится к нежеланию «Эго» снять старые защиты и рискнуть; «Эго» необходимо время для того, чтобы справиться со старыми тревогами и положиться на свои новые адаптивные возможности. Как правило, при первой интерпретации значения частного сопротивления переноса реального изменения в поведении клиента либо нет, либо оно крайне незначительно. Позже идентичная разработанная интерпретация может вызвать явное изменение у пациента, но старое поведение сопротивления вернется, когда что-то незаметное, какая-либо незначительная деталь из повседневной жизни изменит баланс сил в пользу «Эго» или «Супер-эго». Сопротивления упорны, и «Эго» требуется время, чтобы принять новый опыт, приводящий к изменению.

Для того чтобы добиться более глубокого понимания значения реакции переноса, необходимо раскрыть и проследить множество ее превращений и ответвлений. Так, например, нам следует интерпретировать значение поведения пациента в данной, современной ситуации переноса, а затем отслеживать ту же реакцию по отношению к оригинальной и ко всем промежуточным фигурам переноса. Более того, требуется также раскрыть, каким образом данная часть поведения переноса может служить инстинктивной отдушиной в одном случае и сопротивлением и защитой — в другом. Либо мы должны проконтролировать определенное явление переноса через различные либидозные фазы, а также определить, как это понимается с точки зрения «Ид», «Эго» и «Супер-эго». Все то, что следует за новым инсайтом и ведет к изменению в отношении или поведении, и есть тщательная проработка.

В процессе тщательной **проработки** может быть использован любой вид технических процедур, но существуют две наиболее важные процедуры: «поиск» интерпретации переноса и реконструкция. Под поиском переноса подразумевается тот клинический факт, что на сеансах, следующих за новой интерпретацией переноса, аналитик должен наблюдать, каким образом изменяется перенос под воздействием этой интерпретации. Новая интерпретация переноса должна иметь последствия, то есть какие-то проявления на следующих сеансах. Интерпретация может быть правильной или нет, не иметь успеха или иметь слишком большой успех — в любом случае отдельные ее дериваты будут присутствовать на следующем сеансе. Единственное исключение возможно тогда, когда происходит какое-то важное, непредвиденное событие в повседневной жизни пациента, оно происходит вне анализа и временно узурпирует господство аналитической ситуации. Во всех других случаях новая интерпретация переноса будет вызывать изменения в воспоминаниях, сновидениях, ассоциациях, фантазиях или сопротивлениях пациента.

Аналитик должен быть особенно внимателен к тому, что происходит в ситуации переноса после новой интерпретации. Аналитик может предложить новый вариант интерпретации, если ему кажется, что материал пациента указывает в этом направлении, или спросить пациента, как тот себя чувствует после интерпретации, или же молча и терпеливо ждать, когда пациент начнет работать с новой интерпретацией, используя собственный, присущий ему способ и скорость работы. В любом случае аналитик должен внимательно отслеживать все изменения, имеющие

место после любой новой или обновленной интерпретации переноса, или их отсутствие.

Реконструкция — другой технический прием при тщательной проработке материала переноса. Существует очень тесная связь между интерпретацией и реконструкцией, настолько тесная, что иногда их невозможно отличить друг от друга. Явления переноса — это всегда повторения прошлого; пациент повторяет со своим аналитиком то, что он не может и не будет вспоминать. Следовательно, его поведение переноса чрезвычайно подходит для осуществления реконструкции прошлого.

В процессе тщательной проработки отдельные интерпретации разрабатываются, углубляются; между ними устанавливаются связи для того, чтобы сделать какой-то аспект поведения клиента более понятным. При попытках выявить значение фрагмента поведения пациента часто необходимо реконструировать (на основе реакций переноса на пациента, его сновидений, ассоциаций) некоторый кусок его прошлой, забытой жизни. Реконструкция является предварительной работой и, если она правильна, приводит к новым воспоминаниям, новому поведению и к изменениям в «Я». Она часто служит стартовым моментом для «круговых процессов», когда воспоминание ведет к инсайту — к изменениям, изменения — к новым воспоминаниям.

## Анализ сновидений

Фрейд неоднократно подчеркивал, что сны — не случайное явление; они не бессмысленны и не беспорядочны, а представляют собой способ исполнения невыполненных

желаний. Будучи продуктом бессознательного, сновидения служат хорошим материалом для психоанализа. Фрейд различал явное и скрытое содержание сна. Явное — это то, что фактически галлюцинируется во сне; скрытое — то, что обнаруживается при свободной ассоциации сновидений и их толковании. «Явное сновидение, — пишет Фрейд, — теряет для нас свою значимость. Нам безразлично, **хорошо** оно составлено или распадается на ряд отдельных бессвязных образов. Даже если оно имеет кажущуюся осмысленной внешнюю сторону, то мы все равно знаем, что она возникла благодаря искажению сновидения и может иметь к внутреннему его содержанию так же мало отношения, как фасад итальянской церкви к ее конструкции и силуэту».

Фрейд выделял такие понятия, как *работа сновидений* и *толкование сновидений*.

Работа сновидений есть перевод скрытого смысла сна в явный. Толкование, напротив, — попытка добраться до скрытого смысла сновидений. Для того, чтобы грамотно толковать сновидения, необходимо знать основные закономерности их работы. Среди разнообразных закономерностей работы сновидений в качестве наиболее важных Фрейд отмечает три: сгущение, смещение сновидений и превращение мыслей в зрительные образы.

Под сгущением подразумевается тот факт, что явное сновидение содержит в себе меньше информации, чем скрытое, так как является сокращенным переводом последнего. Смещение — это результат работы «цензуры», замещение истинного смысла сновидения отдельными намеками и символами. Наконец, третий результат работы сновидений — это регрессивное превращение мысли в зрительные образы.

Главный метод исследования сновидения — метод свободного ассоциирования. При анализе сновидений Фрейд считает необходимым соблюдать три основных правила.

1. Не следует обращать внимание на внешнее содержание сновидения независимо от того, понятно оно больному или же кажется абсурдным, ясным или путаным, так как оно все равно ни в коем случае не соответствует искомому бессознательному.

2. Сновидения следует разбивать на элементы, каждый из которых исследуется в отдельности. При этом пациента просят «объяснять» каждый элемент сновидения первыми пришедшими в голову словами, то есть свободно ассоциировать. «Если я прошу кого-то сказать, — пишет Фрейд, — что ему пришло в голову по поводу определенного элемента сновидения, то я требую от него, чтобы он отдался свободной ассоциации, придерживаясь исходного представления». Действительно, получается нечто, подобное «ассоциативному эксперименту», с той лишь разницей, что в сновидении «слово-раздражитель» заменено чем-то, что само исходит из душевной жизни видевшего сон, из неизвестных ему источников, то есть из того, что само может быть «производным от комплексов».

Таким образом, задача аналитика в данном случае сводится к тому, чтобы при помощи свободного ассоциирования с каждым отдельным элементом сновидения вызвать ряд других — «заменяющих» — представлений, которые дают возможность расшифровать скрытый смысл сновидений. Вскрывать бессознательное пациента, вызывать «заменяющее» представление каждого элемента сна врач должен, не раздумывая над скрытым их содержанием и над



тем, подходят ли они или отклоняются в этом смысле от самого сновидения.

3. При анализе сновидений исследователь должен набраться терпения и подождать, пока «скрытое, исконно бессознательное не возникнет само».

При анализе сновидения аналитик наталкивается на сопротивление, особенно когда речь идет о вещах, с точки зрения пациента малозначительных, не относящихся к делу, или о предметах, о коих говорить неприлично. Фрейд считает, что как раз те мысли, которые пациент обычно пытается подавить, оказываются наиболее важными, наиболее значимыми для раскрытия содержания бессознательного. «Мы постоянно наталкиваемся на сопротивление, — пишет Фрейд, — когда хотим от заместителя, являющегося элементом сновидения, проникнуть в его скрытое, бессознательное. Таким образом, мы можем предположить, что за заместителем скрывается что-то значительное. Иначе к чему все препятствия, стремящиеся сохранить скрываемое? Если ребенок не хочет открыть руку, чтобы показать, что в ней, значит, там что-то, что ему не разрешается иметь».

Из сказанного следует еще одно условие, которое непременно следует разъяснить анализируемому: не замалчивать ни одной из пришедших ему в голову мыслей, даже если они не соответствуют здравому смыслу и его понятиям о приличии.

Ключом к расшифровыванию скрытого смысла сновидений Фрейд считал символы, по его мнению, глубоко уходящие своими корнями в мифологию, антропологию, языкознание и имеющие свои «устоявшиеся переводы»,

то есть в какой-то степени унифицированные и пригодные для расшифровки любых сновидений у разных людей. Символика сновидений у Фрейда носит почти всегда сексуальную окраску. Дома с совершенно гладкими стенами подразумевают мужчин; дома со свисающими выступами и балконами, за которые можно держаться, — женщин. Все длинные и торчащие вверх предметы, такие, например, как палки, зонты, шесты, деревья, обозначают мужской половой член. «Женские половые органы, — утверждает Фрейд, — изображаются символически при помощи всех предметов, обладающих свойством ограничивать полое пространство, что-то принять в себя, то есть при помощи шахт, щелей, пещер, сосудов и бутылок, коробок, табакерок, чемоданов, ящиков, карманов и т. д. Судно также относится к их разряду. Многие символы имеют большее отношение к матке, чем к гениталиям женщины, таковы шкафы, печи и, прежде всего, комната. Символика комнаты соприкасается с символикой двери, и ворота становятся символом полового отверстия».

Подобная пансексуальная символика сновидений вызвала несогласие и аргументированную критику даже самых близких учеников Фрейда — А. Адлера и К. Юнга. Выраженная пансексуальная интерпретация сновидений, отмечают В. Т. Кондратенко и Д. И. Донской, заслуживает критического к себе отношения, но это не снижает роли Фрейда в исследовании механизмов сновидений, а главное — ни в коей мере не умаляет значения разработанного им метода анализа сновидений как составной части психоанализа.

## Анализ фантазий

Материалом для анализа бессознательного могут быть кроме сновидений фантазии, или «сны наяву». Фантазии наблюдаются как у больных, так и у здоровых людей. Особенно часто они встречаются у детей, подростков, но нередко сохраняются и в зрелые годы. У мужчин обычно преобладают честлюбивые фантазии, у женщин — эротические.

Методика анализа фантазий заключается в следующем. Пациент по предложению врача записывает все приходящие ему в голову фантазии, которые приобщаются к общему «сырому» материалу. В дальнейшем на «случайно» заданный вопрос можно получить толкование этих фантазий.

## Анализ ошибочных действий

К ошибочным действиям относят оговорки (обмолвки), описки, очитки, ослышки. В определенном смысле таковыми можно считать забывание намерений, забывание имен и названий, затеривание и занрятывание вещей. Сюда же относятся заблуждения, действия «по ошибке» (ошибочные действия).

Фрейд считал, что ошибочные действия не являются случайными, а представляют собой психические акты, в которых можно усмотреть смысл и намерение. Эти психические акты возникают в результате одновременного действия или, точнее, противодействия, противоположных желаний. При этом одно из конкурирующих желаний, чаще всего то, которое не приносит удовольствия, отталкивается в под-

сознательное, но проявляется, помимо воли и сознания пациента, в том или ином ошибочном действии.

Фрейд без оговорок признает влияние побочных факторов, таких как волнение, утомление, рассеянность, невнимательность, недомогание и т. д., условиями, способствующими ошибочным действиям. Но эти условия не являются главными, решающими обстоятельствами, так как любые ошибочные действия возможны у совершенно здорового, хорошо отдохнувшего человека.

Ниже приводятся несколько примеров из работы Фрейда «Введение в психоанализ. Лекции» (1989).

1. В своей вступительной речи профессор говорит: «Я не склонен (вместо: не способен) оценить заслуги своего уважаемого предшественника».

2. Президент палаты депутатов открывает заседание словами: «Господа, я признаю число присутствующих достаточным и объявляю заседание закрытым».

Обе оговорки, по мнению Фрейда, имеют скрытый смысл. В первом случае профессор не желал признать заслуги своего предшественника; во втором президент не ждал от заседания ничего хорошего и сразу же готов был его закрыть.

3. Молодой человек рассказал мне: «Несколько лет тому назад у меня были семейные неурядицы; я считаю свою жену слишком холодной, и, хотя признавал ее прекрасные качества, мы жили без нежных чувств друг к другу. Однажды она подарила мне книгу, которую купила во время прогулки и считала интересной для меня. Я поблагодарил за этот знак внимания, обещал прочитать книгу, спрятал ее и не мог потом найти. Так прошли месяцы, иногда я вспо-

минал об исчезнувшей книге и напрасно пытался найти ее. Полгода спустя заболела моя любимая мать, которая жила отдельно от пас. Моя жена уехала, чтобы ухаживать за свекровью. Состояние больной было тяжелое, жена показала себя с самой лучшей стороны. Однажды вечером, охваченный благодарным чувством к жене, я вернулся домой, открыл без определенного намерения, но как бы с сомнамбулической уверенностью определенный ящик письменного стола и сверху нашел давно исчезнувшую запрятанную книгу». Исчезла причина, комментирует Фрейд, и пропажа нашлась.

4. Из письма Фрейду: «Несколько лет тому назад я согласился вступить в комиссию одного литературного общества, предполагая, что оно поможет мне поставить мою драму. Каждую пятницу я появлялся на заседаниях, хотя и без особого интереса. Несколько месяцев назад я получил уведомление о постановке моей пьесы в театре и с тех пор постоянно забываю о заседаниях этого общества. Когда я прочел вашу книгу об этих явлениях, мне стало стыдно моей забывчивости, я упрекал себя, что это подлость — не являться на заседания после того, как люди перестали быть нужны, и решил ни в коем случае не забыть про ближайшую пятницу. Я все время напоминал себе об этом намерении, пока наконец не выполнил его и не очутился перед дверью зала заседаний. Но, к моему удивлению, она оказалась закрытой, а заседание завершенным, потому что я ошибся в дате: уже была суббота!»

# Рационально-эмоциональная терапия А. Эллиса

**Рационально-эмоциональная (рационально-эмотивная) терапия (РЭТ)** была создана Альбертом Эллисом в 1955 году. Первоначальный ее вариант назывался «рациональной терапией», но в 1961 году она была переименована в РЭТ, поскольку этот термин лучше отражает сущность данного направления. В 1993 году Эллис стал использовать новое название своего метода — **рационально-эмоционально-поведенческая терапия (РЭПТ)**. Термин «поведенческая» был введен для того, чтобы показать то большое значение, которое это направление придает работе с актуальным поведением клиента.

В соответствии с теорией рационально-эмоциональной терапии люди наиболее счастливы тогда, когда они ставят перед собой важные жизненные цели и задачи и активно стараются их осуществить. Однако при постановке и достижении этих целей и задач человек должен иметь в виду тот факт, что он живет в обществе: отстаивая собст-

венные интересы, необходимо учитывать и интересы окружающих людей. Эта позиция противопоставляется философии эгоизма, когда желания других не уважаются и не берутся в расчет. Поскольку люди склонны руководствоваться целями, рациональное в РЭТ означает то, что помогает людям в достижении их основных целей и задач, тогда как иррациональное — это то, что препятствует их осуществлению. Таким образом, рациональность не является абсолютным понятием, она относительна по самой своей сути (Эллис А., Драйден У, 2002).

РЭТ рациональна и научна, но использует рациональность и науку для того, чтобы помогать людям жить и быть счастливыми. Она гедонистична, но приветствует не сиюминутный, а долгосрочный гедонизм, когда люди могут получить удовольствие от настоящего момента и от будущего и могут прийти к этому на максимуме свободы и дисциплины. Она предполагает, что ничего сверхчеловеческого, скорее всего, не существует, и считает, что набожная вера в сверхчеловеческие силы обычно приводит к зависимости и росту эмоциональной нестабильности. Она также утверждает, что нет людей «низшего сорта» или достойных проклятия, каким бы неприемлемым и антисоциальным ни было их поведение. Особое значение она придает воле и выбору во всех человеческих делах, принимая при этом вероятность того, что некоторые поступки людей частично определяются биологическими, социальными и другими силами.

## **ПОКАЗАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ РАЦИОНАЛЬНО-ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ**

Рационально-эмоциональная терапия показана при лечении различных заболеваний, в этиологии которых психологические факторы являются определяющими. Это, прежде всего, невротические расстройства. Она показана и при других заболеваниях, осложненных невротическими реакциями. А. А. Александров выделяет категории пациентов, кому может быть показана рационально-эмоциональная терапия:

- 1) пациенты с плохой приспособляемостью, умеренной тревожностью, а также с супружескими проблемами;
- 2) пациенты с сексуальными нарушениями;
- 3) больные невротизмом;
- 4) индивиды с расстройствами характера;
- 5) прогульщики школы, дети-правонарушители и взрослые преступники;
- 6) пациенты с синдромом пограничного расстройства личности;
- 7) психотические пациенты, включая больных с галлюцинациями, когда они в контакте с реальностью;
- 8) индивиды с легкими формами умственной отсталости;
- 9) пациенты с психосоматическими проблемами.

Понятно, что РЭТ не оказывает прямого воздействия на соматическую или неврологическую симптоматику, имеющуюся у больного, однако она помогает пациенту изменить отношение и преодолеть невротические реакции на болезнь, усиливает его тенденции бороться с заболеванием (Федоров А. П., 2002).



Как отмечает Б. Д. Карвасарский, рационально-эмоциональная терапия показана прежде всего пациентам, способным к интроспекции, анализу своих мыслей. Она предполагает активное участие пациента на всех этапах психотерапии, установление с ним отношений, близких к партнерским, чему 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 рационально-эмоциональной терапии, утверждающей, что эмоциональные проблемы вызывают не сами события, а их оценка.

## **ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ОСНОВА РАЦИОНАЛЬНО-ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ**

В то время как поведенческая психотерапия ставит своей задачей достигать изменения поведения, воздействуя на внешнее окружение человека, рационально-эмоциональная терапия имеет целью изменять прежде всего эмоции, воздействуя на содержание мыслей. Возможность таких изменений основана на связи мыслей и эмоций. С точки зрения РЭТ когниции являются главным фактором, определяющим эмоциональное состояние. В норме мышление включает чувства и в некоторой степени стимулируется ими, а чувства включают когниции. Как индивид интерпретирует событие, такую эмоцию в

результате он и имеет в данной ситуации. Воздействие на мысли является более коротким путем достижения изменения наших эмоций и, следовательно, поведения. Поэтому рационально-эмоциональная терапия, по определению Эллиса, — это «когнитивно-аффективная бихевиоральная теория и практика психотерапии».

*Суть концепции Эллиса выражается традиционной формулой А-В-С, где А — activating event — возбуждающее событие; В — belief system — система убеждений; С — emotional consequence — эмоциональное последствие. Когда сильное эмоциональное последствие (С) следует за важным возбуждающим событием (А), тогда может показаться, что А вызывает С, но на самом деле эмоциональное последствие возникает под влиянием В — системы убеждений человека. Когда это нежелательное эмоциональное последствие, — такое, как сильная тревога, — то его корни можно найти в том, что Эллис называет иррациональными убеждениями человека. Если такие убеждения эффективно опровергать, приводить рациональные доводы и показывать их несостоятельность на поведенческом уровне, то тревога исчезает (Александров А. А., 1997).*

Эллис различает **два типа когниции**: дескриптивные и оценочные. *Дескриптивные когниции* содержат информацию о реальности, информацию о том, что человек воспринял из окружающего мира. *Оценочные когниции* являются отношением к этой реальности. Дескриптивные когниции связаны с оценочными когнициями связями разной степени жесткости. Не объективные события сами по себе вызывают у нас позитивные или негативные

эмоции, а наше внутреннее восприятие их, их оценка. Мы чувствуем то, что думаем по поводу воспринятого.

С точки зрения РЭТ патологические нарушения эмоций имеют в основе аберрации мыслительных процессов, когнитивные ошибки. Для обозначения всех различных категорий когнитивных ошибок Эллис предложил использовать термин «иррациональные суждения». К ним он относил такие формы ошибок, как преувеличение, упрощение, необоснованные предположения, ошибочные выводы, абсолютизацию.

## **РАЦИОНАЛЬНЫЕ И ИРРАЦИОНАЛЬНЫЕ ИДЕИ**

**Рациональные идеи** — это оценочные когниции, имеющие личную значимость и являющиеся предпочтительными (то есть неабсолютными) по своей природе. Они выражаются в форме желаний, стремлений, предпочтений, предрасположенности. Люди испытывают положительные чувства удовлетворения и наслаждения, когда получают то, чего хотят, и отрицательные (грусть, озабоченность, сожаление, раздражение), когда не получают. Эти негативные чувства (сила которых зависит от важности желаемого) считаются здоровой реакцией на негативные события и не препятствуют достижению намеченных или постановке новых целей и задач. Таким образом, эти идеи являются рациональными по двум причинам: во-первых, они гибки, и, во-

вторых, они не мешают претворению в жизнь основных целей и задач.

**Иррациональные идеи** отличаются от рациональных тоже в двух отношениях: во-первых, они обычно абсолютизированы (или догматизированы) и выражаются в форме жестких «должен», «обязан», «надо»; во-вторых, они ведут к негативным эмоциям, которые серьезно препятствуют осуществлению целей (например, к депрессии, тревоге, вине, гневу). Здоровые идеи лежат в основе здорового поведения, в то время как нездоровые идеи — в основе дисфункционального, такого как уход, привычка откладывать важные дела на потом, алкоголизм, злоупотребление различными веществами (Эллис А., Драйден У., 2002).

Возникновение иррациональных суждений (установок) связано с прошлым пациента, когда ребенок воспринимал их, не владея еще навыком проводить критический анализ на когнитивном уровне, не имея возможности опровергнуть их на поведенческом уровне, поскольку был ограничен и не сталкивался с ситуациями, которые могли бы их опровергнуть, или получал определенные подкрепления от социального окружения. Люди с легкостью придумывают абсолютные требования к себе, к другим и к миру в целом, и если эти требования не удовлетворяются в прошлом, настоящем или будущем, то человек начинает себя третировать. Самоуничтожение включает процесс общей негативной оценки своего «Я» и порицание собственного «Я» как плохого и недостойного. С точки зрения Эллиса, можно выделить четыре основные группы таких установок, чаще всего создающих проблемы у пациентов.

1. *Установки долженствования* отражают иррациональное убеждение в том, что есть универсальные долженствования, которые всегда нужно реализовывать, независимо от того, что происходит в окружающем мире. Такие установки могут быть обращены к себе, к людям, к ситуациям. Например, утверждения, что «мир должен быть справедливым» или «люди должны быть честными», часто выявляются в подростковом возрасте.

2. *Катастрофические установки*, как правило, отражают иррациональное убеждение, что в мире происходят катастрофические события, оцениваемые так вне любой системы отсчета. Этот тип установок приводит к катастрофизации, то есть к чрезмерному преувеличению негативных последствий событий. Катастрофические установки проявляются в высказываниях пациентов в виде оценок, выраженных в крайней степени (типа «ужасно», «невыносимо», «потрясающе» и т. д.). Например: «Ужасно, когда события развиваются непредсказуемым образом» или: «Невыносимо, что он так обращается со мной».

3. *Установка обязательной реализации своих потребностей* отражает иррациональное убеждение, согласно которому человек для того, чтобы существовать и быть счастливым, должен обязательно осуществлять свои желания, обладать определенными качествами и вещами. Наличие такого рода установок приводит к тому, что наши желания разрастаются до уровня необоснованных императивных требований, в результате вызывающих противодействие, конфликты и в конечном итоге — негативные эмоции. Например: «Я должен быть полностью компетентным в этой области, иначе я ничтожество».

4. *Оценочная установка* состоит в том, что людей, а не отдельные фрагменты их поведения, свойства и т. д., можно глобально оценивать. При этой установке ограниченный аспект личности отождествляется в целом с человеком. Например: «Когда люди ведут себя плохо, они должны быть осуждены» или: «Он негодяй, поскольку он вел себя недостойно».

Так как РЭТ связывает патологические эмоциональные реакции с иррациональными суждениями (установками), самый быстрый способ изменения состояния дистресса — это изменение ошибочных когний. Рациональной и здоровой альтернативой самоуничижению является безусловное самопринятие, которое включает в себя отказ давать собственному «Я» однозначную оценку (задача невыполнимая, поскольку человек — существо сложное и развивающееся, а, кроме того, вредная, ибо это обычно мешает достижению человеком своих главных целей) и признание своей подверженности ошибкам. Самопринятие и высокая толерантность к фрустрации — вот два главных элемента рационально-эмоционального образа психологически здорового человека.

Сформировавшись, иррациональные установки функционируют как автономные, самовоспроизводящиеся структуры. Механизмы, которые поддерживают иррациональные установки, наличествуют в настоящем времени. Поэтому РЭТ концентрируется не на анализе прошлых причин, приведших к формированию той или иной иррациональной установки, а на анализе настоящего. РЭТ выясняет, как индивид сохраняет свои симптомы, придерживаясь определенных иррациональных когний, за

счет чего он не отказывается от них и не подвергает их коррекции.

Иррациональные когниции можно изменять. Но для того, чтобы их изменить, необходимо сначала их идентифицировать, а это требует настойчивого наблюдения и самоанализа, использования определенных методов, облегчающих данный процесс. Только реконструкция ошибочных когниций приводит к изменению эмоционального реагирования. В процессе РЭТ человек приобретает способность управлять своими иррациональными когнициями по собственному усмотрению, в противоположность начальному этапу терапии, когда иррациональные установки управляют поведением человека.

У нормально функционирующего человека имеется рациональная система установок, которую можно определить как систему гибких эмоционально-когнитивных связей. Эта система носит вероятностный характер, выражает скорее пожелание, предпочтение определенного развития событий. Рациональной схеме установок соответствует умеренная сила эмоций. Хотя иногда они и могут быть интенсивными, однако не захватывают индивида надолго, поэтому не блокируют его деятельность, не мешают достижению целей. В случае возникновения трудностей индивид легко осознает рациональные установки, не соответствующие требованиям ситуации, и корректирует их.

Иррациональные установки, с точки зрения Эллиса, — это, напротив, жесткие эмоционально-когнитивные связи абсолютистского характера в виде предписания, требования, обязательного приказа, не имеющего исключений. Поэтому обычные иррациональные установки не соответст-

вуют реальности как по силе, так и по качеству предписания. При отсутствии осознания иррациональных установок они приходят к длительным неразрешаемым ситуациям, эмоциям, затрудняют деятельность индивида, мешают достижению целей. Иррациональные установки включают выраженный компонент оценочной когниции, запрограммированного отношения к событию.

Рационально-эмотивную терапию, отмечает А. А. Александров, не интересует генез иррациональных установок, ее интересует, что подкрепляет их в настоящем. Эллис утверждает, что осознание связи эмоционального расстройства с событиями раннего детства (инсайт № 1, по Эллису) не имеет терапевтического значения, поскольку пациенты редко освобождаются от своих симптомов и сохраняют тенденцию к образованию новых. Согласно теории РЭТ, инсайт № 1 вводит в заблуждение: суть не в возбуждающих событиях (Л) жизни людей, которые якобы вызывают эмоциональные последствия (С), а в том, что люди интерпретируют эти события нереалистично, и поэтому у них складываются иррациональные убеждения (В) о них. Настоящая причина расстройств, стало быть, в самих людях, а не в том, что случается с ними, хотя и жизненный опыт, безусловно, оказывает некоторое влияние на то, что они думают и чувствуют. В рационально-эмотивной терапии инсайт № 1 должным образом подчеркивается, но пациенту помогают увидеть его эмоциональные проблемы с точки зрения его собственных убеждений, а не с точки зрения прошлых или настоящих возбуждающих событий. Терапевт добивается дополнительного осознания — инсайтов № 2 и 3.



Эллис поясняет это следующим примером. Пациент испытывает тревогу во время терапевтического сеанса. Терапевт может сосредоточиться на возбуждающих событиях в жизни пациента, которые, по-видимому, вызывают тревогу, скажем, показать, что мать постоянно указывала ему на недостатки, что он всегда боялся укора учителя за плохой ответ урока, что он боится разговаривать с авторитетными фигурами, которые могут не одобрить его, и что, следовательно, из-за всех его прежних и настоящих страхов в ситуациях *A1-1, Л-2, Л-3 ... А-N* он сейчас испытывает тревогу во время беседы с терапевтом. После такого анализа пациенту нетрудно убедить себя: «Да, теперь я понимаю, что испытываю тревогу тогда, когда сталкиваюсь с авторитетными фигурами. Неудивительно, что я тревожен даже с собственным терапевтом!» После этого пациент может почувствовать себя значительно лучше и временно избавиться от тревоги.

Однако, отмечает Эллис, было бы значительно лучше, если бы терапевт показал пациенту, что тот испытывал тревогу в детстве и продолжает испытывать ее сейчас при столкновении с различными авторитетными фигурами не потому, что они авторитетны или имеют какую-то власть над ним, а поскольку он всегда был убежден в том, что его *должны* одобрять, и *ужасно*, если какая-нибудь авторитетная фигура не одобряет его, и он будет уязвлен, если его станут критиковать.

При таком подходе тревожный пациент склонится к двум вещам: во-первых, он перейдет от *A* к рассмотрению *B* — своей иррациональной системы убеждений; во-вторых, он начнет активно разубеждать себя в своих иррациональ-

ных установках, вызывающих тревогу. И тогда в следующий раз, когда он столкнется с какой-нибудь авторитетной фигурой, он будет менее предан этим наносящим ущерб его личности («самопоражающим») убеждениям.

Следовательно, инсайт № 2 состоит в понимании того, что, хотя эмоциональное расстройство возникло в прошлом, пациент испытывает его *сейчас*, потому что он имеет догматические, иррациональные, эмпирические, необоснованные убеждения. Он обладает, как говорит Эллис, магическим мышлением. Эти его иррациональные убеждения сохраняются не потому, что он когда-то в прошлом был «обусловлен», то есть эти убеждения закрепились у него по механизму условной связи и теперь сохраняются автоматически. Нет! Он активно подкрепляет их в настоящем — «здесь-и-сейчас». И если пациент не примет полной ответственности за сохранение своих иррациональных убеждений, то он не избавится от них (Александров А. А., 1997).

Инсайт № 3 состоит в осознании того, что только посредством тяжелой работы и практики можно исправить эти иррациональные убеждения. Пациенты осознают, что для освобождения от иррациональных убеждений недостаточно инсайтов № 1 и 2 — необходимы многократное переосмысление этих убеждений и многократно повторяющиеся действия, направленные на их погашение.

Итак, основной догмат рационально-эмотивной терапии состоит в том, что эмоциональные нарушения вызываются иррациональными убеждениями. Эти убеждения иррациональны потому, что пациенты не принимают мир таким, какой он есть. Они обладают магическим мышле-

нием: настаивают на том, что если в мире существует нечто, то оно должно быть другим, отличным от того, что есть. Их мысли обычно принимают следующую форму утверждений: если я хочу чего-то, то это не просто желание или предпочтение, чтобы так было, — так *должно* быть, и если это не так, то это *ужасно!*

К примеру, женщина с выраженными эмоциональными расстройствами, которую отверг возлюбленный, не просто рассматривает это событие как *нежелательное*, а считает, что это *ужасно*, что она *не может этого перенести*, что ее *не должны* отвергать, что ее *никогда* не полюбит ни один желанный партнер, что она *недостойный человек*, раз возлюбленный отверг ее, и поэтому она *заслуживает осуждения*. Такие скрытые гипотезы бессмысленны и лишены эмпирических оснований. Они могут быть опровергнуты любым исследователем. Рационально-эмотивный терапевт уподобляется ученому, который обнаруживает и опровергает абсурдные идеи (Александров А. А., 1997).

Основную цель эмоционально-рациональной психотерапии, считает А. А. Александров, можно сформулировать как «отказ от требований». В какой-то степени, отмечает автор, невротическая личность является инфантильной. Нормальные дети в процессе созревания становятся более разумными, они менее настаивают на том, чтобы их желания немедленно удовлетворялись. Рациональный терапевт пытается побудить пациентов к тому, чтобы они до минимума ограничивали свои требования и стремились к максимуму терпимости. Рационально-эмотивная терапия направлена на радикальное редуцирование дол-

женствования, перфекционизма (стремления к совершенству), грандиозности и нетерпимости у пациентов.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Теория рационально-эмоциональной терапии говорит о том, что психологически здоровых индивидов отличает философия релятивизма, или философия «пожелания». Согласно этой философии, у людей имеется неограниченное множество различных желаний, мечтаний, целей, предпочтений и т. д., и, если они не возводят эти неабсолютные ценности в ранг грандиозных догм и требований, у них будет меньше психологических проблем. Однако у них возникнут здоровые отрицательные эмоции (например, грусть, сожаление, разочарование, раздражение), если их желания не будут исполняться. Эти эмоции предполагают конструктивные мотивационные качества, поскольку помогают людям устранить препятствия на пути к достижению цели, а также конструктивно изменить то, что не может быть реализовано.

Рационально-эмоционально-поведенческой теорией постулируется, что философия пожелания имеет три главные производные. Они представляются рациональными потому, что обычно способствуют достижению людьми своих целей или формированию новых, если прежние не могут быть осуществлены.

Первой основной производной пожелания является оценка, или определение неприятности события (или ан-

тидраматизация), — рациональная альтернатива драматизации. Так, если человек не получает того, что он хочет, он признает, что это плохо. Но поскольку он не руководствует формулой: «Я должен получать то, что мне хочется», его оценки неприятности события располагаются на 0—100 % континууме, и поэтому он не считает произошедшее «ужасным» это было бы чрезмерным преувеличением. В общем если человек придерживается философии пожелания, то чем сильнее его желание, тем более негативной будет его оценка в случае неисполнения того, к чему он стремился.

Вторая основная производная пожелания известна как толерантность и является рациональной альтернативой «Я-этого-не-переживу». В данном случае человек признает, что нежелательное событие произошло (или может произойти); он считает, что если событие произойдет, то оно произойдет эмпирически; он оценивает степень неприятности события; он пытается изменить нежелательное событие или, если это возможно, принять «суровую» реальность и активно занимается претворением в жизнь других целей, если ситуацию изменить нельзя.

Третья основная производная, известная как принятие, является рациональной альтернативой «осуждения». В данном случае человек принимает то, что и он, и другие люди несовершенны и не обязаны вести себя иначе, чем так, как они себя ведут, а также что они слишком сложны и изменчивы, чтобы им можно было дать обоснованную и глобальную оценку. Кроме того, условия жизни принимаются такими, какие они есть. Люди, исповедующие философию принятия, в полной мере признают

то, что мир крайне сложен и существует по законам, которые часто не зависят от их воли. Особенно нужно подчеркнуть тот факт, что принятие не подразумевает смирения. Сторонник рациональной философии принятия признает: то, что существует эмпирически, должно существовать, но не обязательно так будет всегда. Это подталкивает его к активным попыткам изменить реальность. Человек, смирившийся с реальностью, обычно не пытается ее изменить (Эллис А., Драйден У., 2002).

Эллис выдвигает ряд критериев психологического здоровья.

1. *Соблюдение собственных интересов.* Разумные и эмоционально здоровые люди обычно в первую очередь соблюдают личные интересы и ставят их хотя бы немного выше интересов других людей. Они жертвуют собой до определенной степени ради тех, кто им дорог, но никогда полностью не уходят в это.

2. *Социальный интерес.* Социальный интерес рационален и, как правило, является интересом личным, потому что большинство людей, выбрав жизнь и времяпрепровождение в социальных группах или обществе, вынуждены чтить мораль, уважать права других и содействовать социальному выживанию, иначе вряд ли им удастся создать мир, в котором они сами могли бы жить комфортно и счастливо.

3. *Самоуправление.* Здоровые люди обычно склонны принимать ответственность за свою жизнь и в то же время предпочитают кооперироваться с другими. Они не нуждаются ни в какой существенной помощи и поддержке и не требуют ее от других, хотя им ЭТО может нравиться.

4. *Высокая толерантность к фрустрации.* Рациональные люди дают себе и другим право ошибаться. Даже если им очень не нравится собственное поведение или поведение других людей, они не склонны осуждать непосредственно себя и других, а судят только неприемлемые и нетерпимые поступки. Люди, которые не страдают от обесценивающих эмоциональных дистрессов, поступают, как Св. Франциск и Рейнольд Нибур: исправляют те нежелательные условия, которые они могут изменить, принимают то, что они изменить не могут, и имеют мудрость отличить одно от другого.

5. *Гибкость.* Здоровые и зрелые люди обладают гибким мышлением, готовы изменяться, не фанатичны и плюралистичны в своих взглядах на других людей. Они не устанавливают жестких и неизменных правил ни для себя, ни для других.

6. *Принятие неопределенности.* Здоровые мужчины и женщины склонны признавать и принимать идею о том, что мы живем в мире вероятностей и случайности, где не существует и, возможно, никогда не будет существовать абсолютной определенности. Эти люди осознают, что жизнь в таком вероятностном и неопределенном мире зачаровывает и возбуждает, но она, безусловно, не ужасна. Им достаточно сильно нравится порядок, но они не требуют точного знания о том, что принесет им будущее и что с ними случится.

7. *Преданность творческим занятиям.* Большинство людей чувствуют себя более здоровыми и счастливыми, когда они полностью поглощены чем-то внешним по отношению к себе и имеют, по крайней мере, один сильный

творческий интерес или занятие, которое считают настолько важным, что организуют вокруг него значительную часть своей жизни.

8. *Научное мышление.* У менее тревожных индивидов мышление объективнее, реалистичнее и научнее, чем у более тревожных. Они могут глубоко чувствовать и действовать в соответствии с чувствами, но в состоянии регулировать свои эмоции и действия, рефлексирова их и оценивая их последствия в зависимости от степени, в какой те способствуют достижению краткосрочных и долгосрочных целей.

9. *Принятие себя.* Здоровые люди обычно рады тому, что они живы, и принимают себя уже только потому, что живут и могут этим наслаждаться. Они не оценивают свою внутреннюю значимость по внешним достижениям или по тому, что думают о них другие. Они искренне выбирают безусловное самопринятие и стараются не оценивать себя — ни своей тотальности, ни своего бытия. Они стремятся наслаждаться, а не самоутверждаться.

10. *Рискованность.* Эмоционально здоровые люди склонны брать на себя риск и пытаются делать то, что они хотят, даже если велика вероятность неудачи. Они смелы, но не безрассудны.

11. *Отсроченный гедонизм.* Хорошо приспособленные люди обычно стремятся и к наслаждениям настоящего момента, и к тем радостям жизни, что обещает будущее; они редко закрывают глаза на грядущие потери ради сиюминутных приобретений. Они гедонистичны, то есть стремятся к счастью, и избегают боли, но допускают, что им еще предстоит пожить какое-то время и что поэтому



надо думать не только о сегодняшнем, но и о завтрашнем дне и не позволять минутным удовольствиям овладеть собой.

12. *Антиутопизм.* Здоровые люди принимают как факт то, что утопия недостижима и что им никогда не удастся получить все желаемое или избавиться от всего, что причиняет боль. Они не пытаются бороться за нереальные тотальное счастье, совершенство и радость или полностью избавиться от тревоги, депрессии, самобичевания и жестокости.

13. *Ответственность за свои эмоциональные расстройства.* Здоровые индивиды принимают значительную часть ответственности за свои эмоциональные проблемы на себя, а не обвиняют, защищаясь, других или социальные условия в собственных саморазрушительных мыслях, чувствах и действиях (Эллис А., Драйден У, 2002).

## **ФИЛОСОФИЯ РАЦИОНАЛЬНО-ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ**

Для того чтобы терапия оказалась эффективной, клиенту необходимо принять некоторые базовые представления эмоционально-рациональной терапии, иными словами, по А. П. Федорову, принять философию РЭТ. Начиная терапию клиенты считают, что активирующее событие непосредственно вызывает эмоциональное расстройство. Собственные убеждения, установки, определяющие интерпретацию ими активирующего события, остаются

ся неосознанными. Поддержанию такого игнорирования способствует и опыт повседневного употребления речи. Как часто мы слышим: «Она меня разозлила» или: «Это известие вызвало у меня упадок сил».

Исходя из теории РЭТ, фактически пациенты сами вызывают у себя чувства, создавая в своей голове искаженные суждения, убеждения в связи с активирующим событием. При этом они не осознают того выбора, который делают, — выбора в пользу сохранения негативных переживаний и страданий. Задача РЭТ — привести пациента к пониманию того, что его психологические проблемы возникают в результате его собственных ошибочных суждений о ситуации. Такое подведение к новому взгляду, по мнению А. П. Федорова, требует решения нескольких задач. Первая задача, отмечает автор, — это опровержение убеждения клиента, что внешние события являются источником наших чувств.

Например, пациент обратился с жалобой на подавленное состояние после получения известия о намерении жены уйти от него. Терапевт может предложить описать реакции ста разных мужчин в подобной ситуации. Если последует ответ: «Я предполагаю, что все сто реагировали бы подобным образом», врач просит задуматься, насколько реальна такая оценка. Далее он помогает клиенту увидеть различные возможные реакции: «Наверное, не все отреагировали бы одинаково. Как вы думаете, сколько мужчин расстроилось бы на 60, на 50, на 40 %?» После ответа врач предлагает задуматься над тем, сколько, предположительно, будет тех, кто совсем бы не испытывал чувства подавленности. Здесь возможно появление

понимания того, что, хотя, к примеру, 60 % были бы подавлены, другие могли проявлять достаточно разнообразные реакции. Кто-то был разозлен или даже разъярен, кто-то испытал спокойствие, а кто-то даже обрадовался этому известию.

После выявления столь разнородных реакций клиенту задают вопрос: «Как можно объяснить такие многообразные реакции людей на одно и то же событие?» Ответы могут быть различными. Один признает, что реакции прямо не связаны с самим событием, другой может предположить: «Люди имеют разные характеры, поэтому и реагируют по-разному». Терапевт может подчеркнуть это новое заключение пациента, а именно: не событие само по себе вызывает у нас негативные чувства. Можно развить это заключение — реакции людей зависят от оценки каждым данной ситуации. Такое совместное обсуждение закладывает основу для дальнейшего облегчения понимания роли убеждений в восприятии события путем переработки актуальной психотравмирующей ситуации (Федоров А. П., 2002).

Еще одна задача, решаемая в ходе проведения рационально-эмоциональной терапии, — это, отмечает А. П. Федоров, опровержение убеждений, что другие люди являются источником наших чувств. Например, можно сказать клиенту: «Если вы считаете источником вашего постоянно раздражения вашего начальника, то вам нечего лечиться у психотерапевта. Целесообразно прислать на лечение вашего начальника» или: «Вы продолжаете рассказывать мне, как один человек вынуждает вас злиться, другой — расстраиваться, третий заставляет вас любить его, четвертый заставляет делать то-то и то-то.

Вы упорно продолжаете рассказывать мне, что окружающие управляют вами. Вы, наверное, забыли как-то свою волю, когда уходили в спешке».

Обращается внимание, что прошлое определяет настоящее, только если присутствует в форме неизменных когний, которые сложились в момент актуального переживания и в последующем не подвергались переоценке. Взрослый, испытывающий тревоги и панические состояния, имеет их не потому, что, будучи ребенком, пережил травму, после которой мир стал для него опасным и страшным, а потому, что сохраняет эту неизменную установку в своей голове и постоянно повторяет ее себе, став взрослым.

Когний создают программы самореализующихся пророчеств из-за того, что человек постоянно внушает себе: мир страшен и опасен, в нем обязательно произойдет что-то ужасное или я неудачник, за что я ни возьмусь, все будет обречено на провал. Когний оказывают столь сильный эффект из-за длительности своего функционирования, стойкости, которую они приобретают вследствие постоянного упражнения и подкрепления.

Люди не могут справиться со своими психологическими проблемами, потому что они придерживаются философии низкой толерантности к фрустрации и верят в то, что им должно быть комфортно, поэтому не работают на эффективные изменения, поскольку такая работа предполагает дискомфорт. Это сиюминутные гедонисты, ибо они склонны избегать сиюминутных неудобств, даже несмотря на признание того, что работа над своими временно неприятными чувствами, скорее всего, будет способствовать

достижению долгосрочных целей. Эти люди оценивают когнитивные и поведенческие терапевтические задания как слишком болезненные, даже более болезненные, чем их психологические нарушения, к чему они в некоторой мере привыкли. Они предпочитают скорее оставаться в своем «комфортном» дискомфорте, чем столкнуться с дискомфортом изменений, которого, по их убеждению, они не должны испытывать.

Другая распространенная форма низкой толерантности к фрустрации называется «тревогой по поводу тревоги». В данном случае индивид верит в то, что он не должен испытывать тревогу, и поэтому избегает провоцирующих тревогу ситуаций — ведь он может начать волноваться, и тогда ситуация будет оцениваться как «ужасная». Таким образом он упрочивает свои проблемы, излишне контролируя свою жизнь и избегая тревожащих ситуаций. Тревога по поводу тревоги представляет собой пример того клинического факта, что люди часто расстраиваются из-за своего расстройства. Создавая вторичное (а иногда и третичное) беспокойство по поводу изначального нарушения, они погружаются в эти «проблемы из-за проблем», и поэтому им становится трудно вернуться к решению исходной проблемы. В этом отношении люди очень изобретательны. Они могут впасть в депрессию по поводу своей депрессии, могут испытывать вину за свой гнев (равно как и начать тревожиться из-за своей тревоги) и так далее. Следовательно, людям, для того чтобы успешно решить свои первичные проблемы, сначала необходимо избавиться от переживаний по поводу своих переживаний (Эллис А., Драйден У., 2002).

Принятие философии рационально-эмоциональной терапии — обязательное условие для последующего проведения психотерапевтического воздействия.

## **ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТА С КЛИЕНТОМ**

Рационально-эмоциональная терапия направлена на решение проблем. Как отмечает А. А. Александров, пациенты занимают диктаторскую, догматическую, абсолютистскую позицию: они требуют, они настаивают, они диктуют. Эмоциональное расстройство появляется тогда, когда индивиды имеют твердое убеждение в том, что их желания должны быть удовлетворены. Их требования, их диктат сводятся к тому, что они должны добиться успеха; другие люди должны одобрять их. Они настаивают на том, чтобы другие относились к ним справедливо. Они диктуют, каким должен быть мир, и требуют, чтобы он был более приемлемым.

В процессе изложения жалоб терапевт предлагает клиенту выбрать, какую проблему необходимо решить в первую очередь. РЭТ является активно-директивной терапией. Активно-директивный стиль выражается в том, что терапевт проводит клиента по четко структурированным этапам терапии, энергично пресекает уходы в сторону, предлагает методы и варианты решений, не боясь продемонстрировать способ освоения отдельных методов и приемов. Клиент изначально направляется к стратегической цели —

принятию новой, рациональной, философии, замене иррациональных установок на рациональные в проблемной сфере.

В самом начале терапии клиенту можно дать, например, следующие инструкции: «Терапия, которую мы начинаем, направлена на то, чтобы обучить вас управлять своими эмоциями и избавиться от отрицательных переживаний. На первых этапах работы вам будет предоставлена возможность понять способы, с помощью которых вы сами создавали свои негативные чувства. Вы сможете также изменить эти способы и тем самым испытывать другие, позитивные эмоции. Все это потребует от вас активности в работе как здесь, в кабинете, так и дома, поскольку терапия предполагает выполнение домашних заданий, прослушивание аудиозаписей, чтение специальной литературы. Я не могу быть магом и волшебником, по мановению ока избавляющим вас от болезни и проблем. Я могу быть гидом, который поможет вам пройти дорогу к желаемой цели» (Федоров А. П., 2002).

Рационально-эмоциональная терапия невозможна без **самораскрытия** пациента, поэтому терапевт должен создавать условия, способствующие этому процессу. Он отслеживает и отдает себе отчет, с чем связаны трудности самораскрытия: со страхами обнародования фактов, с недостаточным опытом самораскрытия, с ригидным стереотипом поведения, за которым может скрываться иррациональная установка типа: «Мужчина должен сам решать свои проблемы». В таких случаях психотерапевту надлежит раз объяснить сущность рационально-эмоциональной терапии, требующей искренности, открытости в

обсуждении актуальных болезненных и избегаемых тем. Без установления полноценного контакта врача с пациентом использованные методы могут не дать нужного эффекта, тогда терапия будет направлена на неактуальные для пациента цели. Учет темпа продвижения, поддержка и помощь клиенту, оказываемые и путем словесных вмешательств, и на невербальном уровне, — все это может содействовать самораскрытию клиента.

В то же время рационально-эмотивная терапия не придает эмпатической поддержке такого большого значения, как, например, это делает клиент-центрированная терапия Роджерса. Согласно РЭТ, надо, безусловно, принимать пациентов, но при этом следует критиковать их, указывать на недостатки в их поведении. Тепло и поддержка часто помогают пациентам жить более счастливо с нереалистическими понятиями. Эллис считает эффективной активно-директивную, когнитивно-эмоционально-поведенческую «атаку» па самопоражающие долженствования и приказания пациентов. Сущностью эффективной психотерапии, согласно РЭТ, является сочетание полной терпимости к пациенту (безусловное принятие клиента) с борьбой против его самопоражающих идей, черт и поступков.

## **ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ**

Терапевт стремится к безусловному принятию своих клиентов как несовершенных человеческих существ, кото-



рые часто ведут себя саморазрушительно, но в своей сущности никогда не бывают хорошими. Независимо от того, насколько плохо клиент ведет себя на сеансах терапии, врач будет принимать его как личность, по будет часто, если это уместно, ставить его в известность о своей реакции на его негативное поведение.

Терапевты проявляют к своим клиентам особый род эмпатии. Это не только «аффективная» эмпатия (то есть сообщение клиенту о понимании его чувств), но и философская эмпатия (то есть демонстрация понимания философии, лежащей в основе его чувств).

В настоящее время сохраняет свою актуальность дискуссия, касающаяся терапевтического стиля. Эллис в этой связи рекомендует избегать излишне дружелюбного, эмоционально заряженного стиля взаимодействия с «истеричными» клиентами; излишие интеллектуального стиля с «обсессивно-компульсивными» клиентами; излишие директивного стиля с клиентами, чье чувство автономности легко пошатнуть; излишие активного стиля с клиентами, которые слишком быстро «бегут» в пассивность.

## **СОДЕРЖАНИЕ РАЦИОНАЛЬНО-ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ**

Приступая к работе над системой убеждений пациента, терапевт прежде всего стремится к выявлению его иррациональных установок. Как мы уже знаем, наличие иррациональных установок означает существование жест-

кой связи между дескриптивной и оценочной когнициями — связи, предполагающей одновариантное развитие событий. Поэтому выявлению жестких эмоционально-когнитивных схем помогает употребление пациентами таких слов, как «надо», «должен», «необходимо» («тирания долженствования»). Именно они являются объектом «терапевтических атак». Часто терапевт «подводит» пациента в беседе к использованию этих слов, высказывает гипотетические предложения, их содержащие, для того, чтобы заставить пациента признать их власть над собой (Александров А. А., 1997).

После выявления иррациональных установок терапевт приступает к реконструкции системы убеждений; воздействие при этом осуществляется на трех уровнях: когнитивном, эмоциональном и поведенческом.

*Воздействие на когнитивном уровне.* Рационально-эмоциональная терапия пытается показать пациентам, что им лучше отказаться от перфекционизма, если они хотят прожить более счастливую и менее тревожную жизнь. Она учит их осознавать свои «надо», «следует», «должен»; отделять рациональные убеждения от иррациональных (абсолютистских); применять логико-эмпирический метод науки к себе и своим проблемам; принимать действительность, какой бы жестокой и суровой они ни была. РЭТ помогает пациентам оттачивать когнитивные процессы. Она является объяснительной и дидактической.

Рационально-эмоциональная терапия применяет *сократовский тип диалога* между пациентом и терапевтом. Используется *когнитивный диспут*. Этот прием включает доказательство справедливости иррацио-

нальной установки пациента. Задача психотерапевта состоит в прояснении смысла и демонстрации ее логической несостоятельности. В процессе такого спора может выявляться вторичный выигрыш, который дает сохранение иррациональной установки. РЭТ поощряет к дискуссии, к объяснению и выявлению причин неэффективного мышления, учит семантической точности. Например, если пациента отвергают, это не значит, что его всегда будут отвергать; если пациент терпит неудачу, это не значит, что он не может добиться успеха (Александров А. А., 1997).

*Воздействие на эмоциональном уровне.* Терапевтом используются различные способы драматизации предпочтений и долженствований, чтобы пациенты могли четко различать эти два феномена — «было бы лучше» и «должно», для чего существует ролевая игра, которая демонстрирует пациентам, какие ложные идеи руководят ими и как это влияет на их отношения с другими людьми. Терапевт может применять моделирование, чтобы показать пациентам, как принимать различные идеи. Используя юмор, терапевт доводит до абсурда иррациональные мысли и через безусловное принятие показывает, что пациенты принимают их, несмотря на наличие негативных черт, что дает клиентам импульс для принятия себя. Терапевт использует эмоционально насыщенное разубеждение, приводящее пациентов к отказу от некоторых абсурдных идей и замене их на более разумные понятия.

Терапевт поощряет поведение, связанное с риском:

а) предлагает пациентам психотерапевтической группы сказать откровенно одному из ее участников, что они о

нем думают. В результате пациенты убеждаются в том, что это на самом деле не так рискованно;

б) побуждает пациентов к самораскрытию, предлагая, например, рассказать об отклонениях в их сексуальной жизни. Этот опыт убеждает их в том, что другие могут принимать их, несмотря на недостатки;

в) предлагает пациентам соприкоснуться со своими «постыдными» чувствами, например с враждебностью, что дает им возможность раскрыть мысли, предшествующие этим чувствам.

Терапевт может также использовать техники, приносящие чувственное удовольствие, такие как объятия с другими членами группы. Это делается не для получения сиюминутного удовольствия, а для того, чтобы показать пациентам, что они способны совершать приятные действия, на которые никогда бы прежде не решились, ради чистого удовольствия, не испытывая при этом чувства вины, даже если другие не одобряют их за это (Александров А. А., 1997).

*Воздействие на поведенческом уровне.* Поведенческие методы, отмечает А. А. Александров, применяются в рационально-эмоциональной терапии не только для устранения симптомов, но и для изменения когний пациентов. Так, склонность пациентов к перфекционизму может быть уменьшена выполнением следующих заданий терапевта:

а) пойти на риск, например, попытаться назначить свидание человеку противоположного пола;

б) намеренно провалиться при решении какой-либо задачи, например, нарочно плохо выступить перед публикой;

- в) воображать себя в ситуациях неудачи;
- г) с энтузиазмом браться за деятельность, которую пациент считает особенно опасной.

Отказа от требований пациентов, чтобы другие обращались с ними справедливо и чтобы миром правили добро и справедливость, можно добиться, предлагая им следующие задания:

- а) какое-то время пребывать в плохих обстоятельствах и учиться принимать их;
- б) выполнять трудные задачи (например, поступление в институт или на престижную работу);
- в) воображать себя в ситуации лишения чего-либо и при этом не чувствовать себя расстроенным;
- г) позволить себе какую-нибудь приятную деятельность (пойти в кино, встретиться с друзьями) только после выполнения неприятной, но необходимой задачи (урок французского или завершение отчета для своего шефа) и т. д.

РЭТ часто использует оперантное обусловливание для отвыкания от дурных привычек (курение, переедание) или изменения иррационального мышления (например, осуждение себя за курение или переедание) (Александров А. А., 1997).

Другие поведенческие методы, применяемые в РЭТ, включают:

- 1) упражнение "Оставайся там", которое предоставляет клиенту возможность вынести хронический дискомфорт, обусловленный нахождением в неприятной ситуации в течение длительного времени;
- 2) упражнения, в которых клиента побуждают к тому, чтобы он заставлял себя приступать к делам сразу,

не откладывая на потом, в то же время претерпевая дискомфорт от борьбы с привычкой откладывать все на завтра;

3) использование наград и наказаний, чтобы побудить клиента взяться за неприятное задание, преследуя свои отсроченные цели (суровые наказания особенно выручают в случае сильно сопротивляющихся клиентов);

4) время от времени клиента побуждают вести себя так, как будто он уже мыслит рационально, чтобы он мог на собственном опыте понять, что изменения возможны (Эллис А., Драйден У, 2002).

В самом общем виде для того, чтобы добиться изменения мировоззрения, Эллис рекомендует клиентам следующее.

1. Осознать, что они сами в значительной степени создают собственные психологические проблемы и, несмотря на то, что условия окружающей среды могут играть в их проблемах существенную роль, в процессе изменения их обычно учитывают во вторую очередь.

2. Полностью признать то, что они способны сами основательно справиться с собственными затруднениями.

3. Понять, что эмоциональные расстройства обусловлены в основном иррациональными, абсолютистскими и догматичными взглядами.

4. Определить свои иррациональные убеждения и провести различия между ними и их рациональной альтернативой.

5. Оспаривать эти иррациональные убеждения, используя реалистические, логические и эвристические методы, а также посредством чувствования и действия вопреки им.

6. Работать над интернализацией новых, эффективных взглядов, задействуя множество когнитивных, эмоциональных и поведенческих методов изменений.

7. Продолжать процесс изменения иррациональных убеждений и использования мультимодальных методов в течение всей своей жизни.

## **ТЕХНИКИ, КОТОРЫХ В РАЦИОНАЛЬНО-ЭМОТИВНОЙ ТЕРАПИИ ИЗБЕГАЮТ**

Итак, РЭТ является мультимодальной формой терапии, которая приветствует использование техник когнитивной, эмоциональной и поведенческой модальностей. Однако в связи с тем, что выбор терапевтических техник обусловлен теорией, то в практике некоторые техники не используются или используются крайне редко. Среди них следует выделить такие (Эллис А., Драйден У, 2002):

1. Техники, которые делают клиентов более зависимыми (например, излишняя теплота терапевта как сильное подкрепление, создание и анализ невроза замещения).

2. Техники, которые делают людей более легковерными и внушаемыми (например, восприятие мира через розовые очки).

3. Техники многоречивые и малоэффективные (например, психоаналитические методы вообще и свободные ассоциации в частности, побуждающие клиента давать пространственные описания активирующего опыта, или «А»).

4. Методы, в короткие сроки помогающие клиенту почувствовать себя лучше, но не гарантирующие стабильного улучшения (например, отдельные эмпирические техники, в которых происходит полное выражение чувств в драматической, катартической и абреактивной манере, — это часть методов и основных техник гештальт-терапии, опасные тем, что они могут подтолкнуть людей к применению на практике философии, лежащей в основе таких эмоций, как гнев).

5. Техники, которые отвлекают клиентов от работы над своим дисфункциональным мировоззрением (например, релаксация, йога и другие методы когнитивного отвлечения). Они могут, однако, применяться вместе с когнитивным оспариванием для того, чтобы дать дорогу сдвигам в философии.

6. Методы, которые могут случайно подкрепить философию низкой толерантности к фрустрации (например, постепенная десенсибилизация).

7. Техники, в которых присутствует антинаучная философия (например, лечение внушением и мистицизм).

8. Техники, которые пытаются изменить активирующее событие (*Л*) прежде, чем продемонстрировать клиенту, как можно изменить свои иррациональные взгляды (*В*) (например, отдельные техники семейной терапии).

9. Техники, не имеющие достаточной эмпирической поддержки (например, пейролингвистическое программирование, недирективная терапия, ребефинг).



## ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПРОЦЕДУРА

Психотерапия проводится в несколько последовательно сменяющих друг друга стадий. На каждой стадии решаются определенные специфические задачи, обеспечивающие успешность и эффективность психотерапевтического процесса. Начинается психотерапевтическое воздействие с оценки проблем клиента.

### Оценка проблем клиента

Оценка вида и степени эмоционального нарушения клиента является важной процедурой, в ходе которой решается несколько задач. Она позволяет определить (Эллис Л., Драйден У., 2002):

1) насколько серьезно нарушение у клиента. На этой основе терапевт сможет оценить вероятность излечения клиента с помощью терапий вообще и рационально-эмоциональной терапии в частности, а также решить, какие техники использовать наиболее подходящим образом с каждым конкретным клиентом в условиях, в которых пациент живет;

2) насколько сложным будет клиент, как он воспримет основные терапевтические процедуры и сколь длительной должна быть терапия;

3) какой тип терапевтической включенности (то есть более или менее активный или более или менее пассивный и поддерживающий тип) скорее всего поможет конкретному клиенту;

4) дефицит каких навыков имеется у клиента и какие виды тренинга ему необходимо пройти, чтобы этот дефицит покрыть. На основе такой оценки можно будет рекомендовать клиенту те или иные виды тренинга, например, тренинг ассертивности, социальных навыков, коммуникационный или профессиональный тренинг.

В рационально-эмоциональной терапии оцениваются не только иррациональные идеи клиента, но также его нездоровые чувства и саморазрушительное поведение. Обычный процесс оценки поэтому включает в себя следующее.

1. Клиентам помогают осознать и описать свои нездоровые негативные чувства (то есть тревогу, депрессию, гнев, ненависть к себе) и четко увидеть их отличие от здоровых негативных чувств (то есть разочарования, грусти, фрустрации, неудовольствия).

2. Пациентов подводят к осознанию своих саморазрушительных поступков и просят описать их (то есть компульсии, зависимости, фобии и бездеятельность), при этом стараются не акцентировать своеобразное, но безвредное поведение (например, необычную увлеченность общением, сексом, учебой или работой).

3. Их просят указать конкретные активирующие события в их жизни, которые обычно возникают непосредственно перед патологическими чувствами и поведением.

4. Оцениваются и обсуждаются их рациональные взгляды, которые сопутствуют активирующим событиям и ведут к непатологическим следствиям.

5. Оцениваются и обсуждаются их иррациональные взгляды, которые сопутствуют активирующим событиям и ведут к патологическим следствиям.

6. Особенно тщательно определяются их иррациональные взгляды, содержащие абсолютистские «должен» и грандиозные требования к себе, к другим людям и ко всему миру.

7. Вскрываются также их иррациональные идеи второго порядка, которые являются производными от их абсолютистских «должен» и «обязан» («драматизация», «Я-этого-не-перенесу», «осуждение» себя и других и нереалистическое свехобобщение).

8. Особо исследуются и обсуждаются их иррациональные идеи, которые ведут к беспокойству по поводу расстройства (тревога по поводу тревоги и депрессия из-за депрессии).

После проведения специализированных диагностических и оценочных процедур составляются конкретные терапевтические планы, обычно в сотрудничестве с клиентом, чтобы в первую очередь отработать наиболее важные и саморазрушительные эмоциональные и поведенческие симптомы, которые он представил, а потом симптомы, связанные с ними, но, возможно, менее важные.

## Прояснение активирующего события

Фактически на этом этапе происходит личностная оценка события (Карвасарский Б. Д., 1998).

При первом описании психотравмирующей ситуации пациент сначала смешивает несколько элементов в своем описании:

- 1) событие, которое реально произошло;

- 2) субъективное восприятие этого события;
- 3) оценку этого события.

Например, когда клиент говорит: «Начальник ужасно оскорбил меня», он не различает эти три элемента:

- 1) реальное событие, то есть произошедший разговор клиента с начальником;
- 2) восприятие им этого события как оскорбления;
- 3) крайнюю оценку своего восприятия: «Ужасно».

Что на самом деле произошло при взаимодействии клиента с начальником, каковы были тон и манера разговора начальника, действительно ли в его речи содержалось оскорбление — все это остается непроясненным при такой форме описания ситуации. Поэтому рационально-эмоциональная терапия различает объективную реальность и субъективное восприятие события. Объективная реальность — это реальность сама по себе, факты как таковые.

Прояснение позволяет пациенту дифференцировать события на те, что могут, и те, что не могут быть изменены. При этом цель психотерапии — не поощрение больного к уходу от проблемной ситуации без ее изменения (например, переход на новую работу при наличии конфликта с начальником), а сначала осознание системы убеждений (рациональных и иррациональных), коррекция иррациональных и только после этого принятие решения (увольнение с работы). Иначе пациент сохраняет потенциальную уязвимость в подобных случаях, и в сходной ситуации под воздействием сохранившихся иррациональных установок снова попадет в похожий межличностный конфликт.

## Работа над эмоциями

Причины, по которым пациенты вынуждены обращаться к психотерапевту, — это последствия, отмечает А. П. Федоров, то есть симптомы, трудноуправляемые поведенческие реакции, эмоциональные нарушения, прежде всего такие, как тревога, страх, гнев и депрессия. Однако, если описание симптомов и неадекватных поведенческих актов в большинстве своем не вызывает затруднений, описание эмоциональных реакций нередко создает сложности.

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.

Затруднения в описании эмоций возникают, по мнению А. П. Федорова, из-за распространенной в нашей культуре склонности смешивать мысли и чувства. Часто на вопрос: «Что вы сейчас чувствуете?» пациент отвечает: «Я чувствую себя униженным», а на вопрос: «Что вы сейчас думаете?» — «Я думаю, что разозлен». Поэтому первая задача, которая стоит перед таким клиентом на этом этапе, — научиться хорошо различать две разные сферы функционирования человека: мышление и чувства. Трудность в их различении связана с неоднозначностью са-

мого слова «чувствовать», поэтому и психотерапевт, и клиент должны обострить у себя осознание используемого значения слова «чувствовать». Оно, по мнению автора, может употребляться в следующих случаях:

- 1) при описании эмоционального состояния («Я чувствую нарастающее раздражение»);
- 2) при описании физических ощущений в теле («Я чувствую боль в спине»);
- 3) при выражении своей оценки событий («Я чувствую, что это отвратительный поступок»);
- 4) при высказывании предположений, гипотез («Я чувствую, что жена скоро уйдет от меня»);
- 5) при выражении своего мнения («Я чувствую, что в этой ситуации необходимо руководствоваться принципом равного распределения обязанностей»).

Выслушивая пациента, психотерапевт должен осознать значение использованного им слова «чувствовать» и не позволять смешивать мысли и чувства. Пациент в процессе такого уточнения значений обучается самостоятельно находить различие между мыслями и эмоциями.

РЭТ утверждает, что эмоции не могут стать мишенью психотерапии. Они являются субъективным опытом, уникальным для каждого из нас. Нельзя оспаривать этот субъективный опыт. Мысли же, или суждения, или когниции могут быть подвергнуты обсуждению и коррекции. Чем лучше пациент различает мысли и чувства, тем продуктивнее вся последующая психотерапия.

Для овладения навыком четкого различения мыслей и чувств А. П. Федоров предлагает выполнить следующее упражнение.

В течение нескольких минут записывайте в дневник предложения, начинающиеся со слов: «*Сейчас я чувствую ... , а сейчас я чувствую ...*» и т. д. После овладения навыком фиксировать свои эмоции добавляйте фразу: «Когда произошло то-то и то-то, я чувствовал то-то и то-то». Например: «*Когда во время ведения дневника зазвонил телефон, я почувствовал интерес*».

Определенные категории клиентов не проявляют своих чувств из-за иррациональной установки следующего типа: «Проявлять свои чувства означает быть слабым». Блокирование эмоций для них — способ избежать чувства не состоятельности. Эта группа пациентов на вопрос о том, какие чувства они испытывают, или начисто отрицают какие-либо эмоции, или описывают вместо чувств свои мысли. Разблокирование эмоций у этой категории лиц, по мнению А. П. Федорова, может быть достигнуто объяснением того, что эмоции являются первичной реакцией целостной личности, обязательным сопровождением любого действия, и характер этих эмоций определяется не активирующим событием самим по себе, а внутренним саморазговором, который ведет человек по поводу события.

Прояснение последствий, признание существования негативных эмоций, правильная их оценка ставят клиента перед выбором: хочет он избавиться от них или сохранить.

## Идентификация установок

Особый акцент делается на выработке у клиента умения дифференцировать рациональные и иррациональные

убеждения. РЭТ предлагает четыре основных критерия для такого рода различения: истинность суждения, степень обязательности реализации суждения, уровень испытываемых эмоций, свобода выбора в использовании других способов достижения прежней цели или в отыскании новой цели.

В качестве примера А. П. Федоров предлагает рассмотреть через призму этих четырех критериев суждение: «Было бы неудачно, если бы наш проект провалили».

1. Рациональное суждение реалистично отражает действительность как в качественном, так и в количественном отношении, поэтому оно истинно. Его истинность легко доказать. Мы можем сказать, что сам факт отвержения проекта представляется неудачей (при нормальном отношении к событиям).

2. Рациональное суждение выражает нежелание определенного развития событий, оно не содержит предписания лишь одной определенной линии разворачивания явления («Только так, а не иначе»). Следовательно, оно содержит возможность принятия и других вариантов развития событий, а также различные градации установки нежелания — надежду, предпочтение, желательность, которые противоположны установке требования. Рассматриваемое суждение фактически содержит пожелание следующей динамики события: «Я бы предпочел утверждение нашего проекта».

3. Рациональное суждение приводит к умеренным эмоциям. Такой уровень эмоций активизирует индивида к продуктивному поведению; не парализуя его действия. В нашем примере, когда человек высказывает подобное суж-



дение, он испытывает легкое огорчение, связанное с ожиданием неудачи. Данная эмоция легко переносима, готовит его к принятию различных вариантов событий.

4. Рациональное суждение сохраняет для индивида свободу выбора в достижении целей. Установка пожелания содержит возможность множественных выборов, поэтому недостижение данной цели не является катастрофой. Индивид при рациональной установке легко находит другие цели или способы достижения прежней цели. Такая установка не обрекает человека на длительные конфликты с окружением или с самим собой.

Рассматривая приводимый пример по этому критерию, можно прогнозировать, что высказывающий подобное суждение не застрянет на неудаче, а будет выискивать новые варианты поведения для достижения цели.

Иррациональные суждения характеризуются противоположными признаками.

1. Иррациональное суждение не отражает реальность. Оно искажает ее. Оно может быть чрезмерным преувеличением какой-то одной качественной характеристики события или его интенсивности. Оно содержит крайнюю степень оценки ситуации, которая сопровождается соответствующими словами «ужасный», «потрясающий», «жуткий» и т. д. Поскольку оно неправильно представляет действительность, оно недоказуемо. Если вышеприведенный пример трансформировать в иррациональное суждение, он выглядел бы так: «Ужасно, если бы наш проект провалили».

2. Иррациональные суждения выражают императив, абсолютное требование, приказ, который не предполагает

ет исключений. В нем не содержится и намека на возможность выбора, предпочтения определенного хода развития событий. Требования могут быть обращены к миру: мир должен быть предсказуем, мир должен быть гуманным ко мне и т. д.

3. Иррациональные суждения приводят к длительным эмоциям. Результатом длительной неразрешающейся эмоции становится состояние или апатии, или сохраняющегося хронического напряжения. И то и другое резко снижает возможности клиента продуктивно решать проблемы.

4. Иррациональные убеждения ограничивают свободу выбора индивида. Наличие таких убеждений фиксирует человека только на одной цели, мешает увидеть широкий контекст, в котором существует проблема.

### **Знаки иррациональных суждений**

Эллис считал, что знаки иррациональных суждений можно выявить, внимательно слушая вербальные высказывания клиента. Установка долженствования выражается пациентом в таких словах, как «надо», «следует», «должен», «необходимо», «вынужден», «придется» и т. п. Однако, замечает А. П. Федоров, не всегда употребление этих слов выражает долженствование. Так, высказывание: «Сегодня должна состояться встреча двух спортивных команд» означает, что говорящий обладает определенной информацией, которой делится со своим собеседником. В примере: «Ты должен научиться английскому языку, чтобы продвинуться в твоей профессии» выражается констатация условия, которое будет способствовать реализации

цели партнера. В предложении: «Вы должны прочитать эту книгу» содержится совет, рекомендация, и для говорящего оно означает: «Это очень интересная книга, было бы неплохо, если бы вы прочли ее». Поэтому, услышав специфические слова, психотерапевт должен понять смысл высказывания, определить, содержит ли оно абсолютистские требования или нет и в зависимости от результатов такого анализа продолжить выявление иррациональных убеждений клиента.

О наличии катастрофических установок свидетельствует использование таких прилагательных, как «ужасный», «потрясающий», «жуткий», «невозможный», а также соответствующих существительных или наречий.

Установка обязательной реализации своих желаний связана с употреблением таких слов, как «надо», «обязательно», «необходимо», «нужно». Прояснение значений, стоящих за этими словами, показывает, что происходит отождествление своих желаний с потребностями.

### **Классификация иррациональных суждений**

Широко известна первая типология А. Эллиса общих иррациональных идей, которые лежат в основе большинства эмоциональных нарушений. Эта классификация содержит 12 иррациональных суждений.

1. Для взрослого человека совершенно необходимо, чтобы каждый его шаг был привлекателен для окружающих.
2. Есть поступки порочные, скверные, и повинных в них людей следует строго наказывать.
3. Это катастрофа, когда все идет не так, как хотелось бы.

4. Все беды навязаны нам извне людьми или обстоятельствами.

5. Если что-то пугает или вызывает опасения — постоянно будь начеку.

6. Легче избегать ответственности и трудностей, чем их преодолевать.

7. Каждый нуждается в чем-то более сильном и значительном, чем то, что он ощущает в себе.

8. Нужно быть во всех отношениях компетентным, адекватным, разумным и успешным (нужно все знать, все уметь, все понимать и во всем добиваться успеха).

9. То, что сильно повлияло на вашу жизнь один раз, будет всегда влиять на нее.

10. На наше благополучие влияют поступки других людей, поэтому надо сделать все, чтобы эти люди изменялись в желаемом для нас направлении.

11. Плыть по течению и ничего не предпринимать — вот путь к счастью.

12. Мы не властны над своими эмоциями и не можем не испытывать их.

## Диспут

Чтобы начинать следующий этап, получивший название диспута, пациент должен четко осознавать связь между оценочными когнициями и последствиями воздействия события. Это создает у него дополнительную мотивацию к продолжению терапии помимо наличия симптомов и хронических негативных эмоций. Само собой разумеется, что

такая связь должна быть понятна и терапевту, что между клиентом и терапевтом должно быть достигнуто взаимное согласие относительно значения этой связи в возникновении проблем клиента.

Диспут применяется с целью оспаривания истинности иррациональных установок, рассмотрения их с разных позиций, демонстрации неизбежности возникновения негативных последствий при сохранении таких установок. Диспут — это спор, во время которого происходит окончательное разделение рациональных и иррациональных установок, и основная атака направляется на иррациональные установки. Например, клиентке, говорящей, что она обязательно должна выйти замуж, терапевт может задать вопрос: «А почему вы обязательно должны это сделать?» Ответ, который звучит так: «Потому что я этого хочу, кроме того, это может решить некоторые материальные проблемы», является рациональным суждением, отражающим реальности жизни этой пациентки, но когда на дальнейшие расспросы терапевта клиентка отвечает: «Если я не выйду замуж, это будет катастрофа!», то понятно, что данное суждение относится к разряду иррациональных. И эта, и другие иррациональные установки, связанные с данной темой, должны стать основной мишенью проработки на этапе диспута.

Диспут — это дискуссия, в которой клиент вначале выступает как сторонник сохранения незыблемости иррациональных установок, но под воздействием разнообразных доводов терапевта постепенно отказывается от них, заменяя их на рациональные. Диспут — это этап, в процессе которого пациентом приобретает новая, более рацио-

нальная философия жизни. Оптимальная задача диспута — подвести индивида к элегантному решению. В приведенном выше примере такое решение отражала бы следующая установка: «Было бы хорошо устроить свою личную жизнь, но если мне удастся, я смогу принять данную ситуацию. Это будет плохо, но это не будет катастрофой».

### **Когнитивный диспут**

**Когнитивный диспут** — это опровержение, которое происходит на рациональном уровне. Главные приемы такой формы диспута — приемы разговорной терапии: сократический диалог, дидактические методики, использование позитивного опыта других людей и т. д.

Основной базовый инструмент когнитивного диспута — задавание вопросов. Выделяется несколько различных терапевтических тактик, предопределяющих характер вопросов.

*Одна группа вопросов* направлена на выявление алогичности, нереалистичности установок. Эти качества иррациональных установок проясняются, если клиенту предложить сначала обосновать их смысл, представить доказательства их права на существование. В этом случае чаще всего задаются следующие вопросы:

1. Что означает для вас данное убеждение?
2. Где доказательства правомерности данного суждения?
3. Как вы сможете обосновать данное убеждение?
4. Какие факты подтверждают данное убеждение?
5. Как вы убедите других в истинности данной установки?

6. Почему вы придерживаетесь данного убеждения?

7. Какие факты, напротив, опровергают данное убеждение?

8. Какие еще факты вы можете привести?

*Вторая группа вопросов* побуждает клиента оценить правомерность своих опасений, направленных в будущее, осознать их истинный смысл, понять реальный масштаб таких переживаний. С этой целью предлагаются вопросы, позволяющие рассмотреть самые худшие варианты развития событий. Вопросы этой группы необходимы при выявлении установок катастрофизации. Примеры таких вопросов:

1. Предположим, что произойдет самое худшее; что это будет?

2. Что случится, если ...?

3. Что если события так и будут развиваться?

4. Что самое ужасное в этом худшем? А что еще?

5. Объясните, почему это так ужасно?

6. Почему это так подействовало на вас?

7. Оцените вероятность возникновения этого самого худшего варианта.

8. Можно ли испытать другие чувства, если это событие произойдет?

9. Можно ли быть даже счастливым, если это событие случится?

*Третья группа вопросов* сталкивает клиентов с гедонистическими установками, установками обязательной реализации своих желаний, проясняет их место в его системе ценностей. Это вопросы типа:

1. Зачем вам нужно обязательно обладать ...?

2. Что вы получите, если достигнете ...?
3. Как вы чувствуете себя, если не имеете ...?
4. Что для вас значит иметь ...?

Использование вопросов, отмечает А. П. Федоров, предполагает выполнение ряда правил.

Во-первых, необходимо давать клиенту время на обдумывание вопросов. Часть их является достаточно трудными; клиенту необходимо время для их усвоения и формулирования ответа. В противном случае существует опасность «обстрела» клиента массой вопросов, которые он не успевает обдумать и поэтому дает на них формальные ответы. У терапевта, в свою очередь, может возникнуть желание опережать ответы клиента и начать формулировать их за него. Поэтому работу с использованием вопросов нужно проводить в темпе пациента. Терапевт должен уметь отличать продуктивное молчание, наполненное внутренней работой, от непродуктивного. Только в случае непродуктивного молчания паузы следует прерывать.

Во-вторых, ряд вопросов ставит клиента в тупик и может вызвать достаточно сильные ситуационные эмоции, не связанные с обсуждаемой темой. Возникнув, такие эмоции становятся фокусом внимания клиента и мешают осознанию вопросов. Поэтому, задавая вопросы, терапевт должен отдавать себе отчет о динамике состояния пациента, отмечать возникновение у него дистресса, мешающего работе. Это предполагает, что терапевт должен быть столь же внимателен к невербальному поведению клиента, как и к анализу вербальных высказываний. Если состояние дистресса затягивается, полезно прояснить, какой внутренний са-



моразговор ведет клиент в данное время, какие убеждения стоят за таким состоянием. Нередко ими выявляются иррациональные установки оценочного и катастрофического характера типа: «Я не могу вразумительно ответить и выгляжу совершенным глупцом. Это ужасно».

Еще один часто используемый прием диспута — *юмор*. Эллис рассматривал юмор как способ, помогающий дистанцироваться от проблемы и поэтому облегчающий распознавание иррациональных когний, и сам часто прибегал к преувеличению, гротеску при описании ситуаций, эмоций, установок клиента. Например, клиенту, который при устройстве на работу получил отказ и считает это событие ужасным, можно было бы сказать: «Да, действительно, ужасно получить отказ при устройстве на работу. Он ставит окончательный крест на возможности трудоустройства. Наверное, лучше теперь только страдать и не думать ни о чем другом». Важно только не перейти грань, сохраняющую у клиента ощущение принятия и поддержки.

В качестве примера можно привести проведение дискуссий Альбертом Эллисом.

***Пример 1. Использование эмпирического аргумента.***

Здесь Эллис, прибегая в основном к эмпирическому аргументу, оспаривает иррациональное убеждение одной клиентки в том, что она просто обязана быть успешной в своей карьере.

*Эллис.* Почему вы **должны** сделать отличную карьеру?

*Клиентка.* Потому что я очень сильно хочу этого.

*Эллис.* Где доказательства того, что вы должны исполнить свое желание?

*Клиентка.* Мне будет лучше, если я его исполню.

*Эллис.* Да, возможно, это так. Но как то, что вы будете чувствовать себя лучше, доказывает, что вы должны быть успешной?

(До сих пор Эллис задавал вопросы сократического типа. Заметьте, как он использует ответы клиентки, которые представляют собой доказательство в поддержку ее рациональной идеи — то есть «Я хочу сделать отличную карьеру, но не обязана это делать», и спрашивает, есть ли такие доказательства в пользу ее иррациональной идеи.)

*Клиентка.* Но это то, что я хочу больше всего на свете.

*Эллис.* Не сомневаюсь. Но если мы возьмем сто человек типа вас, и все из них хотят сделать карьеру, жаждут этого больше всего на свете и будут чувствовать себя лучше, если добьются своего, — все ли они должны быть успешны?

(Здесь Эллис, вероятно, осознает, что он должен прибегнуть с этой клиенткой к аргументам другого типа. Поэтому он спрашивает, является ли эмпирически верным, если все сто человек, имеющие сильное желание, — то же, что и у клиентки, — изменят его на обязательство.)

*Клиентка.* Если они хотят иметь какую-то радость в жизни, то должны.

(Клиентка все еще не понимает намека, который Эллис делает ей своими сократическими вопросами.)

*Эллис.* В самом деле? У них вообще не будет радости в жизни, если они не сделают головокружительную карьеру?

(Опираясь на последний ответ клиентки, Эллис снова меняет фокус своей аргументации. Если все сто человек

должны сделать карьеру, ни один из них не увидит никакой радости в жизни, если они не добьются своего. Эллис спрашивает, верно ли это эмпирически.)

*Клиентка.* Ну пет. Думаю, какая-то радость у них будет.

(Первый раз клиентка показывает, что она может рационально рассуждать на данную тему. Заметьте, как Эллис извлекает из этого пользу.)

*Эллис.* А мог бы кто-нибудь из них иметь много радостей в жизни?

*Клиентка.* Хм. Наверное.

*Эллис.* Наверное?

*Клиентка.* Ну, скорее всего, да.

*Эллис.* Верно. Так что несмотря на то, как сильно люди хотят достичь успеха и насколько хорошо они ни чувствовали бы себя, добившись своего, они не обязаны быть успешными. Правильно?

(Здесь Эллис подытоживает рациональный взгляд и спрашивает о согласии.)

*Клиентка.* Ну да.

*Эллис.* Социальная реальность такова, не правда ли?

*Клиентка.* Кажется да.

*Эллис.* Вернемся к вам. Означает ли ваше огромное желание удачной карьеры то, что вы непременно должны ее сделать — что жизнь должна исполнить это желание?

(Придя к рациональной идее отвлеченно, Эллис затем стремится приложить ее к конкретным личным обстоятельствам клиента.)

*Клиентка.* Понимаю, что вы имеете в виду. Социальная реальность такая, какая она есть, независимо от того, насколько неприятной она кажется мне.

(Клиентка демонстрирует признаки действительного понимания точки зрения Эллиса.)

*Эллис.* Точно. Запомните эту новую эффективную философию, к которой вы только что пришли, и продолжайте думать таким образом, пока вы твердо не поверите в это!

***Пример 2. Использование логического аргумента.***

Тут Эллис оспаривает иррациональную убежденность клиента в том, что если он относится к своему другу очень хорошо и справедливо, то друг просто обязан относиться к нему так же. Эллис использует в основном логические аргументы.

*Эллис.* Предположим, вы точно описываете ситуацию со своим другом — он обходится с вами гнусно и подло после того, как вы все время поступали хорошо по отношению к нему. Почему из того, что вы ведете себя хорошо по отношению к нему, следует, что он должен отвечать вам добром?

*Клиент.* Потому что было бы непорядочно с его стороны, если бы он поступал по-другому!

*Эллис.* Да, мы согласимся с этим. Он и правда непорядочный, а вы порядочный. Можете ли вы так перескакивать: «Раз я порядочен по отношению к нему, он должен быть порядочен по отношению ко мне»?

*Клиент.* Но он неправ, если поступает непорядочно, когда я — порядочно.

(В этот момент Эллис и его клиент преследуют противоположные цели. Эллис продолжает спрашивать клиента, почему его друг должен быть порядочным по отно-

шению к нему, а клиент продолжает отвечать, что его друг не прав и не порядочен, о чем Эллис не спрашивает.)

*Эллис.* Согласен. Но из того, что вы порядочны и предположительно честны, и из того, что он пользуется вашей порядочностью, следует ли все-таки, что он должен быть честным и вести себя с вами порядочно?

*Клиент.* Логически следует.

*Эллис.* Правда? Для меня это выглядит как полный абсурд.

*Клиент.* Как это?

(Для Эллиса типично изменять акцент. Он утверждает, что убеждение клиента нелогично, и ждет, пока тот спросит почему, прежде чем распространяться на эту тему, он хочет заставить клиента поинтересоваться: «Почему вы так говорите?»)

*Эллис.* Хорошо, логично и последовательно то, что было бы предпочтительнее, если бы он поступал с вами порядочно, когда вы делаете ему добро. Но не делаете ли вы нелогичный — или «магический» — скачок: «Поскольку было бы предпочтительнее, если бы он вел себя со мной порядочно, то он абсолютно обязан так поступать»? Какой вселенский «логический» закон приводит к вашему: «Он абсолютно обязан так поступать»?

*Клиент.* Наверное, никакой.

*Эллис.* В логике мы получаем необходимые заключения, например: «Если все мужчины люди и Джон является мужчиной, то он должен быть человеком». Ваша «логика» говорит: «Люди, с которыми поступают порядочно, часто поступают порядочно по отношению к другим; я поступаю порядочно по отношению к другим; я поступаю порядоч-

но по отношению к моему другу, поэтому абсолютно необходимо, чтобы он вел себя так же по отношению ко мне». Это логичное умозаключение?

(Вот еще одна типичная стратегия Эллиса. Он начинает с замечаний в поучительной манере. Как и в данном случае, это замечание иллюстрирует рациональную идею (здесь — логичную идею). Затем он противопоставляет ей иррациональную идею клиента (здесь — нелогичную идею), но не говорит клиенту, что его идея нелогична, а побуждает его самого подумать, спрашивая: «Это логичное умозаключение?» Данный отрывок стоит изучить детально, потому что он очень типичен для проведения Эллисом эффективного дискутирования.)

*Клиент.* Думаю, нет.

*Эллис.* Более того, вы, кажется, утверждаете, что, так как ваш друг поступил с вами непорядочно, когда вы делали ему только добро, его действия делают его низким человеком. Логичное ли это рассуждение?

(Эллис извлекает принижение другого из «должен» и «обязан» своего клиента.)

*Клиент.* Почему нет?

(Как вы увидите, Эллис сразу же отвечает на вопрос клиента. Можно было бы гобудить клиента попытаться самому ответить на свой вопрос, прежде чем переходить на дидактическую ноту.)

*Эллис.* Оно нелогично, потому что вы излишне обобщаете. Вы перескакиваете с его низких поступков — или даже с одной из его черт — на оценку его сущности, его тотальности как «низкой». Почему подобное сверхобобщение следует из нескольких его поступков?

(Здесь Эллис констатирует логическую ошибку, которую допускает клиент, показывая ему, как эта ошибка представлена в его убеждении насчет друга, и наконец спрашивает его о логичности этого убеждения.)

*Клиент.* Теперь я вижу, что никак не следует.

*Эллис.* Так какой же вывод можно сделать вместо этого?

(Здесь Эллис побуждает клиента быть активным в своих рассуждениях.)

*Клиент.* Ну, я мог бы подумать, что он — это не его основные поступки. Он человек, который часто, но не всегда, ведет себя непорядочно.

### ***Пример 3. Использование прагматических аргументов.***

В следующем фрагменте клиентка настаивает на том, что, если она считает, что должна иметь успех, она большего добьется в школе и заслужит одобрение других. Эллис показывает ей, что ее иррациональное верование, по всей вероятности, приведет к плохим результатам.

*Клиентка.* Меня беспокоит то, что я буду плохо учиться, потому что, как вы сказали, я думаю, что должна хорошо учиться. Разве мой «долг» и моя тревога не будут мотивировать меня к тому, чтобы я училась лучше?

*Эллис.* Частично — да. Но не могут ли они в то же время повредить тебе?

(Здесь Эллис дает прямой ответ па прямой вопрос. Но затем он следует дальше, задавая клиентке вопрос, побуждающий ее самостоятельно подумать над этой темой, — еще одна типичная стратегия Эллиса.)

*Клиентка.* Каким образом?

*Эллис.* Если ты будешь постоянно беспокоиться из-за своего: «Я должна хорошо учиться! У меня должны быть отличные оценки!» не будет ли это поглощать тебя настолько, что отнимет то время и энергию, которые ты могла бы посвятить учебе?

(Снова одна из типичных эллисовских интервенций. Здесь Эллис под маской вопроса фактически делает утверждение. Форма вопроса побуждает клиентке к активному участию, кроме того, проясняется та рациональная идея, которую проводит Эллис.)

*Клиентка.* Может быть. Но я все же буду достаточно мотивирована.

*Эллис.* Главным образом к тому, чтобы мучиться. Ты будешь заставлять себя учиться. И пока ты заставляешь, ты будешь думать: «Л вдруг я провалюсь! Разве это не ужасно?» Ты будешь беспокоиться о том, какими будут твои тесты, как ты будешь справляться с ними и какие впоследствии ты получишь оценки и так далее. Как такое сильное беспокойство о будущем может помочь тебе сосредоточиться на учебе в настоящем?

(В этой интервенции содержится масса замечаний, сделанных в диалектическом ключе и вылившихся в конце в форму вопроса.)

*Клиентка.* Оно может не помочь.

*Эллис.* Скорее всего, оно будет мешать. Более того, если ты так или иначе добилась успехов по какому-то предмету, хотела бы ты быть ужасно тревожной и подавленной по дороге к ним?

*Клиентка.* Честно говоря, нет.



*Эллис.* А хотелось бы тебе быть настолько поглощенной беспокойством о школе, что у тебя не оставалось бы времени на дружбу, спорт, музыку и другие удовольствия?

(Успешно донеся до клиентки свою идею о том, что ее иррациональное верование принесет ей больше вреда, чем пользы, Эллис уделяет некоторое время подчеркиванию своей идеи.)

*Клиентка.* Не думаю. В прошлой четверти я прошла все тесты, но была не в состоянии заниматься чем-либо еще.

*Эллис.* Вот видишь! А как постоянное беспокойство и перфекционизм отражаются на твоём здоровье?

*Клиентка.* Врач считает, что это чрезмерно усиливает активность моего пищеварительного тракта.

*Эллис.* Меня это не удивляет. А когда постоянно переживаешь, как ты относишься к тому, что ты такая беспокойная?

*Клиентка.* Ужасно.

*Эллис.* Стоит ли того это чувство? Но, если бы ты не расстраивалась из-за своей тревоги и не ругала себя за нее, ты все равно постоянно испытывала бы разочарование и стресс, позволяя себе тревожиться.

*Клиентка.* Возможно, вы правы.

*Эллис.* Не верь мне на слово. Сама посмотри на результаты своих перфекционистских запросов и придумай, что бы ты могла говорить себе, чтобы их вытеснить.

(Эллис часто просит клиентов не верить ему на слово. Однако его дидактический стиль не вызывает у клиента желания самостоятельно думать только для того, чтобы что-то проверить. Более широкое применение сократиче-

ского оспаривания могло бы дать более действенный результат.)

*Клиентка.* Ну, я могла бы говорить себе: «Прекрасно, когда я хорошо учусь, но я не обязана учиться на „отлично“. Дсаже если моя тревога и помогает иногда получить хорошие оценки, она также имеет массу невыгодных сторон и не стоит того».

*Эллис.* Хорошо! Такой образ мыслей гораздо лучше!

### Образный диспут

Образная дискуссия предполагает использование воображения. Эта форма диспута может служить последующим после когнитивного диспута этапом. Тогда клиенту предлагается представить себя находящимся в психотравмирующей ситуации и осознать, изменились ли его эмоциональные реакции, адекватны они или нет. Если его эмоции адекватны — осознать, что он говорит себе, если же возобновляются прежние неадекватные эмоциональные реакции, пациента побуждают сформулировать появившиеся иррациональные установки. Целесообразно вновь провести когнитивный диспут, особенно в случаях выявления новых иррациональных убеждений.

Негативное воображение — это техника, когда клиент погружается в воображении в проблемную ситуацию, предпочтительно в один из худших ее вариантов, и пытается вызвать у себя прежние негативные переживания. В случае появления таких эмоций его просят осознать свой внутренний саморазговор. Потом ему предлагают снизить уровень испытываемых отрицательных эмоций, дойдя до минимально возможного. При достижении это-

го состояния он может открыть глаза и должен сформулировать новый саморазговор, новые рациональные убеждения, с помощью которых ему удалось уменьшить интенсивность эмоций. В дальнейшем клиент должен неоднократно повторять данное упражнение, все более кратко и отчетливо формулируя новые рациональные убеждения (Федоров А. П., 2002).

При технике позитивного воображения клиенты также погружаются в психотравмирующую ситуацию, но сразу представляют себя в позитивном состоянии. Например, пациент со страхом покраснения, в основе которого лежало убеждение, что он всегда будет выглядеть ужасно в глазах других людей, представлял себя уверенным, умеренно агрессивным. Когда он в достаточной мере прочувствовал это и сообщил терапевту, ему был дан совет: «Произнесите вслух, что вы говорили себе в тот момент». И пациент сформулировал ряд новых рациональных установок, способных стать основой формирования новых навыков адаптации. «Я нравлюсь сам себе. Другие могут думать обо мне, что хотят. Они могут и отрицательно оценивать меня. Это неприятно. Но я справлюсь с этим. Моя собственная оценка для меня важнее, чем оценка других».

Ряд психотерапевтов рекомендует проводить образное дискутирование после погружения клиента в состояние релаксации или гипнотического транса. В случае самостоятельного использования техник воображения клиент должен предварительно обучиться приемам релаксации или самогипноза.

### **Поведенческий диспут**

Это третья основная форма реконструкции установок пациента. Реализуя ее, пациент опровергает свои иррациональные установки, изменяя поведение на противоположное. Клиентов поощряют многократно совершать действия, полярные их страхам. Например, испытывающим страх отвержения предлагают постоянно общаться и назначать свидания. Людей со страхом выступления побуждают выступать по нескольку раз в день, используя любую представившуюся ситуацию (в очереди, в общественном транспорте, на трамвайной остановке, в лифте, в фойе театра и т. д.). Клиентам с перфекционистскими установками дается задание намеренно плохо выступать (делать паузы, заикаться, говорить тихо). Пациентов с повышенной или патологической застенчивостью, не справляющихся с чувством стыда, смущения, унижения или вины, Эллис побуждал совершать такие действия, которые, с их точки зрения, являются постыдными, смущающими, например, громко требовать остановки лифта или автобуса; при посещении аптеки громко просить показать предметы, имеющие отношение к сексу; при нахождении в книжном магазине — книги «пикантного» содержания и т. д. Цель таких упражнений — продемонстрировать клиенту, что можно испытывать умеренные эмоции, находясь в проблемной ситуации, что негативная оценка собственного поведения зависит от иррациональных когний. Пациентам с чувством стыда Эллис рекомендовал проводить дозированное самораскрытие, рассказывая о тех сторонах, качествах собственной личности, которые их больше всего смущают и которые, как им кажется, воспринимаются другими людьми как позорные.

В рамках поведенческого дискутирования может использоваться и методика «наводнения». В этом случае пациенту со страхами необходимо так долго находиться в проблемной ситуации, пока фобии не начнут убывать и пациент почувствует себя вполне удовлетворительно. Параллельно пациенту предлагается проводить и когнитивное дискутирование, то есть осознавать главные иррациональные убеждения и заменять их на рациональные (Федоров А. П., 2002).

Поведенческое дискутирование также может использовать тренинг навыков, например навыков общения, или ассертивный тренинг, тренинг уверенного поведения как средство параллельного преобразования открытого поведения и установок клиента. В рационально-эмоциональной терапии изменению поведения придается определяющее значение. Психотерапевт только тогда может быть уверен в изменении установок клиента, в усвоении им новой жизненной философии, когда такие изменения демонстрируются и на уровне поведения.

Внутри дискуссии можно обнаружить определенную последовательность действий, использования отдельных методов и приемов, что позволило некоторым авторам построить стандартную схему дискуссии, выделив в ней отдельные блоки (см.: Федоров А. П., 2002).

1. *Формирование мотивации на изменение.* Достигается обращением внимания пациента на следующий факт: пока сохраняются иррациональные установки, будет сохраняться и состояние эмоционального дистресса.

2. *Поиск различных вариантов рациональных установок.* Выработка различных установок, заменяющих ир-

рациональные. Примерка их с представлением. Как изменился бы характер испытываемых эмоций? В случае положительного результата примерки, то есть при появлении позитивных эмоций, использование его для усиления мотивации к изменению.

3. *Формирование мотивации к отказу от иррациональных установок.*

4. *Опровержение иррациональных установок с помощью приема доказательств истинности их или других приемов дискуссии.*

5. *Оценка эмоционального состояния клиента в случае невозможности доказательств.* Использование позитивного изменения аффекта для усиления мотивации к отказу от иррациональных установок.

6. *Обращение внимания на связь между отказом от иррациональных установок и позитивным изменением аффекта.* Опровержение других возможных объяснений улучшения эмоционального состояния.

7. *Проверка реальности изменения иррациональных суждений* (действительно ли произошло изменение иррациональных установок).

## Закрепление изменений

Опровержение иррациональных убеждений, замена их на рациональные, проведенные в кабинете врача, вовсе не гарантируют, что в реальной жизни пациент будет руководствоваться новой философией. Пока новые убеждения не станут привычкой, не будут воплощены в каждо-

дневных поступках, терапевт не может быть уверен, что лечение успешно. Вот почему домашние задания являются неотъемлемой частью терапии и помогают решать следующие задачи:

- упрочение сформированных на этапе диспута рациональных убеждений;
- обнаружение новых полезных, рациональных убеждений;
- освобождение от иррациональных убеждений;
- формирование адаптивного поведения, соответствующего новым установкам.

Наиболее частые формы домашнего задания:

- 1) прослушивание аудиозаписей прежних занятий;
- 2) выполнение упражнений с использованием воображения;
- 3) наблюдение за мыслями в реальных ситуациях с их письменной фиксацией;
- 4) поведенческий тренинг.

При выборе форм занятий необходимо руководствоваться правилом: реализация новых убеждений должна обязательно включать поведенческий уровень. Поэтому задания, закрепляющие новые формы адаптивного поведения, должны превалировать над другими видами заданий (Федоров А. П., 2002).

Рационально-эмоциональная терапия не отказывается и от таких форм, как самостоятельное чтение специальной литературы, дискуссии, беседы, лекции, ведение записей и дневников и т. д. Эффективность самостоятельных занятий определяется рядом условий (см. Федоров А. П., 2002):

1) *целенаправленностью заданий*. Форма и содержание заданий должны определяться темой, прорабатываемой на сеансе;

2) *конкретностью инструкций*. Каждое задание сопровождается четкими инструкциями. Например, пациенту с социофобией предписывается не вообще вступать в контакт, а ежедневно завязывать не менее пяти контактов с людьми в различных ситуациях;

3) *последовательностью и планомерностью выполнения*. Задания должны дополнять друг друга, полезно практиковать многократные вариации выполнения одного задания;

4) *получением обратной связи*. От пациента должна получаться довольно подробная обратная связь (количество выполненных заданий, трудности, возникшие при выполнении задания, и т. д.). С учетом обратной связи должна проводиться коррекция планов следующих самостоятельных заданий;

5) *быстрым продвижением*. Представители рационально-эмоциональной терапии предпочитают продвигать клиента к цели, когда это возможно, большими шагами. Поэтому задания чаще даются, опираясь на принципы импловивной терапии, а не десенситизации. Такие задания содержат всегда обговариваемое число выполнения упражнений;

6) *соразмерностью трудности домашних заданий возможностям клиента*. Задания должны даваться с учетом возможностей и мотивации клиента. Поэтому после обсуждения их целесообразно спросить клиента об их реалистичности, задав вопрос: «Как вы думаете, сможете ли вы



их выполнить?», и, если дастся негативный ответ, внести соответствующие изменения.

Обсуждение самостоятельных заданий становится неотъемлемой частью сеанса уже на этапе диспута. Каждый последующий сеанс начинается с получения информации о результатах выполнения домашних заданий. Пациент должен чувствовать, что терапевт придает им такое же большое значение, как и работе, осуществляемой на самом сеансе. В противном случае недооценка, демонстрируемая терапевтом на невербальном уровне (поспешность обсуждения, невнимание к отчетам клиента и т. д.), будет усвоена клиентом и эффективность выполнения домашних заданий резко снизится.

## **ФОРМЫ ПРИМЕНЕНИЯ РАЦИОНАЛЬНО-ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ**

РЭТ проводится как в индивидуальной, так и в групповой формах, включая «рациональный энкаунтер» («группа „встреча“» в форме марафона), в виде краткосрочного лечения, а также в форме брачной и семейной терапии.

*Индивидуальная терапия.* Индивидуальная терапия проводится от 5 до 50 занятий один раз в неделю. Занятие обычно начинается с рассказа пациента о его расстроенных чувствах (*С*) на протяжении недели. Терапевт раскрывает, какие возбуждающие события (*Л*) имели место до того, как возникли эти чувства, и помогает пациенту идентифицировать те иррациональные убеждения (*В*), которые

появились у него в связи с возбуждающими событиями. Терапевт учит пациента опровергать свои иррациональные убеждения и дает ему домашнее задание, нацеленное на приобретение навыков их опровержения. На следующем занятии терапевт проверяет (иногда с помощью формы-отчета о самопомощи), как пациент на протяжении недели использовал подход рационально-эмоциональной терапии. Такая работа продолжается до тех пор, пока пациент не только начнет избавляться от симптомов, но и обретет более здоровое, терпимое отношение к жизни.

Рационально-эмоциональный терапевт пытается научить пациента:

1) как избавиться от тревоги, чувства вины и депрессии, полностью приняв себя как человеческое существо независимо от того, преуспел он в жизни или нет, принимают его другие люди или нет;

2) как уменьшить агрессивность и враждебность, став более терпимым к другим людям, даже если их поведение достойно осуждения;

3) как уменьшить инерцию, прилагая усилия к изменению неприемлемой ситуации, и как повысить низкую фрустрационную толерантность, учась переносить ситуации, которые нельзя изменить.

**Групповая терапия.** Изучая поведение друг друга, участники группы анализируют принципы РЭТ и применяют их на практике под наблюдением терапевта. Группа дает возможность проводить тренинг утвердительного поведения. Пациенты участвуют в ролевых играх, учатся взаимодействию с другими людьми, идут на вербальный и невербальный риск, учатся на опыте других.

Одной из разновидностей групповой РЭТ является разработанный Эллисом так называемый «рациональный энкаунтер». В этом марафоне первые несколько часов отводятся на выполнение членами группы серии упражнений, предназначенных для того, чтобы они сблизилась, шли на риск, делились наиболее болезненными и «постыдными» переживаниями, испытывали интенсивные чувства. В течение этих первых часов решение проблем умышленно избегается. Затем, когда участники марафонской группы достаточно сближаются и отказываются от многих психологических защит, они в течение многих часов занимаются анализом эмоциональных проблем, постигая их философские источники и то, как можно изменить себя, изменяя свои когниции.

***Краткосрочная терапия.*** При краткосрочной терапии пациента за 1 — 10 занятий обучают «А-В-С-методу» понимания эмоциональной проблемы и ее философских источников и показывают, как надо работать над изменением фундаментальных позиций, лежащих в основе нарушений.

Краткосрочная терапия предназначена прежде всего для пациента, имеющего специфическую проблему, например, враждебное отношение к начальнику или импотенцию. В таких случаях можно полностью излечиться за несколько занятий (Александров А. А., 1997).

## **КАК СОХРАНИТЬ УСПЕХИ, ДОСТИГНУТЫЕ С ПОМОЩЬЮ РАЦИОНАЛЬНО-ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ**

1. Когда вы добиваетесь какого-то результата, а затем скатываетесь назад, к прежним чувствам тревоги, депрессии и неполноценности, попробуйте напомнить себе и точно указать, какие мысли, чувства и действия вы когда-то изменили, чтобы прийти к улучшению. Если вы снова почувствуете депрессию, воспроизведите ход своих мыслей, использованных в рационально-эмоциональной терапии для борьбы с депрессией. Например, вы можете вспомнить, что:

А) вы прекратили твердить себе, что вы никчемный человек и никогда не сумеете получить то, чего вы хотите;

Б) вы бывали успешны в работе или в любовных отношениях, а это доказывает, что у вас были некоторые способности и вас можно было любить;

В) вы заставили себя ходить на интервью, а не избегать их, и тем самым помогли себе преодолеть свою тревогу из-за них.

Напоминайте себе о том, как вы изменили свои мысли, чувства и поведение, и о том, что этим изменением вы и помогли себе.

2. Продолжайте думать, думать и думать о рациональных идеях или повторять утверждения совладания, например: «Прекрасно добиваться успеха, по я могу полностью принимать свою личность и наслаждаться жизнью даже

после неудачи!» Не просто бессмысленно повторяйте эти утверждения, но многократно проживайте и продумывайте их, пока действительно не начнете в них верить и чувствовать, что это правда.

3. Продолжайте искать, открывать, бросать вызов и опровергать свои иррациональные убеждения, при помощи которых вы опять заставляете себя расстраиваться. Возьмите каждую из важных иррациональных идей, например: «Чтобы быть стоящим человеком, я должен быть успешным!» — и спросите себя: «Почему это убеждение верное?», «Где доказательство того, что моя самооценка и способность радоваться жизни полностью зависят от успешности в чем-то?», «Каким образом я могу стать полностью неприемлемым как человек, если провалю какое-то важное дело или тест?», «Если я буду продолжать придерживаться этой идеи, какого рода результаты я получу?» Продолжайте постоянно и с силой оспаривать свои иррациональные убеждения каждый раз, когда видите, что позволяете им возвращаться. И даже если вы не придерживаетесь их активно, вы должны понимать, что они могут снова воскреснуть, поэтому осознайте и в качестве профилактики — и с энтузиазмом! — опровергните их.

4. Продолжайте рисковать и делать то, чего вы иррационально боитесь, — например, ездить на эскалаторе, общаться, искать работу или писать литературные произведения. Как только вы сможете частично преодолеть один из своих иррациональных страхов, продолжайте регулярно вести себя вопреки ему. Если вы испытываете дискомфорт, заставляя себя делать то, чего вы иррационально боитесь, не позволяйте себе уйти от этого — и тем самым

сохранить дискомфорт навсегда! Чаще заставляйте себя выдерживать дискомфорт по максимуму, чтобы искоренить свои иррациональные страхи и стать более спокойным и нетревожным впоследствии.

5. Постарайтесь четко уяснить различие между здоровыми негативными чувствами, такими как печаль, сожаление и разочарование, которые возникают, когда вы не получаете чего-то важного для вас, что вы хотели получить, и нездоровыми негативными чувствами, такими как депрессия, тревога, ненависть или жалость к себе, когда вы не смогли достичь желаемой цели или страдаете от нежелательных вещей. Каждый раз, чувствуя чрезмерную озабоченность (панику) или ненужные страдания (депрессию), осознайте, что вы испытываете статистически нормальные, но психологически нездоровые эмоции, и что вы, вероятно, вызываете их у себя некоторыми своими догматическими «должен», «обязан» или «надо». Осознайте свою способность изменить нездоровые чувства (основанные на долженствовании) обратно на здоровые (основанные на предпочтении). Выделите свои депрессивные чувства и работайте над ними, пока вы не будете ощущать лишь сожаление и печаль. Выделите свою тревогу и работайте с ней, пока она не превратится только в озабоченность и бдительность. Используйте эмоционально-рациональное воображение, чтобы вживую представить себе неприятное активирующее событие еще до того, как оно произойдет; позвольте себе в то время, как вы его представляете, ощутить нездоровую расстроенность (тревогу, депрессию, гнев или самоуничижение); затем проработайте свои чувства, что-

бы изменить их на здоровые негативные эмоции (озабоченность, раздражение, сожаление, печаль) так, чтобы вы могли их переживать, представляя, как произойдет самое худшее. Не сдавайтесь до тех пор, пока вы действительно не измените свои чувства.

6. Избегайте саморазрушительной проволочки. Выполняйте неприятные задачи — сегодня! Если вы опять отложите их, позвольте себе вознаградить себя чем-нибудь, что вам нравится, — например, едой, отпуском, чтением или общением, — только после того, как вы выполните то задание, которого вам так легко избежать. Если это не сработает, вы можете себя сурово наказать — например, за каждую свою проволочку два часа проговорить со скучным человеком или сжечь стодолларовую купюру.

7. Покажите себе, что сохранение своего эмоционального здоровья и определенной доли счастья даже тогда, когда на вас наваливаются неприятности, может быть увлекательным приключением и своего рода вызовом. Проследивание корней своих страданий можно сделать одним из самых важных занятий в вашей жизни — таким, ради которого вы будете полны совершенной решимости постоянно работать. Полностью осознайте, что у вас практически всегда есть некоторый выбор касательно того, как вам думать, чувствовать и вести себя, активно ставьте перед собой необходимость сделать такой выбор.

8. Помните — и используйте — три главных инсайта рационально-эмоциональной терапии.

**Инсайт № 1.** Вы в большинстве случаев сами выбираете расстройство по поводу неприятных событий в сво-

ей жизни, несмотря на то что вас могут провоцировать на это внешние события или ваш социальный опыт. Вы в основном чувствуете так, как мыслите. Когда с вами происходит что-то неприятное или нежелательное в пункте *Л* (активирующее событие), вы сознательно или неосознанно выбираете рациональные взгляды, которые ведут к печали и сожалению, или иррациональные взгляды, которые ведут к депрессии, тревоге и ненависти к себе.

***Инсайт № 2.*** Независимо от того, где и когда вы приобрели свои иррациональные взгляды и саморазрушительные привычки, вы теперь, в настоящее время, выбираете их сохранение — вот почему вы страдаете от расстройства сейчас. Ваше прошлое и условия настоящей жизни существенно влияют на вас, но не они заставляют вас расстраиваться. Главную роль в вашем нынешнем расстройстве играет ваша текущая философия.

***Инсайт № 3.*** Вы не можете изменить свою личность и сильную склонность зря расстраивать себя по волшебству. Фундаментальные личностные изменения требуют упорной работы и практики, — да, работы и практики, — чтобы вы смогли изменить свои иррациональные взгляды, нездоровые чувства и саморазрушительное поведение.

9. Постоянно — и умеренно! — ищите личные радости и удовольствия: чтение, развлечения, спорт, хобби, искусство, наука и другие поглощающие занятия. Сделайте своей главной жизненной целью не только достижение эмоционального здоровья, но и получение настоящего удовольствия. Постарайтесь найти себе такие долговременную цель, задачу или занятие, чтобы это действительно вас очень увлекало. Хорошая, счастли-



вая жизнь даст вам что-то, для чего жить, отвлечет вас от многих серьезных неприятностей и побудит вас сохранять и улучшать свое психическое здоровье.

10. Постарайтесь поддерживать контакт с несколькими людьми, знакомыми с рационально-эмоциональной терапией и готовыми обсудить с вами некоторые ее аспекты. Расскажите им о проблемах, с которыми вам трудно справиться, и о том, как вы используете рационально-эмоциональную терапию, чтобы их преодолеть. Посмотрите, согласятся ли они с вашим решением и смогут ли предложить другие — или лучшие — способы опровержения, пригодные для использования при работе над своими иррациональными взглядами.

11. Практикуйтесь использовать рационально-эмотивную терапию с некоторыми своими друзьями, родственниками или коллегами, желающими получить от вас такую помощь. Чем чаще вы будете использовать ее с другими, чем лучше вы сможете понимать их иррациональные взгляды и отговаривать их от этих саморазрушительных идей, тем лучше вы будете понимать основные принципы рационально-эмоциональной терапии и применять их к себе. Когда вы видите, что человек ведет себя нездоровым образом, иррационально, попытайтесь определить — разговаривая или не разговаривая с ним об этом, какими могут быть его иррациональные идеи и как их можно активно и энергично опровергнуть.

12. Если вы проходите индивидуальную или групповую рационально-эмоциональную терапию, старайтесь записывать свои сеансы, чтобы потом внимательно прослушивать эти записи в промежутке между встречами и

позволить некоторым идеям, о которых вы узнали на терапии, закрепиться в вашем сознании. После окончания терапии сохраните эти записи и воспроизводите их в памяти время от времени, чтобы они напоминали вам, как справляться с вашими старыми проблемами или вновь возникшими трудностями.

13. Постоянно читайте книги, используйте аудио- и видеокассеты по рационально-эмоциональной терапии. Возвращайтесь периодически к этим материалам, чтобы напоминать себе о ее основных открытиях и положениях.

## **КАК БОРОТЬСЯ С ВОЗВРАЩЕНИЕМ К ПРЕЖНИМ УБЕЖДЕНИЯМ**

1. Примите свое возвращение к прежним убеждениям как нормальное явление — как то, что случается практически со всеми людьми, которые сначала эмоционально поправляются, а потом откатываются назад. Воспринимайте это как одно из проявлений человеческого несовершенства. Не заставляйте себя чувствовать стыд, когда возвращаются некоторые из ваших симптомов, и не думайте, что вы должны справиться с ними только сами и что с вашей стороны будет неправильно или слабостью стремление пройти дополнительные сеансы терапии или поговорить с друзьями о возобновившихся проблемах.

2. Когда вы возвращаетесь к старому, воспринимайте свое саморазрушительное поведение как плохое или неудачное, по упорно работайте над тем, чтобы не скатиться

к самобичеванию за это поведение. Применяйте крайне важный принцип рационально-эмоциональной терапии: отказаться от оценки себя, своего «Я», своей сущности, критикуя только свои действия, поступки или черты. Вы всегда — человек, который ведет себя хорошо или плохо, но никогда — плохой или хороший человек. Неважно, в какой степени вы возвратились к старому и насколько возобновили свое прежнее расстройство, — работайте над полным принятием себя вместе с этим неудачным или слабым поведением — и затем пытайтесь, не останавливаясь, изменить свое поведение.

3. Вспомните формулу рационально-эмоциональной терапии *Л-В-С* и четко определите, что вы делали для того, чтобы вернуться к старым симптомам. В пункте *Л* (активирующее событие) вы обыкновенно снова испытывали некоторую неудачу или отвержение. В пункте «Рациональные взгляды» вы, наверное, сказали себе, что вам не нравится проигрывать или вы бы не хотели быть отвергнутым. Если бы вы остались только при таких, рациональных, взглядах, вы бы чувствовали лишь сожаление, грусть, разочарование или раздражение. Но если вы снова вернулись к своему расстройству, вероятно, вы дошли до некоторых иррациональных взглядов, например, таких: «Я не должен проигрывать! Это ужасно — потерпеть неудачу!», «Меня должны принимать, потому что, если меня отвергают, значит, я недостойный любви, ничемный человек!» Затем после того, как вы убедили себя в этих иррациональных взглядах, в пункте *С* (эмоциональное следствие) вы почувствовали снова депрессию и вернулись к самоуничижению.

4. Когда вы найдете свое иррациональное убеждение, которое вновь привело вас к расстройству, так же как и раньше, используйте — немедленно и настойчиво — приемы диспута, чтобы опровергнуть это убеждение и отказаться от него. Так, вы можете спросить себя: «Почему я не должен проигрывать? Действительно ли это ужасно — проиграть?» И вы можете ответить: «Нет причин, по которым я не должен проигрывать, хотя я думаю, что есть несколько причин, по которым это было бы крайне нежелательно. Проигрывать — не ужасно, это просто определенно неприятно». Вы также можете оспорить другие свои иррациональные убеждения, спросив себя: «Где это написано, что меня должны принимать? Каким образом я становлюсь недостойным любви, никчемным человеком, если меня отвергли?» И вы можете ответить: «Меня не должны принимать, хотя это было бы предпочтительно. Если меня отвергнут, то я стану человеком, которого, увы, в этот раз отверг определенный человек в определенных обстоятельствах, но никак не недостойным любви и никчемным человеком, которого будут отвергать всегда и все по-настоящему важные для меня люди».

5. Продолжайте искать, находить и активно и энергично оспаривать свои иррациональные взгляды, которые вы снова оживили и которые снова заставляют вас чувствовать депрессию или тревогу. Не прекращайте это делать снова и снова, пока у вас не разовьется интеллектуальный и эмоциональный мускул (точно так же, как вы развиваете мускул физический, сначала узнав, как его развить, а затем постоянно упражняясь в этом).

6. Не обманывайте себя, веря в то, что если вы просто измените свой язык, то это всегда приведет к изменению вашего образа мыслей. Если вы невротически твердите себе: «Я должен добиваться успеха и одобрения» и разумно измените это утверждение на: «Я предпочитаю добиваться успеха и одобрения», вы на самом деле все же можете сильно верить в следующее: «Но я все-таки должен быть успешным и любимым». Прежде чем вы прекратите свое оспаривание и прежде чем вы удовлетворитесь своими ответами на него, продолжайте опровергать, пока вы действительно не убедите себя в своих рациональных ответах и пока ваши нездоровые чувства не исчезнут окончательно. Потом повторите то же самое много-много раз, пока ваша новая эффективная философия не закрепится и не станет привычной — что произойдет практически всегда, если вы будете работать над ее установлением и упрочением.

7. Легкое и «интеллектуальное» убеждение себя в своей новой эффективной философии или рациональных взглядах часто не будет иметь большого эффекта и продолжительности. Это нужно делать с силой и энергией, и так много-много раз. Таким образом вы сможете себя сильно убедить, так, что вы будете чувствовать это: «Я не нуждаюсь в том, чего мне хочется! Я не должен добиваться успеха, как бы сильно мне этого ни хотелось!», «Я могу пережить отвержение значимым для меня человеком! Оно меня не убьет — и я еще смогу быть счастливым!», «Ни один человек недостойн порицания, нет на свете никчемных людей, это также относится и ко мне!»

## **КАК ПЕРЕНЕСТИ ОПЫТ РАБОТЫ НАД ОДНОЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ПРОБЛЕМОЙ НА РЕШЕНИЕ ДРУГИХ ПРОБЛЕМ**

1. Покажите себе, что ваша текущая эмоциональная проблема и то, чем вы ее вызвали, неуникальны и что практически все эмоциональные и поведенческие затруднения создаются иррациональными взглядами. Но какими бы ни были ваши иррациональные взгляды, вы можете преодолеть их, усиленно и упорно оспаривая их и поступая вопреки им.

2. Признайте, что вы склонны к иррациональным взглядам трех основных видов, это приводит вас к расстройствам и что эмоциональные и поведенческие проблемы, которые вы хотите ослабить, попадают в одну из трех категорий:

Л) «Я должен быть успешен и получать одобрение тех людей, кого считаю важными для себя». Этот иррациональный взгляд ведет вас к чувству тревоги, депрессии и ненависти к себе, а также к избеганию выполнения тех дел, в которых вас может постигнуть неудача, и уходу от отношений, которые могут обернуться неблагоприятно;

Б) «Другие должны относиться ко мне справедливо и хорошо!» Этот иррациональный взгляд играет важную роль в возникновении гнева, ярости, враждебности и возмущения;

В) «Условия моей жизни должны быть комфортными и без серьезных трудностей!» Этот иррациональный взгляд приводит к снижению терпимости к фрустрации и жалости к себе, а иногда к ярости или депрессии.

3. Признайте, что, когда вы прибегаете к одному из этих трех абсолютистских «должен» — или к любой из их многочисленных вариаций, на которые вы можете очень легко соскользнуть, — вы обычно естественно извлекаете из него другие иррациональные выводы, такие как:

А) «Поскольку я не настолько успешен, насколько должен, я глупый и никчемный человек!» (самоуничужение);

Б) «Если люди, которых я считаю важными для себя, не одобряют меня, как должны, то это ужасно, кошмарно!» (драматизация);

В) «Люди, которые не относятся ко мне хорошо и справедливо, как должны, — совершенно гадкие люди и заслуживают порицания!» (осуждение);

Г) «Условия, в которых я живу, некомфортны, и в моей жизни есть некоторые серьезные трудности, которых в ней не должно быть. Я не могу этого вынести! Мое существование — полный кошмар!» (не-могу-этого-вынести);

Д) «Поскольку я не добился успеха и одобрения — чего просто обязан был достичь, — я всегда буду неудачником и отверженным, хотя не должен быть им» (сверхобобщение).

4. Проанализируйте, и вы увидите, что эти иррациональные убеждения являются частью вашего общего репертуара мыслей и чувств и что вы привносите их в самые разные ситуации, которые не соответствуют вашим желаниям. Осознайте, что практически во всех случаях, когда вы были серьезно расстроены и вели себя явно саморазрушительным образом, вы сознательно или неосознанно придерживались одного или более из этих иррациональных взглядов. Следовательно, если вы избавитесь от них

в одной области, но все же будете испытывать эмоциональные проблемы в отношении чего-то еще, вы всегда можете использовать принципы рационально-эмоциональной терапии, чтобы обнаружить свои иррациональные взгляды в другой области и искоренить их.

5. Постоянно напоминайте себе, что практически никак невозможно испытывать эмоциональные проблемы, если вы отступили от своих абсолютистских и догматических «должен», «нужно», «обязан», и последовательно заменяйте их на гибкие (хотя в то же время и сильные) желания и предпочтения.

6. Не забывайте, что вы можете изменить свои иррациональные взгляды, строго (но не косно!) применяя гибкие научные методы. При помощи научного мышления вы сможете показать себе, что ваши иррациональные убеждения — всего лишь теории и гипотезы, а не факты. Вы можете логически и реалистически оспорить их, используя множество способов, например таких:

А) вы можете показать себе, что ваши иррациональные взгляды приносят вам вред — что они препятствуют достижению вами ваших целей и вашего счастья. Если вы с твердой уверенностью говорите себе: «Я должен добиваться успеха в важных делах и получить одобрение всех важных в моей жизни людей», вы, конечно, иногда будете терпеть неудачи и не всегда вас будут одобрять — и тогда вы будете чувствовать тревогу или впадать в депрессию вместо того, чтобы испытывать сожаление или разочарование;

Б) ваши иррациональные убеждения не согласуются с реальностью — особенно с фактом человеческого несовер-



шенства. Если бы вы всегда должны были быть успешным, если бы вселенная приказала вам быть таким, вы бы, совершенно очевидно, всегда добивались успеха. Но это, конечно, не так! Если бы вы неизменно должны были бы одобряться другими, вас бы всегда одобряли. Но очевидно, что очень часто это не так! Вселенная — совершенно точно — не организована так, чтобы исполнялись все ваши требования. Поэтому, несмотря на то что ваши желания зачастую реалистичны, ваши богоподобные требования — явно нет;

В) ваши иррациональные убеждения нелогичны, несогласованны и противоречивы. Неважно, как сильно вы хотите быть успешным и одобряемым, из этого никогда не будет следовать, что вы должны преуспевать в этих (или любых других) отношениях. Неважно, насколько желательны вежливость и справедливость, они не обязаны существовать.

Хотя научный метод не идеален и сакрален, он все же может помочь вам обнаружить, какие ваши взгляды являются иррациональными и саморазрушительными, и использовать фактические доказательства, логическое мышление и практический анализ для их минимизации. Если вы постоянно будете мыслить гибко, вы избежите догм и утверждения гипотез о себе, других людях и мире вокруг вас, сохраняя свое мышление открытым для изменений.

7. Попытайтесь поставить себе несколько основных жизненных целей — целей, которых вы бы очень стремились достичь, — но никогда не требуйте от себя того, что вы абсолютно должны их осуществить. Проверяйте, насколько вы придерживаетесь своих целей, время от

времени пересматривайте их, свое к ним отношение и будьте целенаправленными, не требуя от себя достижения своих целей.

8. Если вы снова увязли и начали вести жизнь, на ваш взгляд несчастную и тупую, просмотрите все изложенные пункты и проработайте их. И снова: если вы откатываетесь назад или вам не удастся продвинуться вперед по желаемому для вас пути, не стесняйтесь вернуться к терапии на несколько повторных сеансов или присоединиться к одной из терапевтических групп (Эллис А., Драйден У., 2002).

# Когнитивная терапия

## А. Бека

Когнитивная терапия была предложена Л. Беком в 60-х годах XX века в первую очередь для лечения больных с депрессиями. В последующем показания для ее применения были расширены, и она стала использоваться для лечения больных с фобиями, с навязчивыми расстройствами, психосоматическими заболеваниями, пограничными расстройствами, а также для оказания помощи клиентам с психологическими проблемами, не имеющими клинической симптоматики.

Когнитивная терапия не разделяет взглядов трех основных психотерапевтических школ: психоанализа, который считает источником расстройств бессознательное; поведенческой терапии, которая придает значение лишь очевидному поведению; традиционной нейропсихиатрии, в соответствии с которой причинами эмоциональных расстройств служат физиологические или химические нарушения. Когнитивная терапия основана на достаточно оче-

видной идее о том, что представления и высказывания человека о себе, своих установках, убеждениях и идеалах информативны и значимы.

По мере развития люди накапливают обширный багаж информации, концепций и шаблонов для совладания с психологическими проблемами существования. Эти знания находят применение в процессе наблюдения, выдвижения и проверки гипотез, вынесения суждений — своего рода практической научной работы. Исходя из своего культурного наследия, образования и опыта, люди учатся использовать инструментарий здравого смысла: формировать и проверять истинность предчувствий, выявлять различия, рассуждать, чтобы разрешать конфликты, и судить о том, насколько реалистичной является их реакция на различные ситуации (Паттерсон С, Уоткинс Э., 2003).

Здравый смысл, однако, не может дать объяснений эмоциональным расстройствам. Так, мысли и поступки страдающих депрессией пациентов противоречат основному принципу человеческой природы — инстинкту выживания. Мышление таких пациентов находится под контролем ошибочных представлений о себе и об окружающем мире. Бек указывает, что предложенная им «формулировка психологических проблем в терминах неверных посылок и склонности к искаженным воображаемым переживаниям сильно отличается от общепринятых формулировок психологических расстройств» (Бек А., 1976). Когнитивная терапия не нуждается в концепции бессознательного. Психологические проблемы «могут стать результатом обычных процессов, таких как неправильное научение, вынесение неверных суждений на основе неполной или ошибочной

информации, неумение провести четкую границу между вымыслом и реальностью. Кроме того, мышление может быть нереалистичным, поскольку оно основано на ошибочных посылах; поведение может быть направлено во вред себе, поскольку основывается на неразумных установках» (Beck A., 1976).

**Когнитивная терапия** — это активный, директивный, ограниченный во времени структурированный подход, используемый при лечении различных психиатрических расстройств (например, депрессии, тревоги, фобий, болевых ощущений и др.). В основе данного подхода лежит теоретическая посылка, согласно которой эмоции и поведение человека в значительной степени детерминированы тем, как он структурирует мир. Представления человека (вербальные или образные «события», присутствующие в его сознании) определяются его установками и умопостроениями (схемами), сформированными в результате прошлого опыта. Например, в мышлении человека, интерпретирующего любое событие в терминах собственной компетентности или адекватности, может доминировать такая схема: «Пока я не достигну во всем совершенства, я — неудачник». Эта схема определяет его реакцию на самые разные ситуации, даже те, что никак не связаны с его компетентностью (Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г., 2003).

Когнитивная терапия исходит из следующих общетеоретических положений (см. там же):

- восприятие и переживание в целом представляют собой активные процессы, задействующие как объективные, так и интроспективные данные;

- представления и идеи являются результатом синтеза внутренних и внешних стимулов;
- продукты когнитивной активности человека (мысли и образы) позволяют предсказать, как он оценит ту или иную ситуацию;
- мысли и образы формируют «поток сознания», или феноменальное поле, отражающее представления человека о самом себе, мире, своем прошлом и будущем;
- деформация содержания базовых когнитивных структур вызывает негативные изменения в эмоциональном состоянии и поведении человека;
- психологическая терапия может помочь пациенту осознать когнитивные искажения;
- путем корректировки этих искаженных дисфункциональных конструкторов можно добиться улучшения состояния пациента.

Эмоциональные и поведенческие реакции, таким образом, не являются прямыми или автоматическими ответами на внешние стимулы. Напротив, стимулы обрабатываются и интерпретируются внутренней когнитивной системой. Значительные расхождения между внутренней системой и внешними стимулами могут привести к психологическим расстройствам. В промежутке между внешним событием и определенной реакцией на него у пациентов возникают соответствующие мысли, которые часто отражают негативное отношение к прошлому, настоящему или будущему. Хотя пациенты обычно не сознают или игнорируют эти мысли и, как следствие, не сообщают о них, можно научить их выявлять еще до возникновения эмоций.

Такие мысли получили название «автоматических». Автоматические мысли специфичны и дискретны, возникают в укороченном виде, не являются следствием размышлений или рассуждений, относительно автономны и произвольны; при этом пациент считает их вполне обоснованными, даже если они представляются окружающим нелепыми или противоречат очевидным фактам (Паттерсон С, Уоткинс Э., 2003).

Таким образом, А. Бек при теоретическом обосновании предложенной им терапии исходил из положения о том, что эмоции и поведение человека определяются присущим каждому специфическим способом истолкования внешнего мира. Проблемы пациента вытекают главным образом из неких искажений реальности, основанных на ошибочных предпосылках и допущениях. Объективный мир при восприятии его человеком преломляется через когнитивные модели или схемы. Данные схемы подобны фильтрам или «концептуальным очкам», которые определенным образом отбирают поступающую информацию. При значительном искажении этих фильтров у индивида возникают эмоциональные проблемы, а впоследствии — и клиническая симптоматика, поэтому задача терапевта — сконцентрировать внимание клиента на том, как им осуществляется процесс отбора и интерпретации информации, после чего ему предлагается проверить обоснованность сделанных выводов и при заключении об их ошибочности заменить их на более адекватные (Федоров А. П., 2002). Терапевт помогает пациенту отыскать искажения в мышлении и научиться альтернативным, более реалистическим способам формулирования своего опыта.

Когнитивный подход к эмоциональным расстройствам изменяет взгляд человека на самого себя и свои проблемы. Отказавшись от представлений о себе как о беспомощном порождении биохимических реакций, слепых импульсов или автоматических рефлексов, человек получает возможность увидеть в себе существо, склонное рожать ошибочные идеи, но и способное отказаться от них или пересмотреть их. Только определив и исправив ошибки мышления, он может достигнуть более высокого уровня самоосуществления.

Главная концепция когнитивной терапии состоит в том, что решающим для выживания организма фактором является переработка информации. Мы не смогли бы выжить, если бы у нас не было функционального аппарата для приема информации из окружающей среды, синтеза ее и планирования действий на основе этого синтеза (Александров А. А., 2004).

Терапевтические техники, используемые в рамках данного подхода, основаны на когнитивной модели психопатологии. При различных психопатологических состояниях (тревога, депрессия, мания, параноидное состояние, обсессивно-компульсивный невроз и т. д.) на переработку информации оказывает влияние систематическое предубеждение, специфичное при каждом конкретном расстройстве. Другими словами, мышление пациентов тенденциозно. Так, депрессивный пациент из информации, предоставляемой окружающей средой, выборочно синтезирует темы потери или поражения, в то время как у тревожного пациента имеется сдвиг в направлении темы опасности.



Этим когнитивным сдвигам способствуют специфические позиции, склоняющие людей в определенных жизненных ситуациях тенденциозно интерпретировать свой опыт. Например, человек, для которого идея возможной внезапной смерти имеет особое значение, может, пережив угрожающий жизни эпизод, начать интерпретировать нормальные телесные ощущения как сигналы наступающей смерти, и тогда у него разовьются приступы тревоги (Александров А. А., 2004).

Когнитивный сдвиг аналогичен компьютерной программе, замечает А. Л. Александров. Каждое расстройство имеет свою специфическую программу, которая диктует вид вводимой информации, определяет способ ее переработки и результирующее поведение. При тревожных расстройствах, например, активируется программа «выживания»: индивид из потока информации выбирает «сигналы опасности» и блокирует «сигналы безопасности». Результирующее, поведение будет состоять в чрезмерном реагировании на относительно незначительные стимулы как на сильную угрозу, и пациент начнет отвечать избеганием.

**Активированная программа** ответственна за когнитивный сдвиг в переработке информации. Нормальная программа правильно отобранных и проинтерпретированных данных заменяется «тревожной программой», «депрессивной программой», «панической программой» и т. д. Когда это случается, индивид испытывает симптомы депрессии, тревоги или паники.

А. Бек выделил несколько наиболее часто представленных у депрессивных больных типов логических ошибок, а

он стал нищим после утраты небольшой суммы денег, как будто все будущее заключено в этой сумме (в этом кошельке). Альтернатива — демонстрация того, что обычно события занимают промежуточные положения между такими полюсами.

**Излишняя ответственность** — это ощущение личной ответственности за все плохое, что произошло. Пример — убеждение, что в неудачной судьбе своей дочери (алкого-

также указал вероятные для каждого типа альтернативные заключения, с которых может начаться когнитивное переформирование этих ложных выводов.

**Сверхгенерализация (сверхобобщение)** — это выводы, сделанные на основе одного наблюдения, единственного случая. Пример такой сверхгенерализации — вывод о том, что человек никогда не добьется успеха, поскольку первая попытка оказалась неудачной. Альтернативой является рассуждение на тему: «Действительно ли другие возможные ситуации будут похожи?»

**Селективное внимание (избирательность)** — это обращение внимания на особые детали события и игнорирование всего контекста, извлечение из памяти только плохих переживаний и неудач. Пример — чувство отвержения, возникающее у пациента, если друг бросился к подошедшему автобусу, а не поговорил с ним. Альтернатива — обращение внимания на весь контекст ситуации, воскрешение в памяти других примеров успехов и удач.

**Персонификация** — это ошибочное приписывание себе значения события. При персонификации «Я» пациента становится центром, исходя из которого им понимается значение происходящего. Пример — мысли о том, что люди смеялись над ним, когда он вошел, хотя они смеялись совсем по другому поводу. Альтернатива — изучение иных возможных причин.

**Дихотомическое мышление** — мышление в поляриностях, в черно-белом цвете, все хорошо или плохо, чудесно или ужасно. При этом, говоря о себе, пациент обычно выбирает негативную категорию. Пример — убеждение, что

зрелое мышление без труда интегрирует жизненные ситуации в многомерную структуру (а не в какую-то одну категорию) и оценивает их скорее в количественных, нежели в качественных терминах, соотносит друг с другом, а не с абсолютными стандартами. Примитивное мышление редуцирует сложность, многообразие и изменчивость человеческого опыта, сводя его к нескольким самым общим категориям.

он стал нищим после утраты небольшой суммы денег, как будто все будущее заключено в этой сумме (в этом кошельке). Альтернатива — демонстрация того, что обычно события занимают промежуточные положения между такими полюсами.

**Излишняя ответственность** — это ощущение личной ответственности за все плохое, что произошло. Пример — убеждение, что в неудачной судьбе своей дочери (алкоголизация, потеря работы) повинен сам пациент. Альтернатива — выявление других возможных причин произошедшего, опровержение того, что все может быть отнесено на счет клиента.

**«Катастрофирование»** — это заключение типа «Всегда случается самое плохое».

**Альтернатива** — оценить вероятность неприятного события. Вспомнить примеры, когда это происходило.

Чтобы лучше понять депрессивные нарушения мышления, отмечают А. Бек и соавторы (Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г., 2003), полезно рассмотреть их с точки зрения используемых индивидом способов структурирования реальности. Если разделить последние на «примитивные» и «зрелые», то очевидно, что в депрессии человек структурирует опыт сравнительно примитивными способами. Его суждения о неприятных событиях носят глобальный характер.

Значения и смыслы, представленные в потоке его сознания, имеют исключительно негативную окраску, они категоричны и оценочны по содержанию, что рождает крайне отрицательную эмоциональную реакцию. В противоположность этому примитивному типу мышления

зрелое мышление без труда интегрирует жизненные ситуации в многомерную структуру (а не в какую-то одну категорию) и оценивает их скорее в количественных, нежели в качественных терминах, соотносит друг с другом, а не с абсолютными стандартами. Примитивное мышление редуцирует сложность, многообразие и изменчивость человеческого опыта, сводя его к нескольким самым общим категориям.

С точки зрения А. Бека, психологические нарушения, связанные с аберрациями мышления (нарушениями на когнитивной стадии переработки информации, включающими обозначение, селекцию, интеграцию, интерпретацию), предшествуют этапу нейрофизиологических расстройств. Искаженные когниции являются причиной ложных представлений и самосигналов и, следовательно, неадекватных эмоциональных реакций. Поэтому задачей когнитивной психотерапии является исправление неадекватных когниции. Техники когнитивной терапии позволяют выявить, проанализировать и скорректировать ошибочные концептуализации и дисфункциональные убеждения (схемы) пациента. Пациент научается решать проблемы и находить выходы из ситуаций, которые прежде казались ему непреодолимыми, переосмысляя их и корректируя свое мышление. Когнитивный терапевт помогает пациенту мыслить и действовать более реалистично и адаптивно и тем самым устраняет беспокоящие его симптомы.

Стратегии и техники когнитивной терапии предназначены для дезактивации дезадаптивных программ, для сдвига аппарата переработки информации (когнитивно-

го аппарата) в более нейтральное положение. У каждого человека в когнитивном функционировании имеется свое слабое место — «когнитивная уязвимость», которая располагает его к психологическому стрессу. Эти «уязвимости» относятся к структуре личности.

Личность формируется «схемами», или когнитивными структурами, представляющими собой базальные убеждения (позиции). Эти схемы начинают создаваться в детстве на основе личного опыта и идентификации со значимыми другими. У людей складываются концепции о себе, о других, о том, как функционирует мир. Эти концепции подкрепляются дальнейшим опытом научения и, в свою очередь, влияют на формирование других убеждений, ценностей и позиций (Александров А. А., 2004). Схемы могут быть адаптивными или дисфункциональными и являются устойчивыми когнитивными структурами, которые становятся активными, когда включаются специфическими стимулами, стрессорами или обстоятельствами.

У пациентов с пограничными личностными расстройствами имеются так называемые ранние негативные схемы, ранние негативные ядерные убеждения. Например: «Со мной происходит что-то неладное», «Люди должны поддерживать меня и не должны критиковать, должны соглашаться со мной, правильно понимать меня». При наличии подобных убеждений у этих людей легко возникают эмоциональные расстройства.

Другое частое убеждение было названо Бекем «условным предположением». Такие предположения, или позиции, начинаются с «если». Два условных предположения,

часто отмечаемых у пациентов, склонных к депрессии: «Если я не добьюсь успеха во всем, что я делаю, никто не будет уважать меня»; «Если человек не любит меня, значит, я недостоин любви». Такие люди могут функционировать относительно хорошо до тех пор, пока они не испытают серию поражений или отвержений. После этого они начинают считать, что никто не уважает их или что они недостойны любви.

Особенность когнитивной терапии, отличающая ее от более традиционных видов, таких как психоанализ и клиент-центрированная терапия, заключается в активной позиции врача и его постоянном стремлении к сотрудничеству с пациентом. Депрессивный больной приходит на прием растерянным, рассеянным и погруженным в свои мысли, и потому терапевт должен сначала помочь ему организовать мышление и поведение — без этого невозможно научить пациента справляться с требованиями повседневной жизни. В силу наличествующих на данной стадии симптомов пациент нередко уклоняется от сотрудничества, и терапевту приходится проявлять находчивость и изобретательность, чтобы побудить его к активному участию в различных терапевтических операциях. Классические психоаналитические техники и приемы, например, техника свободных ассоциаций, предполагающая минимум активности со стороны терапевта, неприменимы при работе с депрессивными больными, так как пациент еще больше погружается в трясину своих негативных мыслей и идей.

В отличие от психоаналитической терапии, содержание когнитивной терапии определяется проблемами

«здесь и сейчас». Когнитивный терапевт не придает большого значения детским воспоминаниям пациента, если только они не помогают прояснить текущие наблюдения. Главное для него — исследовать, что думает и что чувствует пациент во время сессии и в перерывах между сессиями. Он не занимается интерпретацией бессознательного. Когнитивный терапевт, активно взаимодействуя и сотрудничая с пациентом, исследует его психологические переживания, намечает для него план действий и дает ему домашние задания.

С поведенческой когнитивная терапия разнится большим вниманием к внутреннему (психическому) опыту, мыслям, чувствам, желаниям, фантазиям и установкам пациента. В целом стратегия когнитивной терапии, отличающая ее от всех иных терапевтических направлений и школ, заключается в эмпирическом исследовании «машинальных» мыслей, выводов и предположений пациента. Формулируя дисфункциональные убеждения и представления пациента о самом себе, собственном опыте и собственном будущем в виде гипотез, когнитивный терапевт затем предлагает ему с помощью определенных процедур проверить достоверность этих гипотез. Практически любой внутренний опыт может стать отправной точкой эксперимента по проверке негативных представлений или убеждений пациента. К примеру, если пациент считает, что окружающие отворачиваются от него с отвращением, терапевт помогает ему выработать систему критериев для оценки человеческих реакций и затем побуждает объективно оценить жесты и мимику людей. Если пациент убежден в своей неспособности выполнить простейшие

гигиенические процедуры, терапевт может привлечь его к составлению специальной формы, где пациент в последующем будет отмечать, насколько хорошо или плохо он выполняет эти процедуры (Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г., 2003).

## **КОГНИТИВНЫЕ МОДЕЛИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ**

В психологической литературе, посвященной изложению когнитивной терапии, описываются выделенные А. Бекком когнитивные модели разнообразных эмоциональных и личностных расстройств, которые используются в психотерапевтической практике когнитивного направления в качестве теоретической основы проведения адекватной и эффективной терапии.

### **Когнитивная модель депрессии**

В отечественной психологии депрессия определяется как «аффективное состояние, характеризующееся отрицательным эмоциональным фоном, изменением мотивационной сферы, когнитивных представлений и общей пассивностью поведения». Субъективно состояние депрессии выражается прежде всего в тяжелых, мучительных эмоциях и переживаниях — подавленности, тоске, отчаянии. Влечения, мотивы, волевая активность резко снижены. Харак-



терными являются мысли о собственной ответственности за разнообразные неприятные, тяжелые события, произошедшие в жизни человека или его близких. Чувство вины за события прошлого и ощущение беспомощности перед лицом жизненных трудностей сочетаются с чувством бесперспективности. Самооценка резко снижена. Измененным оказывается восприятие времени — оно течет в настоящем мучительно долго. Для поведения в состоянии депрессии характерны замедленность, безынициативность, быстрая утомляемость; все это приводит к резкому падению продуктивности (Петровский Л. В., Ярошевский М. Г., 1998).

Развитие депрессии начинается с переживания пациентом утраты, которая может быть реальной или гипотетической; в любом случае, переживание это сильно преувеличено, утрата кажется необратимой и стойкой, что отражается на индивидуе, его качествах или компетентности, порождая негативную «Я-коцепцию», отношение к себе как к неудачнику, никчемному человеку. Пациент приходит к мысли, что причиной его неудач служит некоторый дефект собственного «Я», поэтому воспринимает каждый последующий опыт с позиции своей неполноценности. Сравнения с другими людьми еще больше снижают самооценку, в результате возникает полное неприятие себя.

Негативное представление о себе ведет к негативной оценке перспектив. Взгляд пациента на жизнь окрашивается пессимизмом, все видится в черном цвете. Безнадежность приводит к утрате мотивации: поскольку каждый шаг обречен на неудачу, нет смысла прилагать какие-либо усилия. Все это может привести к мыслям и попыткам

самоубийства. Еще одной причиной суицидальных настроений служит убежденность пациентов, что окружающие только выиграют, если они умрут. Проявления депрессии, такие как инертность, усталость и возбуждение, являются следствиями негативных когниций. Другие проявления, например, расстройства сна и питания, отражают сопровождающие депрессию психологические симптомы (Паттерсон С, Уоткинс Э., 2003).

Бек описывает так называемую «когнитивную триаду» особенностей познавательной деятельности при депрессивных расстройствах.

- *Негативный взгляд на себя.* Депрессивный индивид воспринимает себя как неприспособленного, никчемного, отверженного. Пациент считает себя ущербным, неадекватным, неизлечимо больным или обделенным. Свои неудачи он склонен объяснять якобы имеющимися у него психологическими, нравственными или физическими дефектами. Пациент убежден, что эти, мнимые, дефекты сделали его никчемным, никому не нужным существом, он постоянно винит и ругает себя за них. И наконец, он считает, что лишен всего того, что приносит человеку счастье и чувство удовлетворенности.

- *Негативный взгляд на мир.* Депрессивный индивид убежден в том, что мир предъявляет чрезмерные требования к человеку и воздвигает непреодолимые барьеры на пути к достижению целей. В любом опыте взаимодействия со средой пациенту видятся только поражения и потери. Мир, по его мнению, лишен удовольствия и удовлетворения. Тенденциозность и ошибочность этих трактовок особенно очевидны, когда пациент негативно истолковывает

ситуацию при наличии более правдоподобных альтернативных объяснений.

- *Нигилистический взгляд на будущее.* Депрессивный индивид убежден в том, что переживаемые им трудности непреодолимы. Обращая взгляд в будущее, он видит там лишь нескончаемую череду тяжелых испытаний и страданий и полагает, что ему до конца дней суждено терпеть трудности, разочарования и лишения. Думая о делах, которые ему нужно сделать в ближайшее время, ждет провала. Эта безнадежность нередко приводит его к суицидным мыслям.

Все другие симптомы, входящие в депрессивный синдром, рассматриваются в когнитивной модели как последствия активации вышеназванных негативных паттернов. Так, если пациент ошибочно полагает, что он отвергнут людьми, его эмоциональная реакция будет столь же негативной (печаль, гнев), как и в случае действительного отвержения. Если он ошибочно считает себя изгоем, то будет испытывать чувство одиночества.

Повышенную зависимость, отмечаемую у депрессивных пациентов, тоже можно объяснить в когнитивных терминах. Будучи убежден в своей бездарности и беспомощности и видя во всем только трудности и преграды, пациент считает, что не может справиться даже с самым банальным заданием. Он ищет помощи и поддержки у окружающих, которые кажутся ему гораздо более компетентными и способными, чем он сам.

Наконец, когнитивная модель позволяет объяснить и физические симптомы депрессии. Апатия и упадок сил могут быть результатом убежденности пациента в бесплод-

ности своих начинаний. Пессимистический взгляд на будущее (чувство тщетности) может вызвать «психомоторную заторможенность» (Бек А., Раш Л., Шо Б., Эмери Г., 2003).

## Когнитивная модель тревожных расстройств

Тревога определяется в отечественной литературе как отрицательное эмоциональное состояние, возникающее в ситуациях неопределенности и ожидания при дефиците информации и непрогнозируемым исходе, которое проявляется в «ожидании неблагоприятного развития событий» (Петровский А. В., Ярошевский М. Г., 1998). У человека тревога обычно связана с ожиданием неудач в социальном взаимодействии и часто бывает обусловлена неосознаваемостью источника опасности. Как эмоция, направленная в будущее, функционально тревога не только предупреждает субъекта о возможной опасности, но и побуждает к поиску и конкретизации этой опасности, к активному исследованию окружающей действительности с установкой на выявление угрожающего объекта. Центральный элемент тревоги — ощущение угрозы. Личность с выраженными чертами тревожности склонна воспринимать окружающий мир как заключающий в себе угрозу и опасность.

Обычным для пациентов с тревожным неврозом является страх утраты контроля, что ведет к появлению чувств униженности, смущения, печали. Часто встречаются страхи: утраты контроля над собственным организмом (как при страхе заболеть); утраты способности функциониро-

вать; невозможности достичь важных целей; причинить вред окружающим (Beck A., 1976).

Эти страхи представляются вполне обоснованными самому пациенту, мысли которого вращаются вокруг темы опасности и который не способен их здраво (объективно) оценить. Генерализация вызывающих тревогу стимулов приводит к тому, что практически любой стимул или ситуация могут восприниматься как угрожающие. Внимание пациента приковано к концепции опасности и сопровождающим ее стимулам. Опасность при этом сильно преувеличивается, наблюдается тенденция воспринимать события как катастрофические, воображаемые опасности приравниваются к реальным (Паттерсон С, Уоткинс Э., 2003).

В мышлении тревожного пациента, таким образом, доминируют темы опасности, то есть он предполагает события, которые окажутся пагубными для него, для его семьи, для его имущества и для других ценностей.

Восприятие опасности тревожным пациентом основано на ложных предположениях или оно чрезмерно, в то время как нормальная реакция основана на более точной оценке риска и размеров опасности. Кроме того, в норме индивид может контролировать свое восприятие, используя логику и очевидность. Тревожные индивиды испытывают трудность в распознавании сигналов и других свидетельств, уменьшающих угрозу опасности. Таким образом, в случае тревоги когнитивное содержание вращается вокруг темы опасности, и индивид склонен преувеличивать вероятность вреда и уменьшать свою способность к совладанию (Александров А. А., 1997).

## Когнитивная модель мании

**Маниакальный синдром (мания)** — сочетание повышенного настроения, ускорения темпа психической деятельности и чрезмерной двигательной активности (маниакальная триада). Мания характеризуется также большим количеством и легкостью возникновения планов и идей, которые часто не осуществляются в силу повышенной отвлекаемости и переоценки своих возможностей, разнообразием интересов, широкими и поверхностными контактами. Таким людям свойственны оптимистичность, открытость, общительность, способность к высокой активности, непринужденность в общении. Они охотно вступают в контакты и при этом производят на окружающих впечатление людей приятных, веселых, с широкими интересами, с энтузиазмом, высказывающих свое мнение и готовых поделиться впечатлениями.

Предубежденное мышление маниакального пациента противоположно депрессивному. Маниакальные больные склонны к восприятию «прибыли», а не «утраты» в своих частных владениях. Они рассматривают большинство, если не все, явления, события как привносящие нечто в их мир. Такие индивиды избирательно воспринимают преимущества всякого жизненного опыта, блокируя негативный опыт или интерпретируя его как позитивный и нереалистично ожидая благоприятных результатов от различных предприятий. Преувеличение способностей, достоинств и достижений приводит к чувству эйфории. Постоянная стимуляция, идущая от завышенной самооценки и чрезмерно оптимистических ожиданий, обеспечивает огромные ис-

точники энергии и вовлекает маниакального индивида в постоянную деятельность, направленную на достижение цели. Подобное раздувание личного демона сопровождается преувеличенно высоким мнением о себе, позитивными интерпретациями своих переживаний и радужными перспективами. В каком-то смысле, отмечают Паттерсон и Уоткинс, мы имеем когнитивную триаду депрессии наоборот, которая сопровождается различными эмоциональными (эйфория, эмоциональная лабильность), поведенческими (повышенная двигательная активность) и физиологическими (сон, питание) нарушениями.

### Когнитивная модель панического расстройства

Пациенты с **паническим расстройством** склонны рассматривать любые необъяснимый симптом или ощущение как признак неминуемой катастрофы. Главной чертой людей с паническими реакциями является наличие убеждения в том, что их витальные системы: кардиоваскулярная, респираторная, центральная нервная — потерпят крах. Из-за своего страха они постоянно прислушиваются к внутренним ощущениям и поэтому замечают и преувеличивают то, что проходит незамеченным у других людей.

Пациенты с паническими расстройствами имеют специфический когнитивный дефицит: они не способны реалистически воспринимать свои ощущения и катастрофически их интерпретируют.

Пациенты, пережившие один или несколько приступов паники в конкретной ситуации, начинают избегать подоб-

ных ситуаций. Предчувствие такого приступа запускает множество вегетативных симптомов, которые затем неправильно интерпретируются как признаки неминуемого несчастья (сердечного приступа, потери сознания, удушья), что может привести к полному разворачиванию панического приступа. У пациентов с паническим расстройством часто развивается агорафобия. Они, в конце концов, не покидают своей квартиры или так ограничивают свою деятельность, что не могут отходить далеко от дома и нуждаются в сопровождающем.

## Когнитивная модель фобии

**Фобия** — опредмеченная, конкретизированная тревога — является реакцией на конкретную угрозу. Страх, в отличие от «свободно плавающей», беспредметной тревоги, соотносится с определенным стимулом или объектом.

При фобиях имеется предчувствие физического или психологического ущерба в специфических ситуациях. Если пациент в состоянии избежать подобной ситуации, он не ощутит угрозы и сохранит спокойствие. Если же он попадет в такую ситуацию, то почувствует субъективные и физиологические симптомы тревоги.

Фобия представляет собой «страх ситуации, который, по общему мнению и по оценке самого человека, когда он пребывает вне ситуации, непропорционален вероятности и выраженности того ущерба, который с этой ситуацией связан» (Beck A., 1976. P. 159). Люди с фобиями боятся не ситуации как таковой, а последствий пребывания в этой



ситуации, чего стремятся избежать для предотвращения чрезмерной тревоги.

Страх перед отдельными ситуациями основан на преувеличенном представлении пациента об их особых, пагубных свойствах. Так, пациент с фобией тоннелей испытывает страх перед крушением в тоннеле и собственной смертью от удушья; другого пациента будет ужасать возможность наступления острого, смертельно опасного заболевания, если ему вовремя не окажут помощи. Агорафобические страхи вызывают беспокойство, когда индивид находится вне дома. Аэрофобические страхи включают боязнь упасть с высоты и умереть или получить травму. Человек, испытывающий страх перед эскалаторами, в действительности боится застрять и понести какой-либо ущерб. Человек с социальной фобией боится реакций на себя других людей. Страх последствий является когнитивным элементом, который лежит в основе фобий и объясняет их.

Поведенческие и физиологические реакции на потенциальную «опасность» (отвержение, недооценка, неудача) могут мешать функционированию пациента до такой степени, что способны вызывать как раз то, чего пациент боится.

## Когнитивная модель параноидных состояний

В психологии паранойя — это феномен, интегрирующий в себе такие психологические качества, как подозри-

телью, мнительность, недоверчивость, настороженность, осторожность в межличностных взаимоотношениях, а также психологическая ранимость, уязвимость, сенситивность, обостренная чувствительность, связанная с доминирующими тенденциями. Паранойя — аффективно окрашенная психологическая доминанта, мотивирующая поведение человека. Паранойяльная личность для психолога — это личность, имеющая подобные аффективно окрашенные психологические доминанты, мотивирующие ее поведение и деятельность. Такую личность характеризуют склонность к идеаторной разработке ситуации, тенденция к построению последовательных интеллектуальных конструкций, тенденциозно интерпретирующих реальность в русле доминирующих тенденций.

У подозрительной паранойяльной личности всегда на уме что-то есть. Она смотрит на мир с устойчивым предубеждением, постоянно игнорирует очевидные факты, вместо этого выискивая только те, которые подтверждают ее подозрения. Подозрительные люди не отвергают информацию; наоборот, они очень внимательно ее изучают, но изучают с крайним предубеждением, отбрасывая все, что опровергает их предположения, и хватаясь за все, что их подтверждает. Подозрительность характеризуется крайним напряжением и определяет направленность внимания. Ригидной направленностью внимания обусловлены и жуткие неудачи, и блестящие успехи параноидного познания.

Параноидному состоянию свойственны чрезмерная подозрительность, недоверие, склонность ставить под сомнение мотивы других людей; такие пациенты всегда насто-

роже, они полагают, что в намерения окружающих входит причинить им какой-либо ущерб, везде видят врагов; они озабочены несправедливостью, полагают, что с ними поступают не так, как следует, что их частные владения подверглись (или подвергнутся) нападению. Основная тема их мышления: «Я прав, он ошибается». Они склонны считать себя чьей-то жертвой, причем жертвой невинной.

Параноидный индивид приписывает другим людям предубедительное отношение к себе: они преднамеренно оскорбляют, вмешиваются, критикуют. В отличие от депрессивных пациентов, которые считают, что предполагаемые оскорбления или отвержения справедливы, параноидные пациенты уверены, что их третируют несправедливо.

Параноидным пациентам, в отличие от депрессивных, не свойственна низкая самооценка. Они больше озабочены несправедливостью предполагаемых нападков и вторжений, чем действительными потерями.

## Когнитивная модель obsессий и компульсий

Obsессивный синдром, или синдром навязчивости, — психопатологическое состояние с преобладанием навязчивостей, которые при obsессивном синдроме могут ограничиться каким-нибудь одним видом, например, навязчивым счетом, навязчивыми сомнениями, явлениями умственной жвачки и т. д. В других случаях одновременно сосуществуют самые различные по своим проявлениям навязчивости. Obsессивное состояние, как правило, сопровождается

компульсивным — неудержимым — стремлением к реализации влечений.

Пациенты с Obsessive-compulsive disorder подвергают сомнению ситуации, которые большинством людей считаются безопасными. Сомнение обычно касается ситуаций, являющихся потенциально опасными.

Obsessive-compulsive disorder пациенты постоянно сомневаются, совершили ли они действие, необходимое для безопасности (например, выключили ли газовую плиту, заперли ли на ночь дверь). Они могут бояться заражения микробами, и никакое разубеждение не устраняет страха.

Главная их черта — чувство ответственности за совершение действий, способных повредить им или их близким.

Compulsive disorder пациенты предпринимают попытки уменьшить чрезмерные сомнения, выполняя ритуалы, предназначенные для нейтрализации и предупреждения несчастья. Compulsive disorder мытье рук, например, основывается на убеждении пациента, что он устранил с них не всю грязь.

## Когнитивная модель истерии

Истерическая личность характеризуется крайним эгоцентризмом, постоянной потребностью находиться в центре внимания окружающих людей, лживостью, склонностью к фантазированию, демонстративностью поведения, яркостью и выразительностью эмоциональных реакций. Как правило, эти люди выделяются экстравагантностью в одежде.

де, броской, яркой внешностью, богатой экспрессией, впечатляющими позами, громкой речью, быстрыми, причудливыми переходами мысли, склонностью к пафосу и патетике. Им присущи живость и острота переживания текущих событий, склонность к драматизации. Они естественно и непринужденно держатся в шумных компаниях, азартно стремятся к новизне, острым ощущениям, легко устанавливают новые знакомства, широко афишируя свои связи.

Главная психологическая особенность истерической личности — склонность к вытеснению своих психологических проблем с формированием так называемой конверсионной симптоматики, то есть соматических симптомов, которые являются следствием вытесненных неразрешенных психологических конфликтов и проблем.

При истерии пациент убежден, что у него имеется соматическое расстройство. Так как воображаемое расстройство несмертельно, он склонен принимать его без особой тревоги. Пациенты, страдающие фобией, по существу, являются «сенсорными фантастами», то есть они воображают себе какую-то болезнь, а затем испытывают сенсорное ощущение как доказательство, подтверждающее наличие этой болезни. Сенсорные или моторные аномалии, как правило, соответствуют ошибочному представлению пациента об имеющейся у него органической патологии.

## Когнитивная модель нервной анорексии

Термином **«анорексия»** определяется возникающее в пубертатном периоде болезненное состояние (почти ис-

ключительно у девочек), связанное с желанием похудеть, стать изящной и оставаться такой. При хроническом течении имеется локальный страх, который можно назвать фобическим, перед нормальной едой, увеличением массы тела и достижением средних показателей, необходимых для сохранения здоровья. Первичных соматических или гормональных нарушений обычно не обнаруживается. В основе этого нарушения лежит подростковый конфликт развития без осознания последнего и реалистической установки в отношении собственного соматического состояния.

**Булимией** называется психосоматический синдром, характеризующийся «волчьим аппетитом», при котором поглощается большое количество пищи. Из опасения растолстеть больные часто сразу после еды вызывают у себя рвоту и пытаются ограничивать прием пищи, постытятся, применяют медикаменты и интенсивно занимаются спортом. К поглощению пищи больные, как правило, готовятся, совершая большие закупки ее или даже кражи. Они часто подолгу скрывают это от окружающих. Нарушается вся жизненная ситуация: мысли о еде постепенно отесняют семейные, межличностные и профессиональные проблемы на задний план, или возникают многочисленные соматические последствия (Бройтигам В., Кристиан П., Рад М., 1999).

Нервная анорексия и булимия представляют собой констелляции дезадаптивных убеждений, например: «Я стану безобразной, если буду больше весить», «Единственная вещь в моей жизни, которую я могу контролировать, — это мой вес» и «Если я не буду голодать, я начну полнеть, а это катастрофа!», которые вращаются вокруг одного центрального предположения: «Вес и форма моего

тела определяют мою ценность и мою социальную приемлемость».

Пациенты с нервной анорексией обнаруживают типичное искажение в переработке информации. Они неправильно интерпретируют симптомы наполнения желудка после приема пищи как признак того, что полнеют. Кроме того, они ошибочно воспринимают свой образ в зеркале или на фотографии как более объемный, чем есть на самом деле.

### Когнитивная модель расстройств личности

В основе нарушенной личности лежат генетическая предрасположенность и полученный опыт научения. Каждое нарушение личности характеризуется базисным убеждением и соответствующей поведенческой стратегией. Так, базисное убеждение зависимой личности: «Я беспомощен» и соответствующая ему поведенческая стратегия — привязанность; базисное убеждение избегающей (уклоняющейся) личности: «Мне могут причинить боль» и соответствующая поведенческая стратегия — избегание; базисное убеждение пассивно-агрессивной личности: «На меня могут наступить» и поведенческая стратегия — сопротивление; убеждение параноидной личности: «Люди — потенциальные противники» и соответствующая стратегия — осторожность; убеждение нарциссической личности: «Я — особенный» и поведенческая стратегия — самовозвеличивание; базисное убеждение артистической личности: «Мне нужно производить впечатление» и поведенческая стратегия —

драматизация; убеждение обсессивно-компульсивной личности: «Я не должен допускать ошибок» и поведенческая стратегия — перфекционизм; наконец, базисное убеждение антисоциальной личности: «Люди существуют для того, чтобы их били» и соответствующая поведенческая стратегия — нападение.

При каждом расстройстве личности можно обнаружить как чрезмерно, так и слаборазвитые стратегии. Например, при параноидном расстройстве «недоверие» является чрезмерно развитой стратегией, а «доверие» — слаборазвитой. Дисфункциональные схемы, характерные для нарушений личности, чрезвычайно стойки, поэтому когнитивное реструктурирование занимает у этих пациентов больше времени и предполагает более глубокое исследование происхождения схем, чем у пациентов с эмоциональными нарушениями.

## Когнитивная модель психосоматических расстройств

Под **психосоматическим расстройством** понимается такое соматическое нарушение, в этиопатогенезе которого центральная роль принадлежит психологическим факторам, в первую очередь неотреагированным, подавленным эмоциональным переживаниям. Роль социально-психологических факторов может быть выявлена в большей или меньшей степени в возникновении и развитии любого заболевания; при психосоматической патологии она максимальна. К психосоматическим заболеваниям относятся, на-



пример, гипертоническая болезнь, язвенная болезнь, ишемическая болезнь сердца, бронхиальная астма, неспецифический язвенный колит, экзема, нейродермит. Для каждого из них характерны те или иные эмоциональные переживания, связанные с определенным внутриличностным конфликтом или специфической личностной структурой, продуцирующей эти конфликты и эмоциональные переживания.

К психологическим особенностям пациентов, страдающих психосоматическими заболеваниями, относят обязательность, пунктуальность, ответственность, чрезмерную нормативность, развитое чувство долга, высокие морально-этические стандарты. В большинстве своем это люди с высоким самоконтролем поведения, выраженным в такой степени, что его можно охарактеризовать как невротический сверхконтроль поведения.

Психосоматическим пациентам свойственна гиперреакция на трудные жизненные ситуации. Под воздействием стресса все люди склонны к чрезмерному, гипертрофированному реагированию на жизненные трудности. Эта гиперреакция чаще всего сказывается на какой-то конкретной, наиболее уязвимой физиологической системе. Таким образом, пациенты, чья гиперреакция достигает выраженности длительного или тяжелого психосоматического расстройства, имеют много общих характеристик с пациентами, склонными к проявлениям гнева или тревоги: они воспринимают безобидные жизненные переживания как угрожающие, преувеличивая значение несущественных угроз. Сами по себе ситуации острого стресса менее важны, чем восприятие их пациентом.

Большинство пациентов с психосоматическими расстройствами вообще не подвергались каким-либо особым внешним стрессам. Однако существуют и внутренние стрессы, основной из которых обусловлен требованиями, предъявляемыми к себе этими пациентами. Требовательные к себе индивиды разделяют ложные когнитивные представления относительно важности и сложности стоящих перед ними задач, недооценивают свою способность с ними справиться, преувеличивают вероятность неудачи и значение ее последствий (Паттерсон С, Уоткинс Э., 2003).

## **СОДЕРЖАНИЕ КОГНИТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ**

В терапевтическом изменении взаимодействуют когнитивный, эмоциональный и поведенческий каналы, однако когнитивная терапия подчеркивает ведущую роль когний в вызывании и поддержании терапевтических изменений. Когнитивные изменения происходят на трех уровнях:

- 1) в произвольном мышлении;
- 2) в непрерывном, или автоматическом, мышлении;
- 3) в предположениях (убеждениях).

Каждый уровень имеет свои доступность для анализа и стабильность.

В задачи когнитивной терапии входят-исправление ошибочной переработки информации и помощь пациен-

там в модификации убеждений, поддерживающих их неадаптивное поведение и эмоции. Когнитивная терапия вначале нацелена на снятие симптома, включая проблемное поведение и логические искажения, но конечная цель — устранение систематических предубеждений в мышлении. Чтобы этого достигнуть, пациент в ходе когнитивной терапии должен научиться:

- а) идентифицировать и модифицировать свои дисфункциональные мысли и поведение;
- б) распознавать и корректировать когнитивные паттерны, приводящие к дисфункциональному мышлению и поведению.

Важно научить пациента логически подходить к проблемам и вооружить его различными техниками для того, чтобы он сумел с этими проблемами справиться. Иными словами, задача когнитивной терапии — помочь пациенту выработать определенные умения, а не просто нейтрализовать его страдания. Пациент научается:

- а) реалистически оценивать значимые для него события и ситуации;
- б) обращать внимание на разные аспекты ситуаций;
- в) продуцировать альтернативные объяснения;
- г) проверять свои дезадаптивные допущения и гипотезы путем изменения поведения и апробации более адаптивных способов взаимодействия с окружающим миром.

Долгосрочная цель когнитивной терапии — облегчение процесса психологического созревания, что предполагает оттачивание приобретенных умений и выработку объективного отношения к действительности, включая оттачивание навыков межличностного общения и усвоение более

эффективных методов приспособления к сложным и разнообразным ситуациям.

Когнитивная терапия рассматривает убеждения пациента как гипотезы, которые можно проверить с помощью поведенческого эксперимента. Когнитивный терапевт не говорит пациенту, что его убеждения иррациональны или неправильны или что ему необходимо принять убеждения терапевта. Вместо этого он задает вопросы для извлечения информации о значении, функции и последствиях убеждений пациента, а затем тот сам решает, отвергать, модифицировать или сохранять ему свои убеждения, предварительно осознав их эмоциональные и поведенческие последствия.

Когнитивная терапия предназначена для того, чтобы научить пациентов (Александров А. А., 2004):

- контролировать дисфункциональные (иррациональные) автоматические мысли;
- осознавать связи между когнициями, аффектами и поведением;
- изучать аргументы за и против дисфункциональных автоматических мыслей;
- заменять дисфункциональные автоматические мысли на более реалистические интерпретации;
- идентифицировать и изменять убеждения, которые предрасполагают к искажению опыта.

Для решения этих задач в когнитивной терапии используются когнитивные и поведенческие техники.

Бек формулирует три основных стратегии когнитивной терапии: эмпиризм сотрудничества, сократовский диалог и направляемое открытие.

## Эмпиризм сотрудничества

Эмпиризм сотрудничества заключается в том, что терапевт и пациент являются сотрудниками в исследовании фактов, которые подкрепляют или опровергают когниции пациента. Как при научном исследовании, интерпретации или предположения рассматриваются в качестве гипотез, нуждающихся в проверке.

Эмпирические доказательства используются для определения того, служат ли данные когниции какой-либо полезной цели. Исходные умозаключения подвергаются логическому анализу. Основанность мышления на предубеждениях станет очевидной для пациента, когда он осознает альтернативные источники информации. Этот процесс является партнерским между пациентом и терапевтом.

## Сократовский диалог

Беседа служит главным терапевтическим инструментом в когнитивной терапии, при этом широко используется сократовский диалог. Терапевт тщательно составляет вопросы для обеспечения нового научения. Цели вопросов сводятся к следующему:

- а) прояснить или определить проблему;
- б) помочь пациенту идентифицировать мысли, образы, предположения;
- в) изучить значение событий для пациента;
- г) оценить последствия поддержания нсадаптивных мыслей и поведения.

Сущность сократовского диалога состоит в том, что пациент приходит к логическим заключениям на основе вопросов, которые терапевт ставит. Таким образом, чтобы «поймать» пациента в ловушку, подвести его к неизбежному выводу, чтобы пациент мог посмотреть на свои предположения объективно, не прибегая к защите (Александров А. А., 2004).

Сократовский диалог — убеждение посредством диалектики, своеобразный метод рассуждения; его можно представить себе в виде интеллектуальной борьбы, в ходе которой корректируются непоследовательные, противоречивые и бездоказательные суждения больного. Психотерапевт постепенно, шаг за шагом, подводит пациента к необходимому и запланированному выводу. В основе этого процесса лежит логическая аргументация, составляющая суть методики. Во время беседы психотерапевт задает вопросы пациенту таким образом, чтобы тот давал лишь положительные ответы, на основе чего пациент подводится к принятию суждения, которое в начале беседы не принималось, было непонятным или неизвестным (Карвасарский Б. Д., 1998).

## Направляемое открытие

Посредством направляемого открытия пациент модифицирует неадаптивные убеждения и предположения. Терапевт служит «проводником»: он проясняет проблемное поведение и логические ошибки, создавая новый опыт посредством поведенческих экспериментов. Этот опыт ведет

к приобретению новых умений и взглядов. С помощью когнитивных и поведенческих методов пациент открывает адаптивные способы мышления и поведения. Он научается исправлять ошибочную когнитивную переработку информации, так что в конце концов становится независимым от терапевта. Направляемое открытие подразумевает, что терапевт не призывает пациента принять новый набор убеждений, а поощряет пациента использовать информацию, факты и возможности для формирования реалистического взгляда (Александров А. А., 2004).

## **ЭТАПЫ КОГНИТИВНОЙ ТЕРАПИИ**

### **Терапевтический альянс**

Процесс терапии начинается с того, что врач пытается побудить пациента к сотрудничеству, то есть сформировать с ним терапевтический альянс. В определенном смысле терапевт и клиент являются собой «команду». Исходная точка для их сотрудничества — это общий интерес к мыслям, чувствам, желаниям и поведению пациента. Вместе они пытаются определить, что и как думает пациент, на чем основаны его мысли, какие выгоды он извлекает и что теряет в результате своего мышления. Уникальный вклад пациента заключается в том, что он предоставляет исходные данные для исследования, а именно — сообщает терапевту о своих мыслях, чувствах и желаниях. Задача терапевта — направлять пациента,

подсказывая ему какие данные необходимы и как их моленно использовать в терапевтических целях.

## Обоснование когнитивного подхода

Обоснование основного принципа когнитивной психотерапии — первая задача начального этапа терапии. Врач представляет пациенту план терапии и обосновывает ее применение. Затем он объясняет пациенту, что такое «автоматические мысли», и какая связь существует между мыслями и чувствами. Он может объяснить эту взаимосвязь на конкретном примере (Бек А. и др., 2003):

*Терапевт.* Чувства человека зависят от того, как он истолковывает события. Приведу вам пример. Недавно одна моя пациентка, успешно завершившая лечение, рассказала мне о мыслях, посещавших ее в начале терапии, когда она сидела в приемной, ожидая встречи со мной. Она ревностно следила за тем, во сколько я начинаю сессию. Если я опаздывал хотя бы на несколько минут, она думала: «Он не хочет видеть меня», — и эта мысль расстраивала ее. Если я начинал сессию чуть раньше назначенного времени, она говорила себе: «Должно быть, мои дела совсем плохи, если он готов потратить на меня лишнее время», — и ее охватывала тревога. В тех случаях, когда я начинал сессию строго по расписанию, у нее возникала мысль: «У него тут настоящий конвейер. Я для него всего-навсего очередной пациент». И она чувствовала раздражение. Как видите, в какое бы время я ни начинал сессию, она истолковывала это исключительно негативным образом, и эти



негативные интерпретации вызывали у нее отрицательные эмоции. Пациентка сумела попать взаимосвязь между своими мыслями и чувствами. Научившись идентифицировать свои мысли и сообщать о них, она осознала их иррациональность. Теперь, когда у нее возникали подобные мысли, она могла самостоятельно корректировать их, и это привело к исчезновению отрицательных эмоций.

В процессе терапии терапевт постоянно обращает внимание пациента на то, как мысль связана с чувством. Если пациент заявляет: «Я чувствую себя ужасно», когнитивный терапевт спросит: «О чем вы сейчас думаете?» Если пациент записывает в своем дневнике, что, выполняя то или иное домашнее задание, он чувствовал себя «угнетенным» или «подавленным», терапевт просит его рассказать, какие мысли предшествовали этим неприятным чувствам. Можно также спросить пациента, что означает для него это домашнее задание.

## Распознавание негативных мыслей

Таким образом, сначала пациенту объясняют механизмы действия когнитивной терапии, после чего учат распознавать, отслеживать и записывать свои негативные мысли. Пациент, побуждаемый и ведомый терапевтом, научается распознавать и регистрировать свои автоматические негативные интерпретации.

Поскольку автоматические мысли оказывают влияние на наши чувства и действия, а также в связи с тем, что они могут оказаться источником проблем, психотерапевтам не-

обходимо научить своих клиентов выявлению автоматических мыслей. Прежде всего, надо рассказать пациенту о том, что между событием и реакцией на него возникает мысль. Как только пациент усвоит эту концепцию, можно научить его выявлять эти вклинивающиеся мысли, например: «Что произошло после того, как вы потеряли ключи от машины, и до возникновения у вас чувства гнева? Какие мысли возникли у вас в промежутке между этими двумя событиями?» Таким образом, научившись идентифицировать свои проблемные автоматические мысли, пациенты подходят к выявлению алогичного мышления (например, восприятие катастроф; утверждения типа «следует») и искажений реальности.

Затем терапевт и пациент приступают к анализу этих данных, чтобы выявить конкретные паттерны автоматического мышления. Какого рода события обычно вызывают у пациента негативные мысли? Насколько уверен пациент в том, что эти мысли точно описывают реальное событие? Какие логические ошибки совершает пациент, делая выводы о самом себе, своем будущем и окружающем мире? Может быть, он придает чрезмерное значение отрицательным фактам и игнорирует позитивные факты? Каково содержание его мыслей и представлений, не прослеживаются ли там повторяющиеся темы (может быть, пациент постоянно оценивает свою компетентность или реакцию других людей на свои поступки)?

Вторая важная задача данного этапа — сведение проблем (идентификация проблем, имеющих в основе одни и те же причины, и их группировка), что относится как к симптомам (соматическим, психопатологическим), так и к эмо-

циональным проблемам. При этом достигается укрупнение мишенной психотерапевтического воздействия. Другим вариантом сведения проблем является классификация первого звена в цепи симптомов, который и запускает всю *цепь*, что иногда приводит к выходу на более перспективный уровень работы.

После этапа обучения пациента идентификации своих неадаптивных когниций следует этап исследования ложных когниций, во время которого клиент обучается рассматривать их объективно. Процесс объективного рассмотрения мыслей называется отдалением; больной рассматривает свои неадаптивные когниций, автоматические мысли 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 больным психотерапевту реальности своих автоматических мыслей 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 событием.

В некоторых случаях, когда пациент испытывает особенно большие затруднения в разграничении факта и своего мнения о нем, полезен прием рассказа о себе в третьем лице. И тогда пациент, имеющий неадаптивную когнцию («Я никогда не смогу наладить отношения с сокурсниками»), описывает ситуацию, в которой у него появляется эта

когниция, от имени третьего лица. «И вот он приходит в аудиторию, где начали собираться студенты. И думает: „Я никогда не смогу наладить с ними отношения“. Садится обособленно на крайнее место, очень сосредоточенно раскладывает свои тетради и погружается в них и т. д.» (Федоров А. П., 2002).

## Анализ негативных мыслей

Следующий этап — идентификация, осознание, вербализация неадаптивных когниций, искажающих восприятие реальности. Пациент совместно с терапевтом анализирует записанные мысли и переживания, чтобы установить степень их логичности, обоснованности и адаптивности и наметить позитивные паттерны поведения взамен патологичных. Терапевт и пациент совместно определяют, в какой мере выводы и заключения пациента соответствуют наблюдениям и заключениям других, незаинтересованных лиц, то есть осуществляют проверку реальностью. Таким образом анализируются, например, склонность пациента брать на себя ответственность за любые негативные результаты и неспособность признавать собственные достижения. Терапевт задает вопросы, с тем чтобы установить, не придает ли пациент идиосинкразического значения определенным событиям.

Зачастую эти идиосинкразические депрессивные образования имеют стереотипный характер и содержат повторяющиеся темы, такие как: «Я ни к чему не способен» или: «Моя жизнь не удалась». Выявив эти темы,

терапевт тактично подводит пациента к их осознанию. Вместе они пытаются определить, из каких базовых предпосылок исходит пациент (например: «Пока я не достигну во всем совершенства, я — неудачник»). Таким образом пациент научается идентифицировать свои базовые установки и проверять их обоснованность. Терапия сфокусирована на конкретных «симптомах-мишенях», например на суицидальных импульсах. Терапевт устанавливает и затем подвергает логической и эмпирической проверке мысли и убеждения, питающие эти симптомы (например: «Моя жизнь бессмысленна», «Я не в силах что-либо изменить»).

### Экспериментальный метод

Для такой проверки может быть использовано несколько приемов, например, экспериментальный метод. В этом случае пациент получает подробные представления о некоторых положениях когнитивной психотерапии, особое внимание обращается на необходимость проведения различий между объективной реальностью (сенсорный уровень обработки информации) и воспринятой реальностью. Уровень субъективного восприятия зависит от когнитивных процессов и связан с интерпретацией — обработкой сигналов сенсорного уровня. На этом уровне могут быть значительные искажения из-за сбоев, ошибок в протекании когнитивных процессов из-за автоматически включающихся в них оценочных когниций. Экспериментальный метод предполагает погружение пациен-

та в значимые проблемные ситуации, в том числе по принципу «здесь и теперь», возможно, 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 (Федоров А. П., 2002). Автоматические мысли проверяются с помощью прямого доказательства или логического анализа. Доказательство можно получить из прошлых или настоящих обстоятельств, но оно должно быть очень близко фактам. Доказательства могут быть также получены из результатов поведенческих экспериментов. Такие эксперименты дают возможность пациенту опровергнуть прежнее убеждение. Например, если человек убежден в том, что не способен вступить в контакты с другими людьми, то он может попытаться заговорить с малознакомыми ему людьми. Эмпирическая природа поведенческих экспериментов дает возможность пациентам мыслить более объективно.

## Коллекционирование автоматических мыслей

Распознавание неадаптивной когниции может быть облегчено с помощью приема коллекционирования автоматических мыслей. Термин «неадаптивная когниция» применяется к любой мысли, вызывающей неадекватные или болезненные эмоции, затрудняющей решение какой-либо проблемы. Пациенту предлагается сосредоточиться

на мыслях или образах, создающих дискомфорт в проблемной или сходных с ней ситуациях. Неадаптивные когниции, как правило, имеют характер «автоматических мыслей», они возникают без какого-либо предварительного рассуждения, рефлекторио, и всегда выступают в качестве вполне обоснованных, не подвергаемых пациентом сомнению убеждений. Они непроизвольны, не привлекают его внимания, хотя и направляют его поступки. Сфокусировавшись на них, пациент может распознать их и зафиксировать. Обычно вне значимой, проблемной ситуации эти мысли осознаются с трудом, например при фобиях. Неоднократное приближение или погружение в ситуацию позволяет сначала осознать, осуществить их «коллекционирование», а впоследствии вместо сокращенного, как в телеграмме, варианта представить в более развернутом виде (Федоров А. П., 2002).

### «Заполнение пустот»

Метод «заполнения пустот» используется при умеренном уровне испытываемых эмоций или симптомов и недостаточной оформленности, нечеткости сопровождающих их когниции. В этом случае используется предложенная Эллисом схема анализа, названная им схемой *A—B—C*. Пациент обучается отслеживать последовательность внешних событий (*L*) и наблюдать за реакцией на них (*C*). Последовательность становится ясной, если пациент заполняет пустоту в своем сознании, которая явится связующим звеном между *L* и *C*, то есть обозначит *B*. Это мысли или

образы, возникшие в данный промежуток и делающие понятной связь между *L* и *C*.

Один пациент описал такую последовательность событий: (*L*) — встреча со старым другом, (*C*) — печаль. Далее пациент сумел постепенно восстановить событие и вспомнить мысли, возникшие в промежутке. Встреча со старым другом вызвала следующую цепочку мыслей (*B*): «Если я поздороваюсь с ним, он, возможно, меня не вспомнит... Прошло столько времени, у нас нет ничего общего... Он может осадить меня... Встреча не будет похожа на былое». Эти мысли вызвали чувство печали. Метод заполнения пустоты может оказать большую помощь пациентам, расстройство у которых выражается в чрезмерном чувстве стыда, тревоги, гнева или печали в межличностных ситуациях. Например, студент избегал общественных собраний из-за необъяснимого чувства стыда, тревоги и печали. После обучения распознаванию и записи своих когниций он сообщил, что в социальных ситуациях у него возникают такие мысли: «Никто не захочет со мной разговаривать... Все думают, что я выгляжу жалким... Я просто не приспособлен к обществу». От этих мыслей у него появились униженность, тревога и печаль и возникло сильное желание убежать (Александров А. А., 2004).

Исследование мыслей пациента может вести к когнитивному изменению. Беседа помогает открыть логическую непоследовательность, противоречивость и другие ошибки в мышлении. Идентификация и категоризация когнитивных искажений сами по себе полезны, так как пациен-



ты обнаруживают ошибки, которые они затем могут исправлять.

Один из мощных компонентов обучающей модели психотерапии состоит в том, что пациент постепенно перенимает от врача многие терапевтические техники. В какой-то момент он вдруг обнаруживает, что начинает играть роль терапевта по отношению к самому себе, подвергая сомнению собственные умозаключения или прогнозы.

Когнитивные техники используются также для идентификации и исследования неадаптивных предположений (убеждений), которые обычно намного менее доступны пациентам, чем автоматические мысли. Лишь отдельные пациенты способны сформулировать свои убеждения, большинство же испытывают затруднение. Убеждения служат темами для автоматических мыслей. Терапевт может предложить пациенту извлечь правила, лежащие в основе его автоматических мыслей, а также сделать гипотезу на основании этих данных и представить свои предположения пациенту для подтверждения. Пациенты имеют право не соглашаться с терапевтом и находить более точные формулировки своих убеждений.

Если предположение (убеждение) идентифицировано, то оно открыто для модификации, для осуществления которой есть несколько способов:

- а) спросить у пациента, является ли убеждение разумным;
- б) попросить пациента привести доводы «за» и «против» сохранения его убеждения;
- в) предоставить доказательство, факты, противоречащие этому убеждению, то есть опровергнуть его.

## Коррекция автоматических мыслей

### Декатастрофизация

Большинство проблем у пациентов возникает в контексте межличностных отношений. Наиболее распространенное предубеждение тревожных людей: «Ужасно, если кто-то будет плохого мнения обо мне». Пациенты обычно больше всего боятся низкой оценки своими сверстниками, соучениками, сотрудниками или друзьями. Однако многие пациенты еще больше боятся перспективы показаться смешным незнакомым людям. Они с тревогой предчувствуют реакции со стороны продавцов в магазине, официантов, таксистов, пассажиров автобуса или прохожих на улице.

Человека может страшить ситуация, в которой он окажется, по его мнению, уязвимым к критике, в которой способен проявить некую «слабость» или «промах». Он часто боится неодобрения за то, что не похож на других. У пациента существует смутное представление о том, что отрицание или критика каким-то образом наносят ущерб его «Я-образу». **Катастрофизация** — преувеличение последствий негативных событий.

**Декатастрофизация** — или, как ее еще называют, *техника «что если»* — предназначена для исследования действительных, фактических событий и последствий, наносящих пациенту, в его представлении, психологический ущерб и вызывающих чувство тревоги. Эта техника помогает пациентам подготовиться к последствиям, сопряженным со страхом. Она полезна для уменьшения избегания (Александров А. А., 2004).

Бек приводит следующий пример использования «де-катастрофизации» у студента, который становился заторможенным в различных ситуациях, требующих отстаивания своего «Я»: ему было страшно, например, спросить дорогу у незнакомого человека, проверить кассовый дубликат своего счета, отказаться от чьей-либо просьбы, попросить кого-либо об одолжении, выступить перед аудиторией.

*Пациент.* Мне нужно завтра выступить перед своей группой, и я перепуган до смерти.

*Терапевт.* Чего же вы боитесь?

*Пациент.* Мне кажется, я буду выглядеть дураком.

*Терапевт.* Предположим, вы действительно будете выглядеть дураком. Что в этом плохого?

*Пациент.* Я этого не переживу.

*Терапевт.* Но послушайте, предположим, они будут смеяться над вами. Неужели вы от этого умрете?

*Пациент.* Конечно нет.

*Терапевт.* Предположим, они решат, что вы — наихудший из всех существовавших ораторов... Разрушит ли это вашу будущую карьеру?

*Пациент.* Нет. Но неплохо быть хорошим оратором.

*Терапевт.* Конечно, неплохо. Но если вы потерпите неудачу, неужели родители или жена отрекутся от вас?

*Пациент.* Нет. Они отнесутся с сочувствием.

*Терапевт.* Так что же в этом самое ужасное?

*Пациент.* Я буду плохо чувствовать себя.

*Терапевт.* И долго вы будете себя плохо чувствовать?

*Пациент.* День или два.

*Терапевт.* А затем?

*Пациент.* Затем все придет в порядок.

*Терапевт.* Итак, вы боитесь, что на карту поставлена ваша судьба.

*Пациент.* Верно. У меня такое чувство, что па карту поставлено все мое будущее.

*Терапевт.* Итак, где-то по дороге ваше мышление дает сбой... и вы склонны рассматривать любую неудачу, словно это Конец света... Вам нужно на самом деле обозначить свои неудачи как неуспехи в достижении цели, а не как страшное бедствие. Вам нужно начать оспаривать свои ложные послышки.

(На следующем сеансе — после того, как пациент произнес речь, которая, как он и предчувствовал, оказалась не вполне удачной вследствие его страхов — были рассмотрены его представления о неудаче.)

*Терапевт.* Как вы себя сейчас чувствуете?

*Пациент.* Я чувствую себя лучше... но был разбит в течение нескольких дней.

*Терапевт.* Как вы теперь расцениваете свое мнение, что нескладная речь — это катастрофа?

*Пациент.* Конечно, это не катастрофа. Это неприятно, но я переживу.

(Далее была проведена работа с пациентом по изменению его представления о неудаче как катастрофе. Перед следующим выступлением через неделю его гораздо меньше мучили тревожные предчувствия, и во время выступления он ощущал меньший дискомфорт. На очередном сеансе пациент полностью согласился с тем, что придавал слишком большое значение реакциям своих товарищей. Произошел следующий разговор.)

*Пациент.* Во время последнего выступления я чувствовал себя гораздо лучше... Мне кажется, это дело опыта.

*Терапевт.* Возник ли у вас хоть какой-то проблеск осознания того, что чаще всего не так уж важно мнение людей о вас?

*Пациент.* Если я собираюсь стать врачом, мне необходимо производить хорошее впечатление на своих пациентов.

*Терапевт.* Плохой вы врач или хороший, зависит от того, насколько хорошо вы диагностируете и лечите своих пациентов, а не от того, насколько успешно вы выступаете перед публикой.

*Пациент.* Ладно... я знаю, что с пациентами у меня все в порядке, и мне кажется, что именно это главное.

(Заключительная часть была посвящена рассмотрению неадаптивных убеждений пациента, вызвавших дискомфорт в других ситуациях. Пациент сообщил о своей новой позиции: «Я теперь вижу, насколько смешно тревожиться по поводу реакции совершенно незнакомых людей. Я никогда их больше не увижу. Поэтому какая разница, что они обо мне подумают?»)

### Реатрибуция

Это техники, проверяющие правильность автоматических мыслей и убеждений путем рассмотрения альтернативных причин событий. Реатрибуция особенно полезна в тех случаях, когда пациенты воспринимают себя как причину событий (явление персонализации) либо, при отсутствии доказательств, приписывают причину события дру-

тому человеку или какому-то единственному фактору. Техники реатрибуции предполагают проверку реальности и исследование всех факторов, повлиявших на возникновение ситуации.

### **Переформулирование**

Эта техника предназначена для мобилизации человека, считающего, что проблема им не контролируется. Например, одинокому человеку, который думает: «Никто не обращает на меня внимания», рекомендуется по-новому сформулировать проблему: «Мне нужно протянуть руку другим людям, чтобы обо мне позаботились». При формулировании проблемы по-новому необходимо предусмотреть, чтобы она получила более конкретное и специфичное звучание; кроме того, она должна быть обозначена с точки зрения поведения пациента.

### **Децентрализация**

При различных психологических расстройствах — тревоге, депрессии, параноидных состояниях — главное искажение мышления проистекает из склонности пациента персонифицировать события, не имеющие к нему отношения. Метод освобождения пациента от свойства видеть в себе точку сосредоточения всех событий называется децентрализацией. Для проверки искаженных убеждений пациентов предлагаются поведенческие эксперименты. Например, один студент, который предпочитал молчать на занятиях, считал, что его товарищи постоянно наблюдают за ним и замечают его тревогу. Ему было предложено понаблюдать за ними, вместо того чтобы со-

средоточиваться па своем дискомфорте. Когда он увидел, что одни студенты конспектируют, другие слушают профессора, а третьи мечтают, то пришел к выводу, что его товарищи озабочены своими делами.

## Идентификация и коррекция дисфункциональных убеждений

Эти убеждения менее доступны для анализа, чем автоматические мысли. Об убеждениях пациентов можно судить по темам их автоматических мыслей. Дополнительный источник для формирования гипотез, связанных с убеждениями, — поведение пациентов, стратегии преодоления ими трудностей, личные истории. Пациентам часто сложно сформулировать свои убеждения без помощи терапевта, поэтому последний представляет им гипотезы для проверки. Для коррекции убеждений терапевт может (Александров А. А., 2004):

1) задавать пациентам вопросы с целью побуждения их исследовать свои убеждения. Например: «Является ли данное убеждение разумным?», «Какие преимущества и неудобства связаны с сохранением данного убеждения?»;

2) организовывать «когнитивный эксперимент», в ходе которого пациенты проверяют истинность своих суждений. Например, пациентка Бека из-за опасения обнаружить, что не может доверять своему мужу, постоянно искала у него недостатки, в результате чего их отношения становились все более отчужденными. Ее основным убеждением было: «Я ни в коем случае не могу позволить себе

оказаться уязвимой». Бек предложил ей трехмесячный эксперимент, чтобы проверить гипотезу: «Если я полностью посвящу себя налаживанию отношений с мужем, буду искать положительное вместо отрицательного, я почувствую себя в большей безопасности». В результате пациентка обнаружила, что она стала более уверенной и теперь меньше думает о разводе с мужем;

3) использовать образы для того, чтобы помочь пациентам вновь пережить случившиеся в прошлом события и таким путем реструктурировать свой опыт и сформированные на его основе убеждения;

4) использовать детский опыт пациентов с расстройствами личности для пересмотра их убеждений, сформированных в рассматриваемый период, в процессе ролевой игры со сменой ролей;

5) помогать пациентам заново формировать убеждения, заменять дисфункциональные убеждения на более конструктивные.

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. Если такие правила носят абсолютистский характер, то они влекут за собой регуляцию поведения, не учитывающую реальной ситуации и поэтому создающую проблемы для индивида. Для того чтобы у пациента не было таких проблем, считает А. Бек, ему необходимо модифицировать их, сделать их менее генерализованными, ме-



нее персонифицированными, более гибкими, более учитывающими реальность. Содержание правил регуляции поведения центрируется вокруг двух основных параметров: опасность — безопасность и боль — удовольствие. 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 одной 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 не на высоте», и с этой неопределенностью связана его оценка эффективности своих взаимодействий с партнером (Федоров А. П., 2002).

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, реальному тестированию ее. Такой контакт может быть восстановлен при погружении в проблемную ситуацию в воображении или на уровне реального действия с четкой вербализацией новых правил регуляции, позволяющих испытывать умеренный уровень эмоций. Восстановление контакта с ситуацией проводит-

ся или постепенно, малыми шагами, по типу систематической десенситизации, или большим прыжком по типу имплозии и наводнения.

Ось боли — удовольствия отражает гипертрофированное преследование определенных целей в ущерб другим. Например, человек, следующий правилу: «Я никогда не стану счастливым, если не буду знаменитым», в угоду рабскому следованию ему обрекает себя на игнорирование других сфер своих отношений. После выяснения таких позиций врач помогает пациенту осознать ущербность подобных правил, их саморазрушающий характер, объясняет, что больно́й был бы счастливее и меньше страдал, если бы руководствовался более реалистичными правилами. Задача психотерапевта — помочь пациенту самому найти их. Создающими проблемы являются правила, относящиеся к долженствованию («тирания долженствования», по К. Хорни).

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 их в проблемную сферу. Возможен вариант работы, когда пациенту помогают сформировать несколько новых, альтернативных правил, которыми бы он руководствовался при столкновении с проблемной ситуацией.

В большинстве случаев переструктурирование правил саморегуляции в когнитивной психотерапии А. Бека осуществляется прежде всего на когнитивном уровне.

Выделение этапов работы с пациентом допускает применение нескольких приемов, в том числе из других систем психотерапии, если они направлены на достижение той же цели. Например, специально для повышения настроения при работе с депрессивными больными А. Бек часто использовал две техники.

1. Техника учета проявлений активности предлагает пациенту записывать все дела, как большие, так и малые, совершенные в течение дня, час за часом. Фиксация завершенных дел обычно осуществляется в конце дня.

2. Терапия мастерства и удовольствия имеет целью получение чувства удовольствия и чувства достижения день за днем. Для этого пациент на специальной странице (бланке) в конце дня записывает каждое завершенное действие и отмечает по шкале от 0 до 10 баллов степень достижения и удовольствия. Подобная фиксация позволяет восстановить пробелы в восприятии окружающего мира, способствует разрушению иррациональных установок типа: «У меня ничего не получится», «Меня ничто не радует», «Я ничего не стою».

Когнитивная психотерапия А. Бека относится к инсайт-ориентированным видам психотерапии. В ее рамках инсайт рассматривается как процесс установления связи между жизненными событиями и психологическими реакциями. Он направлен на раскрытие значения, которое индивид придает внешнему окружению и внутренним ощущениям.

Когнитивная психотерапия, как и другие виды реконструктивной психотерапии, стремится достичь изменений в личности, чтобы пациент соответствовал требованиям

окружения и находился в большей гармонии с собственными потребностями. Основное переструктурирование осуществляется за счет замены неадаптивных когниций. Когнитивная психотерапия использует то, что выводится из сознательного жизненного опыта, и не отыскивает скрытого символического значения в высказываниях пациента.

## ПЕРВОЕ ИНТЕРВЬЮ

Многие терапевты предпочитают начинать интервью с вопроса: «Что вы чувствуете сейчас, сидя здесь?» Довольно часто пациенты говорят в ответ, что испытывают тревогу, или выражают пессимизм. В этом случае терапевт должен осторожно выведать, какие мысли скрываются за этими неприятными чувствами. Терапевт может спросить: «Вы помните, о чем вы думали по дороге сюда и сидя в приемной?» или: «Чего вы ждали, когда шли на встречу со мной?» Даже просто делясь с терапевтом своими ожиданиями, пациент ступает на путь терапевтического сотрудничества.

Пример первого интервью приводят А. Бек и соавторы:

*Терапевт.* Что вы чувствовали сегодня, когда шли сюда?

*Пациент.* Я ужасно нервничал.

*Терапевт.* У вас были какие-нибудь мысли обо мне или предстоящей терапии?

*Пациент.* Я боялся, вы подумаете, что я не подхожу для вашей терапии.

*Терапевт.* Какие еще мысли и чувства посещали вас?

*Пациент.* По правде говоря, я чувствовал некоторую безысходность. Понимаете, я ведь побывал уже у стольких терапевтов, а моя депрессия все равно со мной.

*Терапевт.* Скажите, сейчас, сидя здесь и разговаривая со мной, вы по-прежнему думаете, что я откажу вам в лечении?

*Пациент.* Ну, не знаю... А вы не откажете?

*Терапевт.* Нет, разумеется нет. Но на примере этой вашей идеи можно проследить, как негативные ожидания заставляют вас испытывать тревогу. Как вы чувствуете себя сейчас, когда вы знаете, что ошиблись в своих ожиданиях?

*Пациент.* Я уже не так нервничаю, как раньше. Но меня все равно не отпускает страх. Я боюсь, что вы не сможете помочь мне.

*Терапевт.* Думаю, чуть позже мы вернемся к этому вашему чувству и посмотрим, по-прежнему ли вы испытываете его. В любом случае я думаю, что нам удалось проследить одну важную закономерность. Мы установили, что негативные идеи рождают у человека неприятные чувства — в вашем случае тревогу и чувство безысходности. Как вы чувствуете себя сейчас?

*Пациент (немного расслабившись).* Получше.

*Терапевт.* Хорошо. А теперь постарайтесь по возможности кратко сформулировать, в чем я должен помочь вам.

Начиная таким образом интервью, терапевт решает несколько задач (Бек А. и др., 2003):

а) помогает пациенту расслабиться и вовлекает его в терапевтические отношения;

б) получает информацию о негативных ожиданиях пациента;

в) показывает пациенту, как его мысли влияют на его эмоциональное состояние;

г) дает стимул пациенту, убедившемуся в возможности быстрой нейтрализации неприятных чувств, для идентификации и коррекции своих когнитивных искажений.

Умело проведенное интервью, наряду с тем что оно обеспечивает терапевта диагностическими данными, информацией о прошлой и нынешней жизни пациента, его психологических проблемах, отношении к лечению и мотивации, также позволяет пациенту более объективно взглянуть на свои проблемы.

## Терапевтические цели первого интервью

Основной терапевтической целью первого интервью является ослабление хотя бы некоторых из беспокоящих пациента симптомов. Очевидно, что эта задача согласуется как с потребностями пациента, который рассчитывает на облегчение страданий, так и с желанием терапевта помочь страдающему человеку. Кроме того, если пациент видит, что терапевт способен оказать ему реальную помощь, он, естественно, начинает испытывать доверие к терапевту и более охотно идет на сближение и сотрудничество. Ослабление симптомов само по себе обнадеживает пациента, а положительный эффект от «проработки» конкретной

проблемы стимулирует его к выполнению домашних заданий.

Стремясь облегчить страдания пациента, терапевт не должен полагаться только на целебную силу рапорта, сочувствия или обещаний «скорого выздоровления». Подбадривание и уговоры, конечно, могут привести к временному облегчению, но не помогут скорректировать искаженные представления и устойчиво-негативные прогнозы пациента. Более того, неоправданные обещания терапевта вернуться к нему бумерангом, если пациент вдруг почувствует ухудшение, что весьма вероятно при депрессии.

Наиболее эффективный путь — определить круг проблем пациента и сразу же предложить ему возможные способы их решения. Некоторые из этих способов можно опробовать уже в ходе интервью, чтобы по завершении сессии пациент мог самостоятельно применить их. Любой «успешный опыт» — даже опыт конфронтации с проблемой и ее объективного анализа — способен повысить уверенность пациента в собственных силах. В каком-то смысле терапевтическое интервью можно считать серией «мини-конфронтаций»: терапевт формулирует «задачу» (задает вопрос, выдвигает гипотезу), а пациент предлагает свое решение (отвечает на вопрос; принимает, отвергает или корректирует гипотезу терапевта). Если они приходят к выводу, что пациент удовлетворительно справился с предложенными ему «задачами», то вся эта процедура может быть воспринята пациентом как «успешный опыт», опровергающий прежние представления о собственной неумелости и несостоятельности. Разумеется, терапевт дол-

жен обладать мастерством; задачи (вопросы) требуется сформулировать так, чтобы подтолкнуть пациента к «правильному» ответу. Более предпочтительны вопросы закрытого типа (Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г., 2003).

## Обратная связь с пациентом

Система реципрокной, обратной, связи, когда терапевт и пациент обмениваются впечатлениями, позволяет обоим удостовериться в том, что они правильно понимают друг друга. Это особенно важно в первом интервью. Такой обмен впечатлениями может протекать следующим образом (Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г., 2003):

1. Терапевт подытоживает изложенное пациентом и очерчивает основные проблемы: «Итак, суммируя ваш рассказ, я могу выделить три основные проблемы, которые беспокоят вас. Прежде всего, вы встревожены тем, что у вашего сына возникли проблемы в школе. Жалобы учителей так расстроили вас, что вы оказались не в состоянии понять, чем вызвано плохое поведение сына, и каким-то образом помочь ему. Вторая проблема связана с вашим мужем. Он стал часто задерживаться с работы, и вы предполагаете, что он завел интрижку на стороне. Вы не обсуждаете с ним эту тему, потому что боитесь, что он подтвердит ваши предположения. Кроме того, вас беспокоит, что он раздражается, когда вы просите его вернуться домой пораньше... Я прав? Хорошо... И наконец, третья проблема заключается в том, что вы перестали следить за собой и теперь испытываете отвращение к себе. Вы сильно



поправились и не можете, что называется, взять себя в руки... Скажите, я правильно перечислил ваши проблемы?» Пациент может внести поправки или дополнить резюме терапевта. Обычно пациенту бывает приятно, когда терапевт точно резюмирует его слова. Во-первых, это дает ему ощущение, что он понят, а во-вторых, он видит, что ситуация, казавшаяся ему запутанной и безвыходной, может быть разбита па ряд частных проблем, которые вполне поддаются решению.

2. Чтобы убедиться, что пациент воспринимает предложенные ему концептуализации, нужно попросить его изложить, как он понял слова терапевта. Вот что ответила пациентка на вышеприведенное резюме терапевта: «Теперь я понимаю, что замечала только дурное в поведении Джонни. Меня так мучила мысль, что он вырастет плохим человеком и я так злилась на него, что даже не пыталась выяснить, что же там на самом деле произошло. Мне нужно поговорить и с учителем, и с самим Джонни... Если я правильно поняла, вы советуете мне перестать ругать мужа, когда он поздно приходит домой. Да, я думаю, нужно начать с этого, а потом, возможно, я смогу прямо спросить его, не появилась ли у него другая женщина. Пока же мне надо попытаться выбраться из депрессии. Если я буду следить за собой, стану более привлекательной, мне легче будет решить проблему с мужем». В данном случае пациентка не только восприняла выводы терапевта, но и предложила возможные способы решения проблем.

3. При третьем типе обратной связи терапевт пытается выяснить, не вызывает ли интервью контрпродуктив-

ные реакции у пациента. Если терапевт чувствует, что они с пациентом «топчутся на месте», он должен поинтересоваться, о чем думает пациент. В любом случае в конце сессии полезно расспросить пациента о его отношении к состоявшемуся интервью, чтобы предотвратить развитие «отставленных негативных реакций». Терапевт может, например, спросить: «Мы затронули с вами довольно много тем. Не было ли моментов, когда какие-то мои слова казались вам обидными или неприятными? Может быть, что-то было вам непонятно? Не упустили ли мы с вами чего-то важного?» При таких расспросах может выясниться, что пациент неправильно истолковал или не до конца понял какие-то заявления терапевта.

4. Точно так же, поручив пациенту задание, терапевт может спросить: «Как вам это задание? Хотелось бы вам попробовать выполнить его или оно кажется вам обременительным?» Только предоставив пациенту возможность выбора, терапевт вправе рассчитывать на искренний ответ.

5. И наконец, необходимо выяснить, как пациент отреагировал на предыдущее интервью. Поскольку пациенты склонны сообщать терапевту, скорее, о позитивном отношении к интервью и домашним заданиям и утаивать негативные реакции, последние требуют особенно внимательного и исследования.

## КОГНИТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ДЕПРЕССИИ

Поскольку когнитивная терапия разрабатывалась на модели прежде всего депрессивных расстройств, целесообразно рассмотреть данную психотерапевтическую технологию применительно к депрессии.

В соответствии с представлениями Бека депрессия как сложное многоуровневое явление, совпадающее с уровнем организации человека, включает в себя следующие основные компоненты:

1) наблюдаемое аномальное поведение или симптом, например, быструю утомляемость, приступы плача, попытки самоубийства;

2) лежащие в основе симптоматики мотивационные нарушения, например, желание избегать любых видов деятельности или вообще уклоняться от активного участия в процессе жизни;

3) формирующие мотивацию убеждения или система убеждений, например, убеждение в тщетности каких бы то ни было стремлений, в отсутствии радостей в перспективе жизни, в собственной ущербности, неполноценности и обреченности.

Лечение, как считает автор, может быть направлено на любую из этих трех сфер, каждая из которых представляет собой своеобразный замкнутый круг. Когнитивная терапия фокусируется на установках человека, хотя при тяжелой депрессии первоочередной целью лечения обычно становится поведение пациента.

Однако следует отметить, что, хотя терапевтический подход может осуществляться первоначально на пове-

денческом уровне, лежащие в основе поведения установки в любом случае непременно также должны быть изменены. Главной задачей является когнитивная модификация.

В процессе когнитивной модификации психотерапевт помогает пациенту идентифицировать иррациональные убеждения, лежащие в основе депрессии. Эти убеждения подвергаются обсуждению и пересмотру в процессе распроса и дискуссии. С целью проверки их истинности могут быть разработаны специальные поведенческие эксперименты. Для терапевтического вмешательства в проблемные сферы используются специальные техники (Паттерсон С, Уоткинс Э., 2003).

1. *Планирование деятельности.* Составление расписания дня с пациентами активно структурирует время, что позволяет им удостовериться в своей возможности эффективно справляться с делами.

2. *Градуированные по степени сложности задания.* Успешное выполнение градуированных заданий помогает изменить представления пациентов о себе.

3. *Терапия мастерства и удовольствия.* Пациенты записывают все свои дела и помечают успешно выполненные буквой «М» («Мастерство»), а приносящие удовольствие — буквой «У» («Удовольствие»), тем самым лучше осознавая позитивные переживания.

4. *Когнитивный пересмотр своих взглядов.* Эта техника включает выявление неадаптивных когниций и установок.

5. *Терапия поиска альтернатив.* Подыскивая альтернативные объяснения негативным переживаниям, пациенты научаются видеть иррациональность своих убеждений.

Рассматривая альтернативные способы разрешения психологических и ситуационных проблем, пациенты находят выходы из положений, казавшихся ранее безвыходными.

6. *Когнитивная репетиция.* Представляя себе тот или иной вид деятельности, пациенты сообщают о препятствиях и конфликтах, которые затем подвергаются обсуждению.

7. *Домашние задания.* На каждой сессии даются задания с целью противодействовать симптомам депрессии. Пациенты записывают негативные когниции в одной колонке, а рациональные реакции — в другой.

## Объекты когнитивной модификации

*Бездействие, избегание и усталость.* В когнитивной терапии пациенту может быть предписан тот или иной вид деятельности, специально подобранный для него. Терапевт поощряет пациента высказать имеющиеся у него возражения, внимательно все выслушает, а затем предлагает самостоятельно оценить обоснованность этих возражений. Психотерапевт обращает внимание на причины, по которым эти возражения направлены во вред пациенту, и поощряет интерес к предлагаемому виду деятельности. Смысл в том, чтобы путем эксперимента проверить обоснованность свойственных пациенту иррациональных идей; успешное выполнение задания позволит опровергнуть мнение пациента о невозможности с ним справиться.

*Безнадежность и суицидальные мысли.* Искусный рассказ позволяет выявить убеждения, лежащие в основе без-

надежности и суицидальных тенденций. Терапия альтернатив дает пациенту понять, что существуют другие интерпретации его настоящего и будущего, а также иные варианты поведения, отличные от текущего.

*Самокритика и самообвинения.* Страдающие депрессией пациенты склонны обвинять во всех своих трудностях себя. Когнитивная терапия нацелена на то, чтобы дать пациентам понять чрезмерность их самокритики, объективно оценить ее дисфункциональность и разрушительность. С помощью расспроса и ролевой игры психотерапевт показывает пациенту искаженность и ложность его убеждений. Хороший эффект дает также обучение распознаванию и проверке обоснованности автоматических мыслей, связанных с самообвинением.

*Болезненный аффект.* Поощрение эмоциональной разрядки помогает снизить интенсивность неприятных эмоций. Пациенты могут ощутить симпатию к себе или направить свой гнев на других. Вызывая у пациента удивление с помощью иронии или поощряя к интересной деятельности, психотерапевт может повысить порог для печали, а обучая игнорировать неприятные чувства, — повысить порог для психической боли.

Терапия мастерства и удовольствия помогает пациентам осознать, что позитивных и приятных переживаний в их жизни гораздо больше, чем они думали. Рекомендуя пациентам записывать события и предлагая значимым другим напоминать им о приятных событиях, психотерапевт поощряет у пациентов чувство удовлетворенности и компетентности, что, в свою очередь, ведет к новым попыткам пациентов заняться решением своих проблем, а также к

улучшению их представлений о себе. Особенно полезной в этом случае может оказаться программа градуированных по степени сложности заданий. Техники создания мысленных образов также помогают вспоминать и воссоздавать ранние приятные события и переживания успеха.

*Преувеличение внешних требований.* Страдающие депрессией пациенты часто чувствуют себя настолько обремененными повседневными проблемами, что подумывают о самоубийстве. В то же время, отмечает Бек, при обсуждении этих проблем становится ясно, что их выраженность и значимость сильно преувеличены пациентом. С помощью рационального исследования пациент может по-новому, более объективно, взглянуть на свои затруднения и наметить пути выхода из создавшегося положения. Как правило, психотерапевт помогает пациенту очертить круг его обязанностей, наметить приоритеты и разработать адекватные стратегии поведения.

Вместе с тем реализация этих новых стратегий может быть затруднена или даже блокирована из-за того, что мысли пациента направлены во вред себе. Когнитивная репетиция помогает предотвратить возникновение подобных блоков (Паттерсон С, Уоткинс Э., 2003).

## Когнитивные техники в терапии депрессии

При проведении когнитивной терапии сначала требуется исследовать, как пациент определяет и решает свои психологические проблемы. Чтобы скорректировать дисфункциональные или искаженные представления, ас-

социированные с проблемными зонами, терапевт вкратце рассказывает пациенту о когнитивной модели депрессии. Он объясняет, каким образом представления человека о самом себе, своем будущем и окружающем мире (когнитивная триада) влияют на его чувства, мотивацию и поведение. Терапевт подчеркивает, что плохое самочувствие является результатом негативного образа мыслей. Однако он должен быть осторожен в своих высказываниях. Не следует, например, называть мышление пациента «иррациональным». Депрессивные индивиды совершенно искренне полагают, что видят вещи в их истинном свете. Терапевт должен показать пациенту, что его депрессия в значительной степени детерминирована его мыслями и представлениями и что последние могут быть «не совсем точными». Так, например, можно продемонстрировать пациенту тот факт, что из всех возможных интерпретаций события он систематически выбирает наиболее негативные.

Взаимосвязь между мышлением и аффектом может быть продемонстрирована с помощью *техники «искусственно вызванных образов»*. Терапевт просит пациента представить себе какую-нибудь неприятную ситуацию. Если неприятный образ сопровождается отрицательной эмоцией, терапевт расспрашивает пациента о содержании его мыслей. Затем он просит пациента вызвать в воображении какую-нибудь приятную сцену и описать свои чувства. Как правило, для людей не составляет труда понять, что человек может управлять своим настроением, изменив содержание своих мыслей. Эта техника показана при мягких депрессивных расстройствах.



После того как пациент осознает наличие автоматических мыслей и образов, терапевт и пациент переходят к следующему этапу — выявлению дисфункциональных когниций. Обычно пациенту поручается «отлавливать» и записывать все возникающие у него негативные мысли и образы. Наибольшая точность воспроизведения достигается в том случае, если пациент записывает каждую мысль сразу после ее возникновения. Однако на практике это не всегда возможно. Поэтому терапевт просит пациента выделять ежевечерне по 15 минут на то, чтобы проиграть в уме события прошедшего дня и вспомнить ассоциированные с ними мысли и переживания, и как можно более точно воспроизвести свои мысли, используя не косвенную, а прямую речь. Так, например, вместо утверждения: «Я подумал, что мне никогда не стать хорошим инженером» он должен записать: «Мне никогда не стать хорошим инженером».

Другой способ сбора когниций основан на *выявлении средовых событий*, ассоциированных с депрессией. А. Бек и соавторы иллюстрируют применение данного метода на примере пациентки 31 года, матери троих детей, сказавшей, что «самое тяжелое время» для нее — это утро, с 7 до 9 часов, когда она поднимает детей и кормит их завтраком. Женщина не могла объяснить сей факт, пока не начала записывать свои мысли. Она обнаружила, что, общаясь утром с детьми, она постоянно сравнивает себя со своей матерью, которая, по ее воспоминаниям, всегда была не в духе но утром. Если дети вели себя плохо или представляли к пей с разными просьбами, она говорила себе: «Не злись, иначе ты навсегда оттолкнешь их от себя». Она

старалась не обращать внимания на выходки и капризы детей, однако частенько «взрывалась», и после этого ее терзала мысль: «Я еще хуже, чем моя мать. Я не в состоянии позаботиться о собственных детях. Для них будет лучше, если я умру». Еще более угнетающе действовали на пациентку ее негативные детские воспоминания: «Помню, как мать шлепала меня, когда я капризничала». Осознание этих когниций открыло дорогу для плодотворного обсуждения проблем пациентки, в частности, ее убеждения о недопустимости проявления гнева при обращении с детьми.

### **Исследование автоматических мыслей и проверка реальностью**

Побуждая пациента проверять достоверность и обоснованность своих идей, терапевт далек от того, чтобы вселять в него фальшивый оптимизм, — он лишь подталкивает его к более точному восприятию и анализу происходящих событий. Несмотря на то что депрессивный человек действительно видит мир в мрачном свете, терапевту следует быть осторожным в своих выводах, ибо далеко не все пессимистические или нигилистические суждения пациента являются безосновательными. Любая идея должна быть исследована и проверена с применением общепринятых стандартов логического мышления.

Например, А. Бек, А. Раш, Б. Шо, Г. Эмери описывают пациентку, которая жаловалась на сильные головные боли и другие соматические расстройства. У нее были выявлены следующие когниций, ассоциированные с депрессией: «Мои домашние не считаются со мной», «Никто не обращает на меня внимания», «Я — ничтожест-

во». В качестве примера невнимательного отношения близких пациентка назвала тот «факт», что ее семнадцатилетний сын не хочет проводить с ней время. Хотя это утверждение выглядело вполне правдоподобным, терапевт решил удостовериться, так ли это на самом деле.

*Пациентка.* Он не желает ходить со мной ни в кино, ни в театр.

*Терапевт.* Откуда вы знаете, что он не желает?

*Пациентка.* Подросткам не нравится проводить время с родителями.

*Терапевт.* Вы приглашали его пойти с вами в кино или в театр?

*Пациентка.* Нет. Наоборот, он сам пару раз спрашивал, не хочу ли я взять его с собой, но я не думаю, что ему действительно хотелось этого.

*Терапевт.* Может быть, спросить его прямо?

*Пациентка.* Да, можно.

*Терапевт.* Важно не то, ходит он или не ходит с вами в кино, а то, что вы приписываете ему какие-то желания или нежелания вместо того, чтобы выяснить у него, чего он хочет.

*Пациентка.* Возможно, вы правы. Но знаете, он все-таки очень невнимательный. Он, например, постоянно опаздывает к обеду.

*Терапевт.* Сколько раз он опаздывал к обеду?

*Пациентка.* Ну, один или два раза... Нет, конечно, не постоянно.

*Терапевт.* Он опаздывает к обеду потому, что он невнимательный сын?

*Пациентка.* Нет, я вспомнила, он сказал, что у него было много работы. И честно говоря, в остальных отношениях он довольно чуткий мальчик.

Таким образом, терапевт не принимает на веру заявления пациентки, а подвергает каждое тщательной проверке. Если бы обнаружилось, что пациентка права в своих выводах, тогда терапевт постарался бы уточнить, что означает для нее «невнимательность» сына.

Депрессивным пациентам присуще относиться к своим идеям и умозаключениям как к фактам, В общем-то это свойственно всем людям, но при депрессии данная тенденция становится особенно выраженной в силу искаженности восприятия и мышления. Усугубляет проблему еще и то обстоятельство, что ошибки восприятия и мышления негативно сказываются на поведении пациента.

Когда пациент научается идентифицировать и фиксировать свои когниции, он начинает улавливать связь между отдельными когнициями и болезненными эмоциями. Структура и содержание каждой когниции связаны с результирующим аффектом. Например, тревога сопряжена с восприятием угрозы. Когниции, ассоциированные с депрессией, обычно отражают убежденность пациента в собственной некомпетентности, непривлекательности, ущербности.

Под руководством терапевта пациент научается классифицировать свои когниции в соответствии с доминирующими темами (например, тема самообвинения, тема неполноценности и т. д.) и начинают осознавать возможность

иных, более позитивных истолкований и значений того или иного события. Используя конкретные примеры, терапевт может показать клиенту, что тот систематически выбирает наиболее негативные интерпретации, даже когда они явно противоречат фактам. Разумеется, не следует ждать, что пациент, осознав эту склонность, моментально изменит свой взгляд на вещи. Последний результат может быть достигнут только путем тщательного исследования каждой интерпретации с одновременным развитием у пациента наблюдательности и логического мышления.

### Пример когнитивного подхода

А. Бек и соавторы (2003) приводят в качестве примера наиболее характерный случай, отражающий типичные реакции больного с глубокой степенью депрессии на когнитивную терапию. Для лечения потребовалось 22 сессии, весь курс терапии занял 14 недель (дважды в неделю в течение 8 недель; раз в неделю в течение 6 недель).

Пациентка Х., 36 лет, домохозяйка, имеет двоих сыновей (14 и 9 лет) и дочь (7 лет). Замужем 15 лет. Мужу 37 лет, работает менеджером по сбыту в автомобильной компании. Пациентка охарактеризовала его как «надежного» и «любящего» человека. Себя она называет «ничтожеством», считает, что из нее «не вышло ни хорошей матери, ни нормальной жены». Пациентке кажется, что она не любит мужа и детей и является «обузой» для них; она призналась, что у нее неоднократно возникали мысли о самоубийстве.

Терапия началась с обоснования когнитивного подхода и обсуждения реакций пациентки на представленную модель. Для ознакомления с общими понятиями пациентке было предложено прочесть брошюру «Как победить депрессию». После этого терапия сосредоточилась на имевшихся симптомах депрессии, поначалу — на поведенческих и мотивационных нарушениях. Когда в поведении и мотивации пациентки произошли существенные сдвиги, терапевт направил свои усилия на изменение содержания и паттернов мышления.

*Первая сессия.* Пациентка пришла на первую сессию с чувством, что находится «на грани срыва». Особенно сильно ее беспокоил тот факт, что она утратила былую любовь к мужу и детям. Ее посещали мысли о самоубийстве, однако после прочтения брошюры «Как победить депрессию», в которой, по словам пациентки, был описан «прямо-таки ее случай», она обрела некоторую надежду. Пациентка ругала себя за «эгоизм» и «детское поведение», боялась, что муж отвернется от нее, так как она не приносит никакой пользы, занимаясь только «ерундовой» работой по дому. В ходе сессии она признала, что постоянная самокритика негативно сказывается на ее самочувствии, однако заметила при этом: «Правда всегда неприятна». Терапевт объяснил пациентке, что она переживает депрессию и что ее негативные реакции могут быть одним из проявлений болезни.

*Вторая сессия.* Пациентка со слезами на глазах заявила, что ее брак «наверняка закончится разводом». Она рассказала терапевту, как однажды муж, заметив позитивные сдвиги в ее настроении, пригласил ее в кино. Она отказа-

лась, сказав, что «не заслуживает развлечений», а потом еще и пеняла мужу за «транжирство».

Пациентку удивляло, почему муже «не чувствует», как сильно он и дети раздражают ее. Она полагала, что его «бесчувственность» свидетельствует о безразличии к пей («И я не виню его за это»), в связи с чем пришла к выводу о неизбежности развода. Терапевт указал пациентке на ее селективную невнимательность к фактам (в частности, к факту приглашения се в кино), опровергающим сделанные ею заключения. Эта реплика как будто произвела некоторое впечатление па пациентку.

*Третья сессия.* Судя по записям в дневнике, утренние часы пациентка посвящала работе по дому, а после полудня либо смотрела «мыльные оперы», либо плакала. Она ругала себя, повторяя, что от нее «нет никакого проку», что она не делает «ничего полезного». Пациентка пожаловалась, что дети не слушаются ее, что ей стоит огромных трудов поднять утром старшего сына с постели. Было очевидно, что последняя проблема вызвана нежеланием пациентки передать ему хотя бы часть ответственности за собственное поведение. После обсуждения с терапевтом пациентка согласилась, что ей следует отказаться от привычки будить сына по утрам. Было решено, что она скажет ему о введении «нового правила» — отныне каждый в их семье будет сам решать, во сколько ему вставать.

В числе других проблем значились недостаток психологической близости с мужем и неспособность закончить начатое дело. Поскольку пациентка, судя по записям в дневнике, оставалась достаточно деятельной в течение дня, что свидетельствовало о вполне приемлемом уровне мотивации,

вазии, терапевтические усилия были направлены на изменение когнитивных паттернов.

*Четвертая сессия.* За 3 дня пациентка описала 12 неприятных ситуаций, когда она испытывала тоску, гнев или чувство вины. В большинстве случаев речь шла о ее стычках с детьми, после которых у нее возникали мысли о том, что она «никудашная» мать. Она наказывала их за любую шалость, пытаясь таким образом предотвратить критику со стороны мужа, родственников или знакомых, но, с другой стороны, тратила массу времени и сил на то, чтобы удовлетворить запросы и требования детей.

Ее мысли вращались вокруг того, что ей «нужно» сделать по дому. Она старалась быть деятельной, желая порадовать мужа, хотя и считала, что «не заслуживает» его Доброго отношения.

Терапевт сумел пошатнуть самокритичную установку пациентки, сказав, что ей следует не обвинять себя в некомпетентности, а разнообразить свой арсенал воспитательных мер. Пациентка встретила это предложение скептически, однако после обсуждения выказала некоторую заинтересованность.

*Пятая сессия.* Все мысли пациентки вращались вокруг того, что она не выполняет свои «супружеские обязанности» — от уборки по дому до сексуальной близости с мужем. Пациентка была убеждена, что муж непременно бросит ее, если она не «расправится» со своей депрессией. Терапевт объяснил, что мгновенная «расправа» невозможна, что только доскональное исследование собственного мышления и тщательный самоанализ помогут ей преодолеть



депрессию. Любопытно, что это замечание терапевта вызвало явное облегчение у пациентки. В глубине души она «знала», что не может переродиться за ночь, но в угоду ожиданиям мужа предъявляла повышенные требования к себе. В ходе сессии пациентка пожаловалась на нарушения сна (ей было трудно заснуть по вечерам). По-видимому, эти нарушения явились результатом того, что пациентка постоянно ругала себя за отсутствие сексуального влечения и «утрату любви» к мужу.

*Шестая, седьмая и восьмая сессии.* В ходе данных трех сессий терапевт пытался выяснить, какие требования пациентка предъявляет к самой себе. На прошлых сессиях пациентка сумела понять, что ее самобичевание и чувство безысходности напрямую обусловлены постоянным сравнением себя с идеальным образом матери, жены, человека.

Пациентка перебирала в уме все некогда совершенные ею ошибки, игнорируя при этом свои достижения. Такая крайняя избирательность проявлялась и в том, как она воспринимала и интерпретировала поведение мужа. Терапевт побеседовал с ее мужем и выяснил, что тот неоднократно пытался выказать жене свою любовь и расположение, но тем самым только вызывал у нее слезы и чувство вины. После обсуждения конкретных фактов пациентка начала понимать, что ее негативные идеи не отражают, а извращают действительность и потому подлежат переосмыслению.

Терапевту стоило огромных трудов подтолкнуть пациентку к постановке более или менее реалистических целей. Пациентка была склонна оперировать глобальными категориями и видела свою задачу в том, чтобы стать «хоро-

шей матерью», «хорошей женой», не уточняя, какой смысл она вкладывает в эти понятия. Когда терапевт подвел ее к необходимости изменения поведения, в частности посоветовал, чтобы она сообщала мужу о своих желаниях, например, о желании переложить на него часть домашних обязанностей, ее первой реакцией было: «Я не смогу». Однако в ходе ролевых игр она с удивлением обнаружила, что может изменить свое поведение. Первоначально она испытала удовольствие, но впоследствии, как и ожидалось, стала обесценивать свои достижения («Подумаешь! Что в этом особенного?»). Добиваясь в очередной раз успеха, она начала думать о других «неразрешимых» проблемах.

Терапевт обратил внимание пациентки на этот «безвыигрышный» когнитивный настрой и потратил немало времени, обсуждая пораженческий характер ее мышления. Пациентка осознала, в частности, что она сначала жестоко критикует себя за неумелость, а затем, добившись успеха в чем-либо, начинает ругать себя за то, что не проявляла прежде должной старательности. Осознание когнитивных ошибок привело к ослаблению депрессивной симптоматики. Ее близкие отметили, что она стала более решительной и уверенной в себе, и это наблюдение укрепило ее усилия. Обратной стороной медали явилось то, что пациентка начала испытывать тревогу, когда муж положительно оценивал происходящие с ней изменения, которая не уменьшилась па данной стадии терапии.

*Девятая, десятая и одиннадцатая сессии.* Пациентка рассказала о множестве моментов, когда она склонна критиковать себя. Некоторые из них были связаны с ее отношением к мужу и детям, другие — с выполнением ею семей-

пых обязанностей. Например, пациентке было трудно готовить полноценные обеды для семьи и она частенько пользовалась замороженными полуфабрикатами. Если прежде она просто ругала себя за это, то теперь, сделав над собою усилие, начала готовить основные блюда и в конце концов добилась значительных успехов в искусстве кулинарии.

Предметом обсуждения стало и чрезмерно критичное отношение пациентки к приготовленному ею: во время семейных обедов она постоянно *ругала себя* и извинялась перед домочадцами за неудавшееся блюдо. Дети и муж обычно возражали ей («Они пытаются меня утешить»), по подчас и сами отпускали критические замечания. Пациентка отметила, что именно во время обедов с семьей она испытывает наибольшие огорчения. По сути, это была «безвыигрышная» ситуация. В ходе терапии перед пациенткой ставилась задача воздержаться от самокритики и оценивать не свои способности или личностные качества, а свои старания.

Терапевтические усилия сконцентрировались также на том, чтобы побудить пациентку осознать свои собственные желания и потребности. В ходе обсуждения были проработаны такие темы, как ассертивное поведение («Им не понравится, если я дам волю своим чувствам»), умение распоряжаться своим временем («Я обслуживаю всю семью, и никто из них не помогает мне») и планы па будущее («Мне нравилось работать в магазине, по сейчас я вряд ли смогла бы работать там»). Из приведенных высказываний очевидно, что преодоление дисфункциональных идей потребовало значительных усилий и от терапевта, и от са-

мой пациентки. Примечательно, что на вопрос терапевта: «Какова будет ваша первая мысль, если кто-то не согласится с вашими идеями?» пациентка ответила: «Я подумаю, что я плохая и поэтому с моим мнением не считаются».

*Двенадцатая, тринадцатая, четырнадцатая и пятнадцатая сессии.* Пациентка поверила, что сумеет контролировать свою депрессию, если преодолеет склонность к самобичеванию. Когда она смогла объективно оценивать свою домашнюю ситуацию, она поняла, что ее самокритика зачастую бывает вызвана ожиданием критики от мужа. В прошлом муж действительно нередко ругал ее, если у нее не получалось «навести чистоту» в доме или приготовить его любимое блюдо. Поэтому, чтобы предотвратить его недовольство и критику, она начинала сама критиковать себя.

Пациентка никогда не говорила мужу о своих желаниях и потребностях. Она перестала называть себя «бузой» и «плохой матерью», поняв, что, навешивая на себя эти ярлыки, только усугубляет свою тоску и чувство вины. Даже когда ей удавалось соответствовать собственным ожиданиям, основанным на иерфекционистских стандартах, она не испытывала удовлетворения. По мере того как терапевт все больше концентрировался на ее ожиданиях и последствиях этих ожиданий, она начала осознавать, что многие из домашних обязанностей на самом деле противны ей и что она заслуживает похвалы, когда у нее получается справиться с ними. И заслуга ее не в том, что она делала вещи, которые «должна» была делать, а в том, что соглашалась выполнять нелюбимую

работу. Базовое предубеждение пациентки звучит примерно так: «Люди будут осуждать меня, если я не смогу соответствовать их ожиданиям». Поэтому она делала то, что должна была делать, ругала себя за неумелость, полагая, что и другие осуждают ее, и постоянно отказывала себе в удовольствиях, стремясь удовлетворить потребности окружающих.

На этой стадии терапии пациентка начала осознавать, что растаптывает собственные интересы, стараясь все время угодить близким, и задаваться вопросом: что случится, если она будет руководствоваться своими желаниями, а не пресловутыми «нужно» и «должно»? Ясно, что это не могло не вызвать у нее тревоги. Пациентка опасалась, например, что превратится в эгоистку, думающую только о собственных интересах, но она уже поняла, что появление таких мыслей благотворно само по себе. В этот период в ее жизни бывали случаи, когда она, вполне осознавая свои желания, поступалась ими и делала то, чего хотел от нее муж, находя такой компромисс весьма приятным.

*Шестнадцатая, семнадцатая, восемнадцатая и девятнадцатая сессии.* Пациентка сказала, что хотела бы подыскать себе работу на полставки, однако тут же обесценила свою идею — поведенческий паттерн, демонстрируемый ею на протяжении всех четырех сессий. Когда терапевт отметил эту особенность ее поведения, она выразила удивление.

Пациентка заявила, что снова чувствует себя подавленной. По ее словам, возвращение депрессии было для нее «как гром среди ясного неба». В разговоре выяснилось, что

се сомнения и тревоги обострились после визита родителей. Она заметила тогда, что ее мать слишком уж придирчиво относится к отцу, выговаривает ему за малейшую оплошность. Пациентка по обыкновению решила, что несет ответственность за судьбу и счастье отца. Она боялась, что с матерью, которую она охарактеризовала как «очень беспокойного человека», может случиться инфаркт и тогда отец «пропадет». Пациентка пришла к выводу, что обязана оберегать счастье своих близких, а значит, должна всегда быть у них под рукой и во всем угодить.

Эта реакция, несомненно, проистекала из ее стремления соответствовать ожиданиям других. Несмотря на желание работать, она уже сомневалась в правильности принятого решения, опасаясь, что муж осудит, а то и вовсе бросит ее. Это был критический этап терапии, поскольку вероятность рецидива оказалась крайне велика. Дисфункциональные установки и дезадаптивные модели поведения («Делай то, что от тебя ждут другие»), казалось уже преодоленные, внезапно обострились.

Терапевтическое вмешательство на этой стадии включало два основных фактора. Во-первых, терапевт продемонстрировал пациентке сходные черты между ее нынешней реакцией и прошлым паттерном мышления, и она с сожалением заключила, что «опять взялась за старое». Во-вторых, пациентка укрепила свою мотивацию благодаря заявлению ее мужа, что «нынешняя» жена нравится ему больше «прежней».

Вскоре после этой сессии пациентка подыскала место в магазине, однако отметила, что работа не доставляет ей особого удовольствия. Но такая реакция кажется вполне

естественной, если учесть не до конца разрешенные сомнения пациентки.

*Двадцатая, двадцать первая и двадцать вторая сессии.* Заключительные сессии были посвящены закреплению ранее достигнутых успехов. Рассказанный пациенткой случай, пожалуй, лучше всего иллюстрирует произошедшие с ней изменения.

Как-то раз, вернувшись домой, пациентка пожаловалась мужу, что не получает удовольствия от работы. Муж, который прежде как будто одобрял ее намерение (хотя и довольно сдержанно), мгновенно отреагировал: «Не нравится — увольняйся». Таким образом, женщина оказалась перед выбором, и ее первой мыслью было последовать совету мужа. Однако в ходе терапии она усвоила, что прежде чем принимать решение, нужно проанализировать все «за» и «против». Кроме того, она знала о своей склонности машинально откликаться на запросы и требования других людей. Проанализировав ситуацию, она пришла к выводу, что ее неудовлетворенность вызвана чрезмерно высокими ожиданиями в отношении работы (а именно: работа должна быть идеальной, что оправдывало бы ее уходы из дома). Помня о сомнениях мужа, пациентка решила поговорить с ним. Муж признался, что чувствует себя неуютно и скучает, когда ее нет дома. В ответ на это пациентка сказала, что в ее отсутствие он мог бы спокойно заниматься своими любимыми делами, и довольно скоро муж обнаружил, что ему нравится эта «свобода». Жена позитивно отреагировала на изменения, произошедшие в *его* поведении, и в конце концов стала получать удовольствие от работы.

*Контрольные сессии: 1, 2, 3 месяца.* В течение контрольного периода у пациентки не наблюдалось признаков депрессии. Сама она с удовлетворением отмечала, что стала более уверенной в себе. Вместе с мужем она посещала курсы для родителей. У нее возникали некоторые проблемы при обращении с близкими (мужем, детьми, родителями), особенно когда те начинали предъявлять чрезмерные требования. Время от времени давали знать о себе старые паттерны мышления, однако пациентка усвоила, что тщательная переоценка ситуации помогает противостоять автоматическим мыслям. На этом курс терапии закончился, если не считать контрольной сессии, состоявшейся через год (Бек А., Раш Л., Шо Б., Эмери Г., 2003).

## Поведенческие техники в терапии депрессии

На начальных этапах терапии, и особенно в случаях тяжелой депрессии, отмечают Л. Бек и соавторы, перед когнитивным терапевтом нередко стоит задача восстановления преморбидного уровня функционирования пациента. Используя различные средства, терапевт побуждает пациента преодолеть свою пассивность и заняться чем-нибудь конструктивным. Правомерность этого подхода подтверждается многочисленными клиническими наблюдениями. Дело в том, что бездеятельность депрессивного человека заставляет и его самого, и его близких («значимых других») считать, что он не утратил способность выполнять функции, сопряженные с его социальной ролью (студента, добытчика, хозяйки дома, супруга, родителя и т. п.). Более



того, пациент больше не рассчитывает получить удовольствие от некогда интересных ему занятий. Интеллектуальные операции, такие как обдумывание и планирование моторной активности, представляют проблему для глубоко депрессивного пациента, не говоря уже о комплексных моторных операциях, требующих огромных усилий. Нарушение этих форм поведения в результате ослабления внимания, повышенной утомляемости или эмоциональной подавленности приводит к чувству неудовлетворенности и снижению самооценки.

Роль терапевта понятна. Однако нужно помнить, что не так-то просто «разубедить» человека, который искренне считает себя слабым, несостоятельным или ленивым, — ведь он не делает того, что когда-то казалось ему важным и давалось без особых усилий. Помогая пациенту изменить поведение, терапевт тем самым демонстрирует ошибочность вышеупомянутых негативных генерализованных заключений. Он может показать пациенту, что тот не утратил способности к нормальному функционированию, что только уныние и пессимизм не позволяют ему мобилизовать свои ресурсы и предпринять необходимые усилия, и таким образом подвести пациента к осознанию того, что его проблемы проистекают из когнитивных ошибок: пациент думает (ошибочно), что он слабый, неспособный, глупый, и эти предубеждения ограршчивают его мотивацию и поведение.

Термин «поведенческие техники» как будто бы указывает на то, что объектом терапевтического вмешательства является только поведение, что терапевт просто предписывает пациенту определенные виды активности. На са-

мом же деле для успешного применения бихевиоральных методов необходимо постоянное внимание к его мыслям, чувствам и желаниям. Конечная цель бихевиоральных техник в рамках когнитивной терапии — изменение негативных установок, мешающих нормальному функционированию пациента. Терапевт, использующий данные техники, по сути, проводит серию экспериментов, призванных опровергнуть негативные представления пациента о своей персоне. Получая наглядные доказательства ошибочности своих идей, тот постепенно приобретает уверенность в себе и берется за выполнение более сложных заданий.

### **Составление распорядка дня**

По свидетельствам многих депрессивных пациентов, их пессимистические мысли и самоуничижительные оценки особенно обостряются в периоды физической и социальной пассивности. Ругая себя за бездеятельное, «растительное» существование и отдаление от людей, они в то же время оправдывают свою бездеятельность и самоизоляцию мнимой бессмысленностью социальных контактов или нежеланием быть обузой для окружающих. Такое пассивное существование, в свою очередь, лишний раз убеждает их в собственной ущербности и несостоятельности, и порочный круг замыкается.

Техника планирования действий используется с тем, чтобы повысить мотивацию пациента, побудить его к большей активности и увести от мрачных мыслей. Кроме того, вовлекая пациента в целенаправленную деятельность, терапевт получает объективную информацию о его функциональных возможностях.

Применение данной техники, как и других техник когнитивной терапии, требует обоснования. Многие пациенты осознают, что бездеятельность способствует дисфории и мрачным раздумьям и, в конечном счете, усугубляет их страдания. Терапевт может предложить пациенту «провести эксперимент», чтобы проверить, улучшится ли его настроение, если он целенаправленно займется чем-либо. Они совместно намечают, что должен сделать пациент в течение дня, и затем терапевт поручает пациенту отслеживать свои мысли и чувства во время выполнения этих заданий. Если пациент упорно отказывается от эксперимента, можно прямо спросить его: «Что вы потеряете, если попробуете?»

Техника допускает гибкое применение: пациент сам решает, руководствоваться ли заранее составленным расписанием дня или просто отмечать в ежедневнике, чем он занимался в течение дня. Эту технику можно использовать в сочетании с техникой градуированных заданий.

Ежедневные отчеты помогают пациенту понять, какие занятия приносят ему хотя бы небольшое облегчение. Терапевт спрашивает: «Как вы чувствовали себя, когда лежали в постели и не могли уснуть, — лучше или хуже по сравнению с тем, когда вас навестили друзья?» Пациент с удивлением обнаруживает, что его настроение улучшается, когда он общается с людьми. Так, опираясь на отчет самого пациента и с помощью умело заданного вопроса, можно продемонстрировать пациенту, что его настроение колеблется в течение дня и зависит от его собственного поведения и внешних обстоятельств. Такие идеи, как: «Ничто не приносит мне облегчения» и «Я чув-

ствую себя одинаково плохо весь день», следует сформулировать более разумно и конструктивно, например: «Иногда мне удастся сделать нечто, что улучшает мое самочувствие». Даже глубоко депрессивные пациенты обычно начинают чувствовать себя лучше, занимаясь каким-нибудь делом, — хотя бы только потому, что оно отвлекает их от мрачных раздумий. Регулярная оценка степени удовольствия, сопряженного с различными занятиями, вызывает эффект «сенсификации»: человек становится более чувствительным к ощущению удовольствия и благодаря этому чаще испытывает приятные чувства. Такого рода переживания помогают опровергнуть убеждение, что он не способен испытывать удовлетворение.

Ниже дан пример гибкого применения данной техники.

Депрессивный пациент, 42-летний безработный мужчина, жаловался на инерцию, на то, что он «не может ничего делать». На одной из сессий он уточнил, что ему особенно трудно решить, чем заняться в первую очередь, ибо, как он сказал, у него «масса дел по дому». Терапевт решил применить технику планирования и предложил пациенту составить «разумный» распорядок дня, включающий и самые элементарные, и более сложные задания. Он объяснил, что эти задания ни в коей мере не являются «обязательными к выполнению», что их следует воспринимать только как руководство к действию. Пациент испытал явное облегчение, поняв, что никто не ждет от него жесткого следования плану, и согласился попробовать.

Распорядок дня включал такие пункты, как подъем, умывание, приготовление завтрака, чтение объявлений о

вакансиях в газетах, стрижка газона (в данном случае подчеркивалось, что важно начать это делать), подготовка резюме для работодателей и просмотр телепередач. На следующей сессии пациент сообщил, что составленный план оказался чрезвычайно полезным, так как помог разбить день на дискретные части. С этого момента он начал самостоятельно планировать свои дни и, помня о том, что утро для него самое тяжелое время, взял за правило ежедневно по вечерам составлять расписание следующего дня.

### **Оценка мастерства и удовольствия**

Многие депрессивные пациенты, даже поддерживая достаточно деятельный образ жизни, не получают удовлетворения от своих занятий. Эту неспособность получать удовольствие от деятельности можно объяснить следующим:

а) человек пытается заниматься делами, которые никогда не доставляли ему удовольствия;

б) доминирующие в сознании негативные идеи берут верх над потенциальным чувством удовольствия;

в) крайняя избирательность восприятия и мышления делает депрессивного человека невнимательным к ощущению удовольствия.

В первом случае пациенты взваливают на себя изначально не слишком приятную работу, например работу по дому, и в результате, даже успешно справившись с ней, не испытывают удовлетворения. Пациент либо отвергает занятия, доставляющие ему удовольствие, либо не может вспомнить, от чего он получал его прежде. Перед терапевтом стоит задача выяснить, почему пациент не занимается приятными для него делами. Типичное объяснение, ко-

торое часто слышишь от депрессивных пациентов, звучит так: «Я не заслуживаю удовольствий, потому что не делаю ничего полезного». Чтобы преодолеть подобный образ мыслей, терапевт должен объяснить, что чувство удовольствия помогает человеку, хотя бы даже временно, повысить свое настроение.

Выбрав какое-либо потенциально приятное занятие, терапевт просит пациента ежедневно в течение определенного периода времени заниматься этим делом и отмечать все изменения в настроении. Если в распорядок дня включены различные занятия, полезно попросить пациента оценить каждое занятие с точки зрения мастерства и удовольствия. Понятие «мастерство» подразумевает чувство удовлетворенности собственными результатами, а понятие «удовольствие» — любые приятные чувства, сопряженные с конкретной формой активности. Степень мастерства и удовольствия может быть оценена по пятибалльной шкале: оценка «0» означает, что занятие не доставило пациенту никакого удовлетворения (удовольствия), а оценка «5» — это максимальная степень удовлетворения (удовольствия). Используя данную шкалу, пациент научается распознавать свои небольшие достижения и становится более внимательным к ощущению удовольствия. Данная техника позволяет преодолеть категоричность мышления пациента, склонность оценивать ситуацию по принципу: «Все или ничего».

### **Техника градуированных заданий**

Обычно после успешного выполнения серии заданий у депрессивных пациентов отмечается некоторое (пусть

даже кратковременное) повышение настроения и мотивации. Он чувствует, что в состоянии справиться и с более сложными заданиями — конечно, при условии преодоления присущей ему склонности умалять свои достижения.

Пример градуированных заданий описан Голдфридом, самостоятельно открывшим эту технику. Доктор Голдфрид пишет: «Исходя из предположения, что депрессия возникла как результат ее (пациентки) мнимой неспособности контролировать свое жизненное пространство, я поручил ей выполнить ряд конкретных заданий (заправить утром постель, одеться, убраться в комнатах), чтобы показать, что на самом деле она вполне способна контролировать окружающий ее мир. Когда она научилась справляться с этими простейшими заданиями, я поручил ей более сложные вещи. Важным моментом в терапии было то, что я постоянно заставлял ее „отступать на шаг“, чтобы оценить результаты и понять, какие изменения произошли в ее жизни вследствие этих стараний».

Техника градуированных заданий включает следующие *ключевые моменты*:

- 1) определение проблемы (таковой может быть, например, убежденность пациента в том, что он не способен достигнуть жизненно важных целей);
- 2) разработка проекта; ступенчатая организация заданий (или занятий) от простых к более сложным;
- 3) опровержение убежденности пациента в собственной неадекватности (выполняя конкретное задание, он видит, что может достичь поставленной цели);

4) выяснение и обсуждение сомнений пациента, преодоление скепсиса и склонности к умалению собственных достижений;

5) побуждение терапевтом пациента к реалистической, объективной оценке результатов;

6) постоянный акцент на том, что пациент достиг поставленной цели благодаря своим стараниям и умениям;

7) разработка новых, более сложных заданий.

А. Бек, А. Раш, Б. Шо, Г. Эмери иллюстрируют применение данной техники конкретным примером из практики.

Терапевт навестил 40-летнюю депрессивную пациентку в первый день ее госпитализации. Женщина, вопреки уговорам палатной медсестры, не желала ничем заниматься и лежала в постели, размышляя о своих проблемах и чувствуя себя все более несчастной. Она считала, что ничто не может доставить ей удовольствия.

Пациентка призналась терапевту, что раньше, до болезни, она получала удовольствие от чтения. Она сказала: «В последние два месяца я ничего не читала. Сейчас я не в состоянии прочесть даже заголовок в газете», — однако, несмотря на сомнения, согласилась попробовать. Терапевт взял в больничной библиотеке сборник рассказов и предложил пациентке прочесть в его присутствии самый короткий из них. «Я не смогу», — заявила пациентка. Терапевт ответил: «Попытайтесь прочитать вслух первый абзац». — «Но это будут просто слова, — возразила женщина. — Я не могу сконцентрироваться на содержании». — «Давайте попробуем, — предложил терапевт. — Прочтите вслух первое предложение».



Справившись с первым предложением, она продолжила, пока не дошла до конца абзаца. Терапевт велел ей читать дальше, по уже не вслух, а про себя. Рассказ настолько увлек пациентку, что она не заметила, как перевернула страницу. Терапевт сказал, что должен ненадолго отлучиться, и попросил женщину продолжать чтение. Примерно через час ему позвонил психиатр: «Я только что видел пациентку, которую вы почему-то считаете депрессивной». Вернувшись в палату, терапевт обнаружил, что настроение у пациентки действительно улучшилось. Он поручил ей ежедневно читать по одному рассказу. К концу недели она одолела весь сборник и взялась за роман, а на десятый день госпитализации ее состояние было признано удовлетворительным, и пациентка вернулась домой.

Депрессивный индивид, как правило, считает, что он не способен выполнить данное ему задание или что он вообще не в состоянии что-либо делать. Поэтому терапевт должен разбить задание на части и для начала предложить пациенту то, с чем он наверняка справится. После того, как пациент успешно выполнит несколько элементарных заданий во время терапевтической сессии, он получает «домашние задания», каждый раз все более сложные, например, от варки яиц до приготовления обеда.

### **Когнитивная репетиция**

Одна из проблем, возникающих при лечении депрессивных пациентов, связана с тем, что в депрессии человек подчас не способен даже на самые обыденные, привычные действия, которые он прежде выполнял, не задумываясь, почти автоматически. Целый ряд психологических

факторов, таких как рассеянность, неспособность сконцентрироваться и т. п., может ограничивать поведенческий репертуар депрессивного пациента. Так, например, человек отправляется па кухню, чтобы попить воды, и забывает, зачем он туда пришел. Подобные эпизоды, повторяясь снова и снова, рожают страх: человек начинает думать, что у него болезнь мозга, угрожающая слабоумием.

«Когнитивная репетиция» — это не что иное, как мысленное воспроизведение пациентом всей последовательности шагов, необходимых для успешного выполнения конкретного задания. Данная процедура служит эффективным противоядием рассеянности, ибо заставляет пациента сосредоточиться на задании.

Техника используется также для выявления потенциальных «преград» (когнитивных, поведенческих, средовых), которые могут возникнуть при выполнении тех или иных действий. Центральная задача терапевта — выявить эти проблемы и предложить способы их решения, дабы предотвратить нежелательное чувство провала. Показательно, что одно лишь мысленное выполнение задания иногда улучшает самочувствие пациента. А. Бек и соавторы (Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г., 2003) приводят пример выявления психологических барьеров с помощью техники когнитивной репетиции.

Пациентка, 24-летняя домохозяйка, выразила согласие продолжить занятия аэробикой.

*Терапевт.* Итак, вы согласны с тем, что вам стоит попробовать снова заняться аэробикой.

*Пациентка.* Да. Я всегда так хорошо себя чувствовала после этих занятий.

*Терапевт.* Хорошо, тогда я попрошу вас подключить свое воображение. Представьте, что вы собираетесь поехать на занятия. Что вы будете делать?

*Пациентка.* ну, просто сяду в машину и поеду.

*Терапевт.* Нет, поконкретнее, пожалуйста. Нам известно, что вы уже не раз принимали решение возобновить занятия, однако всякий раз возникали какие-нибудь препятствия. Сейчас вы должны подробно описать свои действия и рассказать, что вы чувствуете и о чем думаете, собираясь на занятия.

*Пациентка.* А-а, понятно.

*Терапевт.* Итак, занятия начинаются в девять утра. С какого времени мы начнем?

*Пациентка.* С половины восьмого. В семь-тридцать прозвонит будильник. Я проснусь, и у меня наверняка будет паршивое настроение. Мне всегда тяжело вставать по утрам.

*Терапевт.* И как вы преодолеете это затруднение?

*Пациентка.* Полежу минут десять, пока не приду в себя. Потом встану, оденусь, позавтракаю. После завтрака начну собираться... *(Пауза.)* Ой, погодите! У меня женеттшортов! Вот оно, препятствие.

*Терапевт.* Что вы можете сделать, чтобы решить эту проблему?

*Пациентка.* Ну, могу сбежать в магазин и купить какие-нибудь.

*Терапевт.* Прodelайте это мысленно... Что дальше?

*Пациентка.* Дальше... Я готова ехать, по обнаруживаю, что нет машины.

*Терапевт.* Как можно преодолеть это препятствие?

*Пациентка.* Попрошу мужа заранее подогнать машину.

*Терапевт.* Что вы представляете теперь?

*Пациентка.* Представляю, как еду на занятия, но на полпути разворачиваюсь и еду обратно.

*Терапевт.* Почему?

*Пациентка.* Потому что вдруг подумала, что буду выглядывать там идиоткой.

*Терапевт.* Что вы скажете себе на эту мысль?

*Пациентка.* Скажу, что люди приходят туда, чтобы заниматься аэробикой, а не с целью посмеяться друг над другом.

(Подготовив себя таким образом к каждому из «препятствий», пациентка смогла — мысленно — доехать до спортивного клуба. Затем терапевт попросил ее еще раз мысленно проделать всю последовательность шагов. Через некоторое время пациентка возобновила занятия аэробикой. Терапевт проинструктировал ее, что в случае возникновения каких-то проблем она должна попытаться решить их на месте, а затем рассказать о них на сессии.)

### Тренинг ассертивности и ролевые игры

Тренинг ассертивности направлен на выработку у человека умения отстаивать свои права и включает такие техники, как моделирование и поведенческая репетиция.

Ролевые игры предполагают «проигрывание» различных ситуаций с осуществлением социальных интеракций в соответствии с избранными ролями. Тренинг ассертивности и ролевые игры, по мнению А. Бек, А. Раш, Б. Шо,

Г. Эмери, могут быть хорошим подспорьем при лечении депрессии. Как и иные поведенческие техники, используемые в контексте когнитивной терапии, эти методы применяются с целью выявления и преодоления дисфункциональных представлений и убеждений пациента.

В качестве примера возможного применения ролевой игры А. Бек и соавторы приводят следующий случай. 20-летняя депрессивная пациентка рассказала терапевту о недавно пережитом ею «унизительном эпизоде», когда она, расплачиваясь за покупки в универмаге, так разволновалась, что никак не могла отсчитать необходимую сумму. Пациентку беспокоило, что кассир, должно быть, примяла ее «за идиотку». «Я такая неуклюжая, такая бестолковая», — повторяла она. Терапевт попросил пациентку поставить себя на место кассира и оценить ситуацию с этой новой позиции.

*Пациентка (в роли кассира).* Я вижу, что женщина очень смущена своей неловкостью. Я пытаюсь успокоить ее, говорю: «Ничего страшного. Каждый может ошибиться».

*Терапевт.* Как вы думаете, возможно ли, что кассир увидела то же, что видите сейчас вы, — ну, за исключением того, что она не утешала вас?

*Пациентка.* Было бы странно, если б она стала утешать меня. Нет, она не была такой уж чуткой... Это я знаю, каково быть бестолочью, так что могу поставить себя на место другого.

*Терапевт.* Почему вы думаете, что кассир не отнеслась бы с пониманием к вашей оплошности? Она что-то сказала вам? Или выглядела недовольной?

*Пациентка.* Нет, она терпеливо ждала, когда я отсчитаю деньги. Даже улыбнулась мне, но от этого я почувствовала себя круглой душой.

*Терапевт.* Ну что ж, насколько я понимаю, мы не имеем достаточных данных, чтобы с уверенностью судить о ее реакции. Поэтому давайте лучше обсудим сейчас вашу склонность воспринимать себя как «дуру», когда вы совершаете ошибки. А затем мы порепетируем, какую линию поведения вы могли бы избрать, если бы кассир действительно была настроена критически.

Ролевые игры могут использоваться и для того, чтобы вызвать у пациента «аутосимпатию». В этом случае терапевт и пациент просто меняются ролями. Обычно депрессивные пациенты относятся к себе требовательнее и критичнее, чем к другим, оказавшимся в той же ситуации.

Существенным аспектом когнитивной терапии, как отмечают Л. Бек, А. Раш, Б. Шо, Г. Эмери, является оценка представлений, мешающих ассертивному поведению. Робкое, неуверенное поведение, характерное для депрессивных пациентов, зачастую объясняется не столько недостатком поведенческих навыков, сколько наличием негативных предубеждений.

Большая часть поведенческих техник применяется уже в ходе первых терапевтических сессий для ослабления таких симптомов, как пассивность, отсутствие удовлетворения и неспособность к выражению эмоций. Эти симптомы обнаруживаются практически у всех депрессивных пациентов, однако поведенческие техники особенно показаны в случаях тяжелой депрессии. Глубоко депрессивно-

му пациенту трудно сконцентрироваться на абстрактных концептуализациях, диапазон его внимания ограничен и может охватить только ясно очерченные, конкретные задания. Данные исследований в этой области показывают, что успешный опыт выполнения конкретных поведенческих заданий скорее, чем что-либо другое, помогает разорвать порочный круг /деморализации, пассивности и самоуничижения.

# Гештальт-терапия

Гештальт-терапия — одно из основных направлений гуманистической психологии, оригинальный метод психотерапии и личностного роста — получает все более широкое признание благодаря своему мощному терапевтическому потенциалу. Гештальт-терапия — это теория поля (Kaplan M. L., Kaplan N. R., 1985), поскольку она утверждает, что для понимания поведения человека нужно рассмотреть всю конфигурацию взаимоотношений в его жизни, включающую в себя прошлый опыт человека, его убеждения и ценности, его ожидания, желания и потребности, имеющиеся на данный момент, его современный уклад жизни, определяемый местом жительства, родственными взаимоотношениями и работой, и, наконец, ту непосредственную ситуацию, в которой он сейчас находится. Само слово «гештальт» (от нем. «очертание», «форма») обозначает такую конфигурацию объединенных воедино частей. Гештальт — специфическая организация частей в органическое целое.



## ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ИСТОЧНИКИ ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИИ

**Гештальт-терапия** — это метод, созданный американским психологом и психотерапевтом Фредериком Перлсом под влиянием идей гештальт-психологии, экзистенциализма, психоанализа и, в частности, теории Райха о физиологических проявлениях вытесненного психологического материала. Райх предполагал, что психологическая защита выражается на физиологическом уровне в виде мышечных «зажимов». Если удастся пробиться через этот панцирь, то открывается доступ к вытесненным психологическим содержаниям. Райх просил пациентов усиливать определенный зажим, чтобы лучше осознать его и выявить заблокированную эмоцию. Психотерапия Райха постепенно переместилась в направлении освобождения эмоций (удовольствия, гнева, волнения) посредством работы с телом. Райх во многом определил представления Перлса о взаимосвязи тела и психики. Перле заимствовал его идею о том, что сопротивление как часть защиты проявляется в невербальном поведении, в «языке тела», и развил ее далее в идею единства тела и психики.

Экзистенциализм, явившийся своего рода ответной реакцией на суровые годы двух мировых войн, полных жестокости, деморализации, бездуховности, рационализации и приведших, в конечном счете, к моральному и экономическому кризису, способствовал введению в психологию представлений о свободе человека и его ответственности за формирование собственного внутреннего мира. Сам Перле считал, что современный ему образ чув-

ствования и мышления переполнен прагматизмом и дегуманизирован. «Западный интеллект, — писал он, — становится проституткой ума... бледной и немощной подменной живой непосредственности, чувствования и переживания».

Иногда гештальт-терапию определяют как своеобразное антиинтеллектуальное направление. Такое определение требует уточнения. Гештальт-терапевт не вообще не доверяет интеллекту, а ставит под сомнение пользу аналитического расчленения, вербального описания и объяснения чувств и ощущений. Нельзя проанализировать переживания человека, наблюдающего за набегавшей волной, не утратив самого качества этого переживания. Нельзя словами передать запах весны в лесу. Знание, имеющее терапевтическую ценность, интуитивно, иррационально, основано на опыте непосредственного переживания. И если человек открыт для такого опыта, любая ситуация может стать символом интеграции, может переживаться как ценное знание, как инсайт. Опыт непосредственного переживания основан на истинных потребностях и на подлинных чувствах. Если человек принимает решение, доверяясь мудрости своего организма, он знает, что это решение соответствует его глубинной сущности. Тогда ничто не может поколебать его уверенности в правильности сделанного выбора, в истинности принятого решения. Часто человек может почувствовать, как это решение откликается в его теле.

Перле был убежден, что подлинно холистический (целостный) взгляд на человека и на психотерапию требует существенной деинтеллектуализации, полагая, что интел-

лект в западной культуре переоценивается, в частности, его попытки постичь человеческую природу. Перле верил в то, что называл «мудростью организма», и эту мудрость считал своего рода интуицией, основанной больше на эмоциях, чем на интеллекте, который часто сравнивал с компьютером. Постоянное стремление выяснить, почему нечто происходит, мешает пережить то, как это происходит. Эмоциональное осознание блокируется изобретенными объяснениями. Объяснение же — это особенность интеллекта, не имеющая отношения к пониманию. Антиинтеллектуальная позиция Перлса отражена в его известном афоризме: «Забудь о своем уме и доверься чувствам».

Другим важным источником гештальт-терапии является гештальт-психология. **Гештальт (или «целостная структура», «паттерн»)** — это специфическая организация частей в определенное целое. Основной принцип подхода гештальт-психологии состоит в том, что анализ частей не может обеспечить понимание целого, поскольку целое определяется их взаимодействием. Отдельно взятая часть — только часть; никакого представления о целом она не дает. Гештальт-психология выдвинула ряд предположений относительно того, как организм адаптируется, достигая оптимальной организации и равновесия. Один из аспектов этой адаптации таков: организм в данном иоле делает свое восприятие значимым, различая фигуру и фон. Организм выбирает то, что ему интересно и важно в каждый данный момент времени. Например, если человек испытывает жажду, то стакан воды, даже помещенный среди его любимых яств, он воспримет как фигуру на фоне еды. Таким образом, восприятие приспособляется к удовле-

творению потребностей. Когда жажда будет удовлетворена, восприятие фигуры-фона может измениться в соответствии со сменой доминирующей потребности.

Некоторые незавершенные гештальты приходят из прошлого. Например, у женщины, испытывающей сильный и неразрешенный гнев по отношению к своему отцу, это чувство может «затаиться» на заднем плане до тех пор, пока ситуация не сделает его очевидным: когда эта женщина начнет общаться со своим начальником, напоминая ей отца, упомянутый неразрешенный конфликт способен оформиться и повлиять на ее реакцию по отношению к начальнику. Такая нсотреагированная потребность становится, по Перлсу, причиной многих незавершенных проблем, которые через некоторое время начинают оказывать воздействие на текущие психические процессы: если человек не выразил сразу и прямо свой гнев или злобу, то в последующем эти чувства не исчезнут совсем, а будут проявляться в более скрытых и коварных формах. Полная блокировка незавершенных гештальтов может привести к неврозу. Задача гештальт-терапевта заключается в том, чтобы помочь пациенту осознать свою потребность, сделать ее более четкой (сформировать гештальт) и, в конечном счете, нейтрализовать (завершить гештальт).

По мнению Перлса, принцип создания гештальтов, или фигур, воплощающий стремление к дополнению или завершению, является не только основой процесса восприятия, но и универсальным принципом организации функционирования всех живых организмов. Все, что препятствует или прерывает создание или завершение этих фигур, вредно для организма и приводит к возникновению так на-

зываемых «незаконченных ситуаций», требующих завершения. Каждый аспект личности может создать такую фигуру, дополнение и завершение которой означает ассимиляцию и включение в целое. Если в процессе создания или завершения слишком много подобных форм (гешталтов) оказываются заблокированными, то личность подвергается дезинтеграции. Перле применил принципы гештальт-психологии в психотерапии.

Гештальт-терапия возникла в русле феноменологического подхода, подчеркивающего необходимость осознания пациентом настоящего и важность непосредственного эмоционального переживания. Феноменологический подход гештальт-терапии, акцентирующий важность осознания пациентом настоящего момента посредством переживания текущих мыслей, чувств и телесных ощущений, противопоставлялся Перлсом каузальному подходу, при котором усилия психотерапевта и пациента направляются на обнаружение причин болезненного расстройства. Вместо того чтобы искать корни проблем в прошлом своих пациентов, он начал всматриваться в их настоящее, в то, как они приспосабливаются и живут в своем сегодняшнем мире. При таком подходе теория перестает быть только системой извлечения из памяти клиента значимой информации. Перле считал, что информация, необходимая для терапевтического воздействия, содержится главным образом в непосредственном сиюминутном поведении пациента, в том, как он вступает во взаимодействие с психотерапевтом, как проявляет себя в этом взаимодействии, и был убежден, что контакт психотерапевта с пациентом — это встреча двух неповторимых челове-

ских личностей, а не разновидность классических стандартных отношений врача и больного.

Перле перенес закономерности образования фигуры, установленные гештальт-психологией в сфере восприятия, в область мотивации человеческого поведения. Если человек осознает свои потребности, желания в данный момент, из них выстраивается четкая фигура, по отношению к которой потребности прошлого и будущего являются фоном. Понимание человеком своих потребностей в данный момент дает возможность выявить наиболее настоятельную из них и направить активность па ее удовлетворение. Но па пути удовлетворения потребности может возникнуть препятствие, потребность отрицается или подавляется, и тогда равновесие в организме нарушается, и гештальт остается незавершенным. В случае, когда незавершенный гештальт оказывает сильное давление, он останавливает перетекание фигуры в фон. Например, страх за ребенка, которому делают операцию, у матери надолго остается незавершенным гешталтом. Незавершенным остается гештальт, если потребность выразить чувство не становится четкой фигурой, поскольку соответствующая эмоция сдерживается (Бурлачук Л. Ф. и др., 1999).

Находясь по-прежнему в поле восприятия, она стремится стать четкой фигурой, как бы мелькает на фоне и поэтому повторяется, однако снова без завершения. Незавершенные гешталты приходят из прошлого в настоящее как неотреагированные чувства и неудовлетворенные потребности. Человек, не смирившийся с потерей любимого и в глубине души надеющийся па встречу, заново переживает свои чувства, одновременно пытаясь думать о

чем-то другом. Незавершенная ситуация требует понимания и постоянно появляется в поле восприятия, но у невротика тут же исчезает вследствие самопрерывания. Пониманию чувств и потребностей настоящего мешают самопроизвольно выплывающие на поверхность сознания незавершенные гештальты. Наплывы воспоминаний, образов прошлого кажутся невротiku неуправляемыми. Он стремится контролировать свои импульсы, действуя рационально, и таким образом все дальше уходит от опыта непосредственного переживания.

Саморегуляция подменяется контролем и подавлением эмоций и потребностей. Перле отвергал идею разделения тела и ума, разделения объекта и субъекта и, далее, разделения человека и среды. Из этого он сделал очень важный вывод: пропасти между душевной и физической деятельностью человека не существует. Перле полагал, что сознание человека не может воспринимать окружающий мир однозначно, с одинаковой концентрацией внимания на всех деталях. Важные и значимые события занимают центральное место в сознании, образуя гештальт (фигуру), а менее важная в данный момент информация отступает на задний план, образуя фон.

С психологической точки зрения, человек в каждый момент своей жизни существует в некоем поле, образуемом его прошлым опытом, представлениями о самом себе, убеждениями, ценностями, установками, надеждами и страхами перед будущим, значимыми взаимоотношениями, карьерой, окружением, материальной собственностью и культурой. Поле также включает в себя биологическое состояние человека в данный момент времени, его сиюми-

путные потребности, желания и непосредственную ситуацию (физическое окружение, присутствующих людей, происходящие события). Поведение и переживания в каждый данный момент определяются взаимоотношением всех этих элементов. Поскольку в каком-то элементе данного поля всегда происходят определенные изменения, человек никогда не будет оставаться прежним. Каждое утро вы садитесь завтракать, и всякий раз что-то становится иным, поскольку в череду дней и событий добавляется переживание еще одного дня. Окружающие вас люди уже другие, и на работе, и в семье ситуация тоже не такая, какой она была вчера.

Все вышеуказанные элементы образуют динамическое целое с каждой из сиюминутных ситуаций, в которые попадают люди и которые в некотором отношении — часть их самих. Человеческая сущность в любой конкретный момент частично определяется ситуацией. С этой точки зрения «Я» не является структурой, существующей где-то внутри человека, это, скорее, вечно меняющаяся и подвижная часть постоянного организационного поля опыта. «Я»-концепция есть часть целого. Она помогает людям организовывать поле своего опыта адаптивным образом. Ее значение будет изменяться, что свойственно любой концепции, в соответствии с другими присутствующими элементами. Скажем, наше тело обычно воспринимается как часть нас самих, но иногда мы чувствуем, что оно становится чем-то инородным, например, когда едим или пьем слишком много или чрезмерно переполняемся эмоциями, а это мешает его нормальному функционированию.



Следовательно, «Я» существует на границе контакта между человеком и текущей ситуацией. Контакт может нарушаться ожиданиями, планированием, воспоминаниями, ассоциациями, размышлениями. Вся эта ментальная деятельность не принадлежит настоящему, она уводит от контакта. Чаще всего таким образом человек избегает неприятных переживаний. Неосознанное, прерванное переживание оставляет гештальт незавершенным, и он осаждается среди других незавершенных гештальтов. Этот осадок постепенно замутняет чистоту осознания, становится помехой в восприятии и переживании настоящего. Тогда человек направляет свое внимание на одни «фигуры» (те или иные потребности и эмоции) и игнорирует другие. Например, он может постоянно ожидать опасности или искать одобрения. Потребность быть принятым как незавершенный гештальт нередко влечет за собой попытки «купить» внимание и любовь окружающих, формирует зависимость от их оценок. Ребенок, не получивший в детстве опыта безусловного принятия, подобный жизненный сценарий может воспроизводить бесконечно. Если же человек привык постоянно завоевывать любовь других людей, то при выражении симпатии с их стороны он чувствует себя обязанным им, он стремится каким-либо образом «расплатиться» с ними. Тогда межличностные отношения теряют свою естественность, непосредственность, вместо этого они несут с собой напряжение и тревогу; не получая от процесса общения удовольствия, человек обращается за помощью к психологу.

Важной частью здорового функционирования является способность проводить соответствующие границы

контакта между собой и миром. Например, человек, слишком много включающий в свое «Я», может брать па себя избыточную ответственность за других или чувствовать вину, если у других что-то не получается. Однако эти границы каждую минуту смещаются и изменяются. Граница, которая в один момент времени была четкой, прочной и обособленной (например, между врачом и пациентом), может стать в другой момент дисфункциональной, когда в действие вступят объединение и налаживание близких отношений (например, при встрече со своим романтическим партнером на приеме у врача) (Тодд Дж., Богарт А. К., 2001).

Перле резко возражал против груборационального, механистического, естественнонаучного подхода к человеку. Он соглашался с экзистенциалистами, которые утверждали, что мир индивидуального опыта может быть понят только из его непосредственного описания, из уникальности его структуры. Процесс нормального функционирования опирается на идею поддержания здорового, полного и открытого контакта со своим эмпирическим полем. Это означает наличие контакта с тем, что в данный момент происходит внутри человека и вокруг него. Возникновение и удовлетворение потребностей Перле 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 собой, осуществлять свое «Я», реализовывать свои потребности, наклонности, способности — путь гармоничной, здоровой личности. Здоровый центр личности для Перлса — глубинная, естественная сущность человека, в которой сосредоточена мудрость организма — «самость». Если человек идентифицируется с «самостью», то его функционирование характеризуется целостностью и полнотой, он доверяет своим внутренним потребностям, живет настоящим, свободно взаимодействует со средой на основе внутренней саморегулирующей тенденции.

Эти идеи выражены в известной гештальт-молитве Перлса:

*Я занимаюсь своим делом, а ты — своим.*

*Я пришел в этот мир не для того, чтобы жить согласно твоим ожиданиям, а ты — не для того, чтобы жить согласно моим.*

*Я — это я, а ты — это ты.*

*Если мы случайно находим друг друга, это прекрасно, а если нет — ничего не поделаешь.*

## КОНЦЕПЦИЯ ПАТОЛОГИИ

Индивидуум реагирует на угрозу или стрессовую ситуацию посредством защитных реакций. Это может быть уход от проблемы, искусственная невосприимчивость к ситуации или даже болезнь (истерия, например). По существу, вся жизнь человека состоит из каких-то трудностей и из защитной реакции на эти трудности. Можно привык-

путь к трудностям, можно, напротив, привыкнуть к защитной реакции, чтобы прибегать к ней даже в тех случаях, когда никакая реальная опасность не угрожает. Здоровые люди, которые могут четко сформировать гештальт и провести границу между собственным «Я» и окружающей средой, на возникающие трудности реагируют адекватно. При возникновении невроза защитные механизмы искажаются и препятствуют росту 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», которую создают для него другие люди — прежде всего близкие — и которую он со временем начинает принимать за свое истинное «Я». Отказ от собственных потребностей и следование ценностям, навязанным извне, приводят к нарушению процесса саморегуляции организма.

Здоровая личность адекватно осознает границу между «Я» и «не-Я». Если же человек переживает среду как плохую, враждебную, он создает некоторое равновесие, размывая собственные границы и отступая, отдавая свою «территорию» или пытаясь захватить чужую. Подобный «передел границ» ведет к появлению на спорной территории механизмов психологической защиты.

В гештальт-терапии различают пять основных механизмов нарушения процесса саморегуляции: интроекцию, проекцию, ретрофлексию, дефлексию, конфлуенцию.

При интроекции человек усваивает чужие чувства, взгляды, убеждения, оценки, нормы, образцы поведения,

которые, однако, вступая в противоречие с его собственным опытом, не ассимилируются его личностью. Интроекция — тенденция присваивать себе убеждения, способы мышления и поступки других людей без критики и попытки сделать их своими. В результате граница между «Я» и средой переносится — перемещается вовнутрь «Я». Индивид настолько занят усвоением чужих убеждений, что ему не удастся сформировать собственную личность. Все усилия такого человека направлены на их примирение, он буквально разрывается между ними на части. Таким образом, интроекция является способом заимствования чужого опыта.

Этот неассимилированный опыт (интроект) — чуждая для человека часть его личности. Наличие неувоенных, «чуждых», элементов представляет собой нагрузку для индивида, не имеющего внутренней опоры. Поскольку эти неассимилированные элементы изолированы и часто вступают в конфликт с чертами его собственной личности, индивид вынужден затрачивать огромное количество энергии на обуздание внутренней раздвоенности и защиту от угрозы дезорганизации личности. Наиболее ранними интроектами являются родительские поучения, которые усваиваются ребенком без критического осмысления. Со временем становится трудно различить интроекты и собственные убеждения.

Для описания механизма возникновения интроекции и способов работы с ним Перле использовал в качестве метафоры аналогию с процессом пищеварения. Возникновение этого механизма связано с периодом, когда ребенок учится жевать и кусать. Он блокирует оральную агрес-

сию, не «пережевывая» чужой опыт. Агрессию Ф. Перле считал средством против интроекции, подразумевая под этим процесс деструкции и ассимиляции, своеобразного «психологического переваривания». При здоровом функционировании человек откусывает, пережевывает и перерабатывает содержимое. Он различает полезное и вредное, нежелательное для организма. Невротическая личность, по Перлсу, не способна различать, что ей нужно, а что нет; она некритически ассимилирует чувства, мысли, нормы поведения, как бы «заглатывает» непережеванные куски актуальных событий. Интроецирующий человек становится психологически «всеядным», усваивая чуждые ему образцы поведения, мысли и чувства. Он действует, чувствует и думает так, как от него ожидают другие. Хотя он произносит «Я», на самом деле его устами говорят другие — «они», диктующие ему, что он должен делать. Такой человек неразборчив в общении, его связи поверхностны и непрочны, он не способен на самораскрытие и искренний контакт. Как правило, интроекция позволяет нормально функционировать, используя игры и манипулируя людьми. Проблемы возникают, когда интроект сталкивается с естественными чувствами и потребностями или если человек обнаруживает у себя несогласующиеся интроекты, например, требование контролировать эмоции и привычку действовать импульсивно.

**Проекция** — прямая противоположность интроекции, причем чаще всего эти два механизма дополняют друг друга. При проекции человек отчуждает присущие ему качества, поскольку они не соответствуют его «Я-коцепции». Он проецирует на других ту часть себя, которую он отри-

цает. Эмоции, установки или элементы поведения, не соответствующие «Я-концепции», отчуждаются и проецируются вовне, приписываются другим людям, на которых и переносится ответственность. Граница между собственным «Я» и средой смещается в сторону среды. Проекция — это тенденция переносить собственные ошибки и ответственность за то, что происходит внутри «Я», на других, на окружающую среду. Такой человек считает, что окружающий мир холоден и безразличен к нему, что именно этот мир виноват в его неустроенности, безынициативности, неудачах. Подобный человек не способен к самоидентификации. При нарастании гнева он скажет: «Меня довели», — не принимая таким образом на себя ответственность за собственные чувства. Перле описывает проецирующего как человека, окруженного зеркалами и воображающего, что он смотрит наружу.

Если проблемы интроецирующего связаны с тем, что он должен делать, то проблемы проецирующего касаются того, чего он не должен делать, кем он не должен быть. Если человек отрицает какую-либо черту своей личности, то он характеризует себя прямо противоположными качествами. Отрицая бережливость, проецирующий описывает себя как бессребреника, окруженного жадными стяжателями. Если ребенка в детстве отвергали, то он затем начинает отвергать других. Приписывая другим свои чувства, такой человек оказывается от них отчужден. Если человек не в силах принять себя и свои переживания, то ему кажется, что весь мир против него.

Образующиеся в результате проекции «дыры» заполняются интроектами. Индивид организует свое воспри-

ятие мира таким образом, что определенные аспекты не включаются в его «Я»-концепцию. Но, делая это, он одновременно определяет, как ему следует воспринимать и понимать других. Например, если человек отвергает и отрицает собственную решительность (возможно, потому что в детстве его за это наказывали), он, вероятно, будет воспринимать и определять себя как слабого, беспомощного и пассивного. Он может одновременно приписывать другим силу и превосходство, потому что на фоне его пассивности другие будут казаться ему исключительно доминантными и уверенными в себе. Если человек отрицает свою уверенность в себе, он может в дальнейшем организовать свое восприятие мира таким образом, что ему покажется, будто необходимо угодить окружающим, дабы ужиться с ними. Расщепляя свой мир, человек видит в других то, что он ожидает увидеть, основываясь на присущем ему жестком способе классификации собственного опыта. Клиент может воспринять терапевта как отрицающего и требовательного, потому что считает себя достойным отрицания или пассивной жертвой окружающих.

С этим механизмом связан отказ от ответственности за какие-то действия или явления, возникающие в самой личности, но приписываемые окружению или безличным факторам путем опредмечивания себя («Что-то толкнуло меня на это», «Что-то заставило меня это сделать»). Энергия, которой располагает индивид, направляется ошибочно или тратится впустую, поскольку ею движет ошибочная ориентация в отношении состояния собственной личности и окружения.



**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. Ретрофлексия возникает, если один из внутренних импульсов, встретив препятствие, изменил направление. При ретрофлексии граница между личностью и средой смещается в сторону личности. Тогда человек делает для других то, что хотел бы от них получить. Ретрофлексирующий индивид пытается отделиться от окружения и направить на самого себя действия, первичной целью которых была внешняя среда. Если попытка удовлетворить свою потребность встречает сопротивление, он направляет энергию борьбы на себя, вовнутрь, вместо того чтобы направить ее на попытки изменить и преобразовать среду, что было бы полезно для удовлетворения собственных потребностей. У ретрофлексирующего индивида формируется отношение к себе как к постороннему объекту. Происходит разделение «Я» как субъекта и «Я» как объекта. Разделяя себя таким образом, человек становится и субъектом, и объектом своих действий. Все усилия его направлены на самоосуждение, самобичевание, в лучшем случае — на коррекцию собственных эмоций и поведения.

Таковыми неудовлетворенными потребностями, или незавершенными гештальтами, часто становятся агрессивные чувства. Ретрофлексия при этом проявляется в мышечных зажимах. Первоначальный конфликт между «Я» и другими превращается во внутриличностный. Показатель ретрофлексии — использование в речи возвратных

местоимений, например: «Я должен заставить **себя** сделать это».

Например, когда-то мальчика наказали за то, что он не послушал отца. Не выплеснув свой гнев на отца, мальчик направляет его на себя. Гнев вырывается наружу, но часть личности удерживает его, направляет в другое русло. Так происходит раскол, проводится граница между различными частями личности. Человек идентифицируется лишь с частью себя самого, с тем, что считает для себя приемлемым. В какой-то ситуации эта часть, возможно, сыграла не лучшую роль, и человек был наказан за ее проявления. Но расправа над ней теперь происходит каждый раз, когда она проявляется, причем не принимаются в расчет даже ее заслуги. Возможно, «ленивая» часть помогает быть свободным и творческим, а «упрямая» обеспечивает независимость, и, отвергая ее, человек теряет способность отстаивать свои интересы. В ретрофлексии можно увидеть причины нарциссизма, самообвинения, суицидального поведения. Человек может жалеть себя, возвеличивать, презирать, бороться с собой. От клиента в этом случае часто можно услышать: «Я не могу справиться с собой».

Отдельные части личности действуют в разных направлениях. И средства в этой «войне» применяются разные: одна часть может критиковать, осуждать, порицать другую, может наблюдать за ней, наказывать ее, в то время как другая часть тем временем саботирует действия первой. Эти части «делят» территорию: случается, например, наблюдать, как одна рука держит другую, как борются между собой разные мышцы, как человек хочет

расплакаться и сдерживает плач, бьет себя в грудь, по-рывается уйти, но остается на месте. Ретрорефлексия, подобно другим невротическим механизмам, не всегда патологична. Она проявляется в обычной ситуации, когда человек сдерживает какие-либо импульсы, но при этом действует гибко и произвольно. Автоматизм и неосознанность являются критериями невротического характера данного механизма.

Общий принцип терапии ретрофлексии таков: осознание подавленной части, признание ее своей, отыскание способа, при помощи которого она была отделена, нахождение средств для ее выражения и для удовлетворения стоящих за ней потребностей. Если человек осознает свои эмоции, он почувствует, на кого они были направлены, и сможет попятить, кого он обвиняет, наказывает, упрекает. Тогда он перенаправляет их с себя на других: упрек себе превращает в обращение к другому. Выраженные чувства расстаются со своей разрушительной ролью. Кроме того, при ясном осознании части проявляется ее позитивная функция. Например, несдержанная, импульсивная часть оказывается также эмоциональной, а ленивая обеспечивает отдых. Создать условия для выхода частей из подполья и их переговоров позволяют методы пустого стула и разыгрывания ролей. Подавленную часть можно вызвать к жизни, предложив человеку сыграть свою противоположность или дав задание придумывать противоположности своим действиям, чувствам, потребностям. Не случайно, по мнению многих актеров, им легче играть роли, или сходные по характеру, или диаметрально противоположные. При освоении роли происходит идентификация либо с созна-

тельной, либо с бессознательной частью (Бурлачук Л. Ф. и др., 1999).

**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. д. В этом случае энергия рассеивается. Интеракция с окружением носит случайный характер, удовлетворение потребностей обусловлено так называемым «везением», а индивид прежде всего старается не выпасть из каждодневных событий и дел, с чем связано ослабление понимания смысла своего существования вообще.

**Конфлуенция**, или **слияние**, выражается в стирании границ между «Я» и окружением. Слияние представляет собой такой способ ухода от контакта, когда объект не становится четкой фигурой, он не воспринимается отдельно. Эти люди с трудом отличают свои мысли, чувства или желания от чужих. В подобном состоянии пребывает младенец, не способный еще к различению границы между миром и собой. Также в моменты экстаза, медитации человек может ощущать себя слитым с миром воедино. Чувство слияния с другими людьми, растворения в них иногда создается ритуальным поведением и полной идентификацией с группой. Однако, если такое слияние и стирание границ между собой и окружением становятся хроническими, человек утрачивает способность чувствовать, кто же он есть в самом деле и даже существует ли он

вообще, и он уже не способен к контакту ни с окружающими, ни с самим собой. Многие способы реагирования приобретены в слиянии с людьми из ближайшего окружения.

Слияние хорошо выявляется на занятиях групповой психотерапией у пациентов, полностью идентифицирующих себя с группой; для них характерно при описании собственного поведения употребление местоимения «мы» вместо «я». В несколько иной форме феномен патологической конфлуенции выступает в случаях сильной психологической зависимости от других людей (Александров А. А., 1997; Карвасарский Б. Д., 1998). Психотерапевт работает с патологическим слиянием, когда человек не отличает себя от других людей, некритично воспроизводя и транслируя их чувства, оценки, привычки. Муж и жена, находящиеся в патологическом слиянии, не переносят даже малейших различий в привычках и привязанностях. Если же они возникают, супруги всячески либо стремятся измениться сами, либо требуют перемен в партнере по браку. Действия человека, использующего этот защитный механизм, ритуализированны, он редко проявляет интерес к чему-либо новому или необычному. Некое «мы», идентификация с другими людьми защищает его от принятия на себя ответственности, от осуществления собственного выбора. Однако слияние не всегда патологично, как отмечает Ф. Перле. Например, человек может «перейти границу», слушая прекрасную музыку, наслаждаясь великолепным пейзажем или внезапно влюбившись. Патологичным слияние становится только тогда, когда оно направлено на разрушение контакта с реальностью.

Патологическое слияние человек может заметить при попытке изменить ранее усвоенные способы реагирования, стереотипные поведенческие образцы. Поэтому психотерапевту следует предложить клиенту отмечать свои привычки, отслеживая их, и попробовать их изменить. Клиент может экспериментировать, создавая собственное Зазеркалье — действия, представления, качества наоборот.

В каждом из механизмов закрепляется определенный способ взаимодействия с миром. Сталкиваясь с травматическими переживаниями, человек отвергает, блокирует их. Он, например, может отгородиться от своих чувств и реагировать, действовать, как другие (патологическое слияние). Если человек вырос в условиях подавления, он привык исходить из должного и не способен осознать своих потребностей. Когда он не понимает, что именно его интересует, чего конкретно ему хочется, он не в состоянии реализовать свои желания. Такая личность интроецирует авторитет, который и указывает ей, что следует делать, напоминает ей о должном. Если человеку не хочется признавать в себе какие-либо импульсы, желания, качества, то он может приписать их другим людям (проекция). Или, например, кто-то ждет и не получает от других признания. Внутренним голосом он начинает хвалить себя сам (ретрофлексия). Невротические механизмы, как правило, действуют не изолированно, они переплетаются друг с другом, создают своеобразный стиль взаимодействия человека с миром, его индивидуальный способ эмоционального реагирования.

Описанные варианты нарушений процесса саморегуляции представляют собой невротические защитные ме-

ханизмы, прибегая к которым, индивид отказывается от своего подлинного «Я». В результате действия перечисленных механизмов нарушается целостность личности, и она оказывается фрагментированной, разделенной на отдельные части. Большое значение в гештальт-терапии придается описанному Перлсом конфликту между «нападающим» и «защищающимся». «Нападающий» — это интроект родительских поучений и ожиданий, диктующих человеку, что и как он должен делать. «Защищающийся» — зависимая, неуверенная в себе часть личности, отбивающаяся различными хитростями, проволочками типа «сделаю завтра», «обещаю», «да, но...», «постараюсь». Основная цель гештальт-терапии состоит в интеграции фрагментированных частей личности.

Для удовлетворения собственных потребностей мы постоянно должны быть в контакте с зонами своего внутреннего и внешнего мира. Мы отвечаем за свои внутренние потребности, когда пьем, ощущая жажду. Мы отвечаем за свои внешние потребности, когда надеваем свитер, ощущая холод. У невротиков эта саморегулирующаяся подвижность границ нарушается, и индивидуум сталкивается с конгломератом не до конца сформированных и незавершенных гештальтов. Неврозы, считал Перле, возникают в результате сосредоточения индивида на средней зоне за счет исключения событий, происходящих во внутренней и внешней зонах. Эту среднюю зону Перле называл «зоной фантазии». Зона фантазий несет в себе незавершенные гештальты из прошлого, а поскольку деструктивная природа таких гештальтов проявляется в настоящем, то невротика трудно жить в этом настоящем. Перле утверждал, что кор-

ни невроза лежат в тенденции фантазировать и интеллектуализировать (умничать) там, где нужно просто осознавать настоящее.

## **ПАЦИЕНТ**

Итак, в гештальт-терапии пациентом является человек, который хронически препятствует самому себе в удовлетворении собственных потребностей и достижении своих целей, делает то, что ему не впрок, и не делает того, что было бы для него полезно. Речь идет об акцентировании субъективного характера всех действий человека. Пациент имеет неадекватные представления о своих особенностях и возможностях, а его прежний опыт не развил в нем внутреннего источника опоры для эффективного преодоления трудностей. Процесс саморегуляции протекает у него неэффективно, поскольку его личность расщеплена на множество изолированных частей, а поведение вытекает из неверно направленных усилий и попыток сохранить внутреннее равновесие. Не найдя в себе прочной опоры, формируемой посредством идентификации с собственным организмом и происходящими в нем процессами, он не в состоянии воспринимать себя в настоящем. Поэтому он разрывается между сковывающими воспоминаниями прошлого и пугающими представлениями о будущем. Его сознание наполнено фантазиями в оценке себя и окружающего мира, что препятствует установлению контакта с действительностью. Он часто на-



ходится в состоянии экзистенциального кризиса, поскольку его потребности не удовлетворены, цели не достигнуты, а то, что он делает и как живет, он не считает значимым и имеющим смысл.

Социально-культуральная среда создает разные концепции и модели желаемого поведения, и индивид, чтобы быть принятым этой средой, воспринимает различные элементы таких моделей и требований. Делая это, человек научается отказываться от своих чувств, желаний и потребностей, утрачивает связь с природой и руководствуется главным образом расчетом. Он играет перед собой и другими роли, не соответствующие его истинным желаниям и переживаниям. Его раздрают внутренние противоречивые требования и ожидания. Он не умеет устанавливать контакт с самим собой и окружением; значительную часть своей активности он уделяет поиску какой-либо опоры вне самого себя, поскольку не верит, что способен самостоятельно справиться с собственной жизнью.

## УРОВНИ НЕВРОЗА

В процессе гештальт-терапии больной неврозом па пути к раскрытию своей истинной индивидуальности проходит пять уровней, которые Перле называет уровнями невроза. Психотерапия при этом напоминает процесс реставрации картины, когда постепенно, шаг за шагом, снимаются наслоения и проступает подлинник — истинная,

глубинная сущность человека. Это длинный путь, соответствующий разным уровням его функционирования.

**Первый уровень — уровень фальшивых отношений,** уровень игр и ролей. Невротическая личность отказывается от реализации своего «Я» и живет согласно ожиданиям других людей. В результате собственные цели и потребности игнорируются человеком и остаются неудовлетворенными, вследствие чего наступают фрустрация, разочарование, переживание бессмысленности своего существования. Отказываясь от самого себя, больной неврозом стремится быть кем-то другим. Поэтому он постоянно носит маску, играет роль, выполняет предписания, следует наложенным на него ограничениям и запретам. Мы с презрением относимся к нашим истинным качествам и отчуждаем их от себя, создавая пустоты, заполняющиеся фальшивыми артефактами. Мы начинаем вести себя так, как будто на самом деле обладаем теми качествами, которых требует от нас окружение и которые, в конечном счете, начинают требовать от нас наша совесть, или «супер-эго».

**Второй уровень — фобический,** связанный с осознанием фальшивого, неистинного поведения, игры и манипуляций. Когда пациент, осознав собственную неискренность, представит себе, какие последствия могут возникнуть, если он начнет вести себя искренне, в согласии и в соответствии с собственной природой, его охватывает страх — страх перед собственной природой, которая представляется темной могущественной силой, стихийной и неуправляемой. Человек боится этой силы, он боится быть тем, кем, по сути дела, является, боится, что в наказании за несоблюдение социальных запретов, предписаний и ог-

раничепий общество подвергнет его остракизму. Он боится быть отвергнутым и поэтому продолжает держаться за свою маску.

**Третий уровень — тупик.** Он характеризуется ощущением пустоты: человек не знает, что ему дальше делать с самим собой, куда двигаться и к чему стремиться. Он переживает утрату поддержки извне, лишение социальной защищенности, причастности обществу, но при этом еще не готов использовать собственные ресурсы, не способен обрести внутреннюю точку опоры. Любые изменения представляются человеку опасными, устрашающими, угрожающими его благополучию. Он фиксирует наличное состояние, избегая каких-либо изменений. В результате невротик стремится к сохранению статус-кво. Это тяжелое переживание может обрывать процесс осознания, и тогда человек возвращается к играм и манипуляциям, поскольку именно исполняемые им в свое время роли и устраняли ощущение пустоты. Но если погрузиться в пустоту, пройти через ничто, пережить его, то затем следует уровень внутреннего взрыва.

**Четвертый уровень — имплозия.** Это состояние внутреннего смятения, отчаяния, отвращения к самому себе, обусловленное полным и глубоким осознанием того, насколько человек ограничил и подавил себя, заблокировал свои возможности и способности развития. На этом уровне пациент может испытывать страх смерти. Противоположные части как бы застывают. Если осознание не прерывается, умирание переживается актуально. Подобные переживания требуют вовлечения огромного количества психической энергии, которая загружа-

ет столкновение противоборствующих сил. Пациенту кажется, что возникающее вследствие этого давление может его уничтожить. Человек испытывает чувство парализованности, омертвения, рождающего убеждение, что через мгновение должно произойти что-то страшное.

**Пятый уровень — эксплозия (взрыв).** Достижение данного уровня означает формирование аутентичной личности, которая наконец-то обретает способность к переживанию и выражению своих подлинных эмоций. Осознание на этом последнем уровне дает соприкосновение с глубинной сущностью личности — с Самостью. Человек освобождает свои чувства и может спонтанно выражать эмоции. При этом проявляется истинное «Я», происходит взрыв ранее заблокированных эмоций. Эксплозия — это глубокое и интенсивное эмоциональное переживание (Александров Л. А., 1997; Карвасарский Б. Д., 1998).

Перле описывает четыре вида взрывов. Это может быть взрыв горя, печали из-за потери или смерти, не выраженных ранее до конца, и тогда человек разражается рыданиями. Это может быть взрыв оргазма, если ранее подавлялись сексуальные переживания. Взрыв может быть также связан с высвобождением гнева, ярости, ненависти, злости. И наконец, может быть взрыв ликования и смеха, вызванный освобождением спонтанной радости.

Перле всячески подчеркивал естественность психотерапевтического процесса. Движение по этому пути нельзя форсировать, как нельзя помочь вырасти цветку, если тянуть его вверх, он сам тянется к солнцу, в своем ритме. Так и организм, следуя собственной мудрости, стремится к самоисцелению (Бурлачук Л. Ф. и др., 1999).

## КОНЦЕПЦИЯ ТЕРАПИИ

Гештальт-терапия — это сложный синтез психоанализа, экзистенциальной психологии, бихевиоризма (подчеркивание очевидного в поведении), психодрамы (отреагирование конфликтов), дзен-буддизма (минимум интеллектуализации и фиксирование на осознании настоящего). Основными понятиями гештальт-теории являются отношение фигуры и фона, осознание потребностей и сосредоточение на настоящем, противоположности, функции защиты и зрелость.

Границы использования техник гештальт-терапии расширяются. Не только зарубежные, но и отечественные исследования свидетельствуют о возможности применения метода при психокоррекционной работе с различными контингентами больных: в частности, с больными неврозами (Александров А. А., 1992), с больными, страдающими соматизированными невротическими расстройствами (Ташлыков В. А. и др., 1992). Имеется опыт использования гештальт-терапии при лечении больных психосоматическими заболеваниями (Fagan j., Shepherd I. L., 1971).

*Цель гештальт-терапии* больше, чем решение частных проблем, а именно — изменение всего стиля жизни клиента. Гештальт-терапевт стремится помочь ему принять на себя ответственность за собственные мысли, чувства и поступки, погрузиться в бытие в текущем моменте, войти в полный контакт с реальностью на основе осознания. По мнению Перлса, главной целью гештальт-терапии является повышение потенциала человека — его силы и возможностей — посредством интегра-

ции и развития. Терапевтическая работа направлена на снятие блокирования и на стимулирование процесса развития, на реализацию возможностей и целей и, прежде всего, на создание внутреннего источника опоры и оптимизацию саморегуляции. Основой терапевтического процесса является сознание и переживание контакта с самим собой и со своим окружением. Внимание и активность терапевта сконцентрированы на помощи пациенту в расширении и обогащении осознания и способности переживания своего контакта с тем, что происходит в нем самом и вокруг. Много внимания уделяется повышению осознания различных установок и способов поведения и мышления, закрепившихся в прошлом, а также выяснению, каковы их значение и функции в настоящее время. С этой целью терапевт создает ситуации для проведения пациентом поиска и экспериментов, в ходе которых он сам определяет, что ему подходит, что ценно, а что неподходяще и вредно.

Целью гештальта не является оказание помощи клиенту в решении какой-то его конкретной проблемы. Самое существенное в процессе терапии — научить пациента мобилизовать собственные ресурсы, «стоять на собственных ногах», находить правильные формы связи с окружением. Основная идея может быть выражена следующим образом: «Изменение наступает тогда, когда становишься тем, кто ты есть, а не тогда, когда пытаешься стать тем, кем ты не являешься». Согласно гештальту, имеющаяся жалоба — просто симптом того стиля жизни, который и представляет собой настоящую проблему. Гештальт-терапия сконцентрирована на активизации способности человека

поддерживать полный контакт с реальностью и на повышении осознания происходящего. Таким образом она помогает клиенту обрести способность сделать эффективный выбор. Под «повышением осознания» гештальт подразумевает не достижение инсайта, а приведение клиента в такое состояние, чтобы он мог остаться центрированным на настоящем моменте и научился осознавать его.

Гештальт-терапия предполагает преимущественно психокоррекционную работу с пациентом, избегая при этом интерпретирования глубинных аспектов его личности. Информацию, необходимую для терапевтического изменения, получают непосредственно из поведения пациента. По Перлсу, поведение человека детерминировано не инстинктами, как считал Фрейд, а так называемыми «незаконченными ситуациями», то есть неудовлетворенными потребностями, незавершенными гештальтами. Полное равновесие соответствует четкой фигуре (гештальту); отклонение от равновесия ведет к разрушению фигуры, размыванию границ между нею и фоном. «Любое нарушение организмического равновесия, — писал Перле, — составляет неполный гештальт, незаконченную ситуацию, заставляющую организм становиться творческим, находить средство и пути восстановления равновесия... Формирование фона, оказывающегося особенно сильным, временно принимает на себя управление всем организмом. Это основной закон организмической саморегуляции».

Для интеллектуального осознания, внезапного «схватывания» вытесненного психологического содержания («инсайта»), по Перлсу, необходимо глубокое эмоциональ-

пое «проживание» конфликта клиентом, его эмоциональное отреагирование. В результате психологического воздействия, направленного на акцентирование эмоционального аспекта отношений через конфронтацию пациента со значимыми для него переживаниями, происходит осознание прежде подавляемых или проецируемых чувств, желаний, потребностей, стремлений. Ключевым понятием для гештальт-терапевтов является осознание.

Основное условие формирования и завершения гештальта — способность человека осознавать себя и свою доминирующую потребность в данный момент и сосредоточиваться на ней. «Нет ничего, — учил Перле, — кроме того, что есть здесь и теперь. Теперь есть настоящее... Прошлого уже нет. Будущее еще не наступило». Этот принцип является важнейшим в гештальт-терапии. Саморегуляция организма зависит от степени осознания настоящего и от способности жить в полную меру здесь и теперь.

В отличие от каузального подхода, при котором пациент рассказывает о своих чувствах, гештальтистский подход выражается в непосредственном переживании ситуации «сейчас». Пациент с помощью психотерапевта погружается в значимый для него психологический материал; при этом поощряется наиболее полное эмоциональное отреагирование. Психотерапевт внимательно следит за изменением функционирования организма пациента, побуждает его к расширению осознания происходящего с ним в данный момент, с тем чтобы заметить, каким образом тот препятствует процессу саморегуляции организма, какие блоки 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. Когда психотерапевт видит проявление чувств клиента в характерном движении, он интересуется тем, что клиент при этом переживает. Если же клиент не может осознать эмоции, ему предлагается усилить жест, тон голоса, повторить высказывание. Психотерапевт отслеживает, что именно делает пациент в каждый данный момент времени и как он это делает, например, сжимает ли кулаки, щурится, совершает мелкие стереотипные движения, покачивает ногой, отводит в сторону глаза, задерживает дыхание, кашляет и т. д. Таким образом, в гештальт-терапии акцент смещается с вопроса «Почему?» на вопросы «Что?» и «Как?» Фрагментирование личности часто устанавливается по наличию рассогласования между вербальными и невербальными сигналами коммуникации.

Собственно психотерапевтическая работа происходит тогда, когда в настоящем всплывают незавершенные гештальты. Терапевт стремится к тому, чтобы клиент достиг ясности фигуры, то есть осознавая неудовлетворенных потребностей, непроявленных чувств. Поэтому клиент концентрируется на прерывании осознания для того, чтобы вернуть контакт. Завершение гештальта происходит как признание потребностей и эмоций, выражение чувств. В процессе психотерапии клиент приобретает новый опыт, получает доступ к собственным эмоциям, ощущениям, строит контакт со средой и различными частями своей личности.

Гештальт-терапевт работает не столько с содержанием проблемы, сколько с механизмами, препятствующими установлению контакта. Психотерапевтический процесс идет на уровне эмоций и ощущений. Например, на уровне интеллектуальных построений человек не замечает, что не он руководит своими действиями, а усвоенный им авторитет. Неассимилированный опыт, «проглоченный», но не «переваренный» интроект создает дискомфорт на уровне ощущений. Человек не осознает наличия интроекта, а жалоба его звучит: «Мне тошно». В языке не случайно закрепились пищевые метафоры: «проглотил обиду», «в печенках сидит», «Я его не перевариваю». Человеку, заблокировавшему кинестетические ощущения, сравнение ментального интроекта и непереваренного куса пищи кажется странным, но Перле серьезных результатов достигал при работе с пищевыми привычками. Проработка, критическое осмысление ментальной пищи необходимо так же, как и тщательное переваривание для пищеварения. Прекратив интроецировать, человек обращается к собственным потребностям, эмоциям, перестает их блокировать и приобретает то, что в метафоре закрепилось как «вкус к жизни».

По мнению Джудит Тодд и Артура Богарта, гештальт представляет собой крайне субъективный вид терапии, который протекает не так, как ее вербальные виды, когда терапевт разговаривает с клиентом о нем и его проблемах. Это, впрочем, не означает, что беседа отвергается как терапевтическая процедура. Хотя, отмечают авторы, некоторые гештальт-терапевты считают «разговоры» о проблемах уходом от сиюминутного непосредственного переживания

и не позволяют этому произойти, полагая, что за ними переживание скрывается. Это не означает, что все разговоры исключены. В ряде случаев именно через разговор терапевт устанавливает контакт с клиентом. Также желательно, чтобы клиенты выражали свои чувства по отношению к терапевту и другим участникам групповой терапии и формулировали свое осознание. Речь идет при этом не о прошлых ситуациях, а о живых, свежих ощущениях, которые представляются актуальными и значимыми в настоящий момент. Однако попытки сесть и поговорить о своем детстве или семейной жизни чаще всего пресекаются.

Вместо того чтобы поощрять разговоры клиентов о собственных проблемах, гештальт-терапевт стимулирует облегчение полного непосредственного контакта в данный момент, используя техники, позволяющие клиенту погрузиться в опыт непосредственного переживания. Это может быть фокусирование на сиюминутных отношениях между терапевтом и клиентом, а также применение различных упражнений, разработанных для этой цели гештальт-терапевтами. Поскольку главной задачей гештальт-терапии является повышение контакта в данный момент, одна из основных техник — заставить клиента просто рассказать о том, что он осознает в данный момент, дабы выработать внимание, центрированное на настоящем.

Например, в гештальт-терапии популярна так называемая челночная техника. В ответ на рассказ клиента психотерапевт произносит: «Вы осознаете это предложение?» Таким образом, клиент переходит от говорения к слуша-

нию, от описания к ощущению, от прошлого опыта к настоящему, от отголосков чувств к реальной эмоции. Обеспечивая поочередные переходы, психотерапевт направляет внимание на текущие ощущения, создает условия для улучшения контакта с реальностью и способствует интеграции.

Поддержание континуума (непрерывности) осознания кажется, на первый взгляд, очень простым. Нужно постепенно, от секунды к секунде, осознать, что именно, какое событие в данный момент переживается. На деле же это весьма трудно: появляются посторонние мысли, ассоциации, и континуум прерывается. Это упражнение часто показывает, насколько сложно оставаться сосредоточенным на настоящем моменте, поскольку клиент обычно старается отклониться от темы и перейти к рассуждениям или самоанализу.

Человеку, существование которого связано с «пограничными конфликтами», трудно поддерживать контакт, осознать текущие ощущения. Перле создал специальную процедуру, выполнение которой позволяет погружаться в опыт непосредственного переживания. Клиенту предлагается в течение некоторого времени составлять предложения, начинающиеся словами: «Сейчас я осознаю ...», а заканчивать сообщением об ощущениях, приходящих из внешнего мира: зрительных, слуховых, осязательных. При этом важно не скатываться в интерпретацию, оценку, нужно только скользить по поверхности чувств и впечатлений. Например, нельзя говорить: «Сейчас я осознаю ваш внимательный взгляд», потому что «внимательный» означает интерпретацию, оценку.

С упражнением «Сейчас я осознаю ...» сходно другое упражнение — «пребывание». Клиент получает указание задержаться на какой-то мысли или каком-то чувстве. Сохранение внимания на чувстве может привести к появлению некоего незавершенного гештальта или вопроса, на котором клиент хочет сосредоточиться. Молено сказать, что оба эти упражнения тренируют внимание, центрированное на настоящем.

## ЗРЕЛОСТЬ

Перле определяет зрелость, или психическое здоровье, как способность перейти от опоры на среду и от регулирования средой к опоре на себя и саморегуляцию. Для того чтобы достичь зрелости, индивид должен преодолеть свое стремление получать поддержку из окружающего мира и найти новые источники поддержки в самом себе.

Главное условие как для опоры на себя, так и для саморегуляции — достижение состояния равновесия, для чего необходимо осознание иерархии потребностей. Основной составляющей равновесия является ритм контактов и отходов. Саморегуляция опирающегося на себя индивида характеризуется свободным протеканием и отчетливым формированием гештальта. По мнению Перлса, «есть только один дуть к зрелости, это становится реальным, учиться иметь позицию, развивать собственный центр, понять основу экзистенциализма: роза, которая есть роза, есть роза. Я есть то, что я есть, и в этот момент я не могу

быть ничем иным, кроме того, что я есть». Если же индивид не достиг зрелости, то он вместо того, чтобы попытаться самому удовлетворить свои потребности и брать ответственность за неудачи на себя, более склонен манипулировать своим окружением.

Зрелость наступает тогда, когда индивид мобилизует собственные ресурсы для преодоления фрустрации и страха, возникающих из-за отсутствия поддержки со стороны окружающих. Ситуация, в которой человек не может воспользоваться поддержкой окружающих и опереться на себя самого, называется тупиковой. Зрелость заключается в умении пойти на риск, чтобы выбраться из тупика. Некоторые люди, не способные идти на риск, на долгое время берут на себя защитную роль «беспомощного» или «дурачка». Перле полагал, что для достижения зрелости и принятия ответственности за самого себя человек должен тщательно, как бы снимая с луковицы кожуру, проработать все свои невротические уровни. Целью гештальт-терапии является пробуждение организмических процессов пациента путем поощрения осознания и продвижения по направлению к достижению зрелости.

Для описания здоровой личности используются понятия контакта, осознания, интеграции частей. Интеграция означает, что человек осознает все свои потребности и жизненные функции, находится в контакте со средой для их удовлетворения, погружен в процесс жизнедеятельности, а не живет прошлым или ожиданием будущего. Различные понятия не скрывают, не запутывают, а проясняют главный пафос этого подхода — помочь проявлению в

личности глубинной сущности, которая позволит ей действовать в соответствии с собственной мудростью.

В гештальт-терапии от клиента прежде всего ожидается ответственность за поступки, мысли, чувства. Ответственность как вектор духовных исканий современного человека, известный больше в проекции на экзистенциальную философию, стала стержневой проблемой и для психотерапии. В гештальт-терапии ответственность является главным атрибутом аутентичной личности — идеальной модели развития человека.

Аутентичная личность знает различия между своими ощущениями и мыслями, фантазиями, не приписывает реальности свои представления, не требует от нее соответствия своим ожиданиям. Принимать на себя ответственность — это, прежде всего, отвечать за свой внутренний мир, понимать чувства и потребности и действовать в соответствии с ними, доверять своей интуиции. Поэтому поведение аутентичной личности конгруэнтно среде. Аутентичная личность осознает все элементы взаимодействия с окружением. Направление ее поступков задается не средой, а собственными потребностями. При этом аутентичная личность осознает границы своих возможностей, не преувеличивая и не преуменьшая их, ищет средства удовлетворения потребностей и свободна в их выборе.

Такой человек не попадает в зависимость от других и не принимает на себя ответственность за них, что вовсе не означает изолированность, отстраненность от других людей. Ответственный человек понимает, когда ему нужна помощь, и может попросить о ней. Ответственность — это убеждение, что счастье зависит от него самого, а не от дру-

гих людей или внешних обстоятельств. Аутентичная личность сама и создает такие обстоятельства, осознанно выбирает свой жизненный путь, осуществляет собственную жизненную ориентацию (Бурлачук Л. Ф., Морозов С. М., 1999).

Жизненная философия гештальт-терапии сформулирована К. Навахо в девяти своеобразных заповедях, ведущих к аутентичному существованию (цит. по: Бурлачук Л. Ф., Морозов С. М., 1999).

*1. Живи теперь. Будь в настоящем, а не в прошлом или в будущем. Живи здесь.*

*2. Имей дело с тем, что есть, а не с тем, чего нет. Не фантазируй. Опыт реален.*

*3. Прекрати ненужные размышления. Лучше пробуй и смотри.*

*4. Выражай чувства вместо того, чтобы манипулировать, объяснять, рассуждать, оправдываться.*

*5. Принимай неприятности и боль так же, как и удовольствие.*

*6. Ориентируйся не на «должен» других людей, а на себя.*

*7. Не сотвори себе кумира.*

*8. Принимай полную ответственность за свои поступки, мысли, чувства.*

*9. Будь самим собой.*

Описание аутентичной личности в гештальт-терапии достаточно близко по содержанию к понятию самоактуализирующейся или полно функционирующей личности в гуманистической психологии. Обе эти модели имеют общие корни в феноменологической ориентации современной западной философии. И аутентичная, и самоактуали-



зирующаяся личности рассматриваются как открытые опыту, доверяющие мудрости своего организма. Ответственность, интеграция, осознанность — главные ключевые понятия обоих подходов.

В сравнении с более традиционными школами в гештальт-терапии акцент сместился с решения проблемы па обучение способам здорового функционирования. Связь гештальт-терапии с аналитической психологией в понимании личности заключается в том, что оба направления рассматривают становление личности как приход к самому себе, к своей сущности. Терапия для представителей этих школ — не просто метод лечения, а поиск таких способов жизнедеятельности, которые отвечали бы глубинной сущности человека.

## ПРИНЦИПЫ ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИИ

Приведем определяемые феноменологическим подходом основные принципы и технические процедуры, используемые в гештальт-терапии. Они преимущественно связаны с настоящим.

**Принцип «сейчас»**, или идея концентрации на настоящем моменте, является самым важным в гештальт-терапии. Терапевт часто обращается к пациенту с просьбой определить то, что он в настоящее время делает, чувствует, что с ним и вокруг него происходит в данную минуту. В случае появления в процессе работы материала, связанного с какими-либо важными аспектами личности, предпринимают-

ся усилия для перенесения этого материала в настоящее и его активного осознания и переживания. «Сейчас» — это функциональная концепция того, что и как делает индивид в данный момент. Например, акт воспоминания далекого прошлого есть часть «сейчас», но происходившее несколько минут назад уже таковым не является. Если пациент рассказывает о каких-то событиях прошлого, то его можно попросить перенести с помощью фантазии действие в настоящее и излагать события так, как будто бы они разыгрывались в данный момент. В подобных случаях часто обнаруживается, что множество людей избегает контакта со своим настоящим и склонно углубляться в воспоминания о прошлом и в фантазии о будущем.

**Принцип «я—ты»** выражает стремление к открытому и непосредственному контакту между людьми. В самом начале терапии участники группы очень часто свои высказывания направляют не адресату — конкретному участнику, а в сторону или в воздух, что обнаруживает их скрытые страхи и опасения, их нежелание говорить прямо и однозначно. Психотерапевт в данном случае побуждает участников группы к непосредственному общению, просит адресовать конкретные высказывания конкретным лицам, которых они касаются, обращаться к ним по имени, ибо, с одной стороны, прямая конфронтация мобилизует аффект, живость и яркость переживания, с другой же стороны, боязливое избегание контактов, поверхностная и искаженная коммуникация с окружающими поддерживают чувство изоляции и одиночества пациента. В первой фазе работы психотерапевт организует для участников группы непосредственные ситуации, направленные на

установление контакта между отдельными лицами, посредством серии коротких вербальных и невербальных упражнений в двойках и в тройках.

**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»), что помогает пациенту считать себя активным субъектом, а не пассивным объектом, с которым «делаются» разные вещи. Применение этого принципа может помочь в проведении более глубоких поисков и экспериментов, направленных на повышение способности управлять собственным функционированием.

**Континуум сознания** — одно из центральных понятий гештальт-терапии — 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. Пациент должен постоянно осознавать или отдавать себе отчет в том, что происходит с ним в данный момент, замечать малейшие изменения в функционировании организма. Осознание чувств, телесных ощущений и наблюдения за движениями тела способствуют ориентации человека в самом себе и в своих связях с окружением. Использование континуума сознания помогает перенести акцент в терапевтической работе с вопроса «Почему?» на познание, на вопросы «Что?» и «Как?» Это является одним из существенных

различий между гештальт-терапией и другими психотерапевтическими подходами, в которых поиск причины определенного поведения считается наиболее существенной частью терапевтической работы. Пристальное наблюдение за многими продолжительными беседами и рефлексиями, направленными на попытку установить, почему кто-то поступает так, а не иначе, показывает, что даже получение более или менее разумных ответов на этот вопрос не приводит к переменам в самом поведении. Часто подобные беседы остаются всего лишь бесплодными интеллектуальными упражнениями. Поэтому в гештальт-терапии стремятся к сосредоточению на особенностях и процессе конкретных действий, выполняемых пациентом («Что?» и «Как?»), поскольку их осознание и переживание создают более непосредственные предпосылки как для их понимания, так и для попытки управления ими.

Приемы гештальт-терапии можно использовать и в индивидуальной, и в групповой психотерапии.

## **ТЕХНИЧЕСКИЕ ПРОЦЕДУРЫ**

В гештальт-терапии много внимания и усилий посвящается преобразованию повествования в действие. Рассказывая о чем-либо, человек сосредоточен на своих проблемах, на прошлых ситуациях и событиях. В гештальт-терапии пациент сосредоточивается на себе как на субъекте, на том, что он делает и как он это переживает в конкретной терапевтической ситуации.

Технические процедуры в гештальт-терапии называются играми. Это выполняемые пациентами разнообразные действия, предложенные и стимулируемые психотерапевтом, которые способствуют более непосредственной конфронтации со значимым содержанием и переживаниями и предоставляют возможность активно экспериментировать с самим собой и с другими участниками группы. В процессе игр пациенты «примеряют» различные роли, входят в различные 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») является таким моментом самоочищения, 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 происходит прояснение интеллектуальное. Число игр не ограничено, так как каждый психотерапевт, пользуясь принципами гештальт-терапии, может создавать новые игры или модифицировать уже существующие. Опишем наиболее известные игры.

**«Незаконченное дело»** — гештальт-техника, дающая выраженный катартический эффект. Это упражнение применяется в начале работы. Оно предназначено для улаживания и завершения разного рода незаконченных в прошлом дел, ситуаций и действий. У большинства людей есть немало таких неулаженных вопросов, связанных с межлич-

постными отношениями. «Незаконченное дело» — это любая неудовлетворенная, часто неосознаваемая в полной мере потребность человека. Наиболее актуальными «незаконченными делами» являются неотреагированные эмоции, невысказанные чувства, различного рода претензии к эмоционально значимым лицам. Пациенту предлагается выразить свое чувство воображаемому лицу с использованием вербальных и невербальных средств общения. Ситуация приобретает драматичный характер, когда речь идет о близких людях, ушедших из жизни. Эмоциональное очищение сопровождается интеллектуальным «прояснением».

**«Преувеличение»** — прием, позволяющий более полно соприкоснуться с подавляемыми эмоциями, вытесненным психологическим материалом. Психотерапевт обращает особое внимание на «язык тела» пациента, замечая, что и как делает больной для избежания конфронтации с актуальными переживаниями, чувствами, потребностями. Считается, что физические, соматические симптомы более точно передают чувства человека, чем вербальный язык. Ненамеренные движения, жесты, позы пациента иногда являются сигналами важных содержаний. Блокирование осознания может выражаться в стесненном дыхании, в ощущениях сдавления горла, различных мышечных сокращениях, мелких движениях пальцев рук. Однако эти сигналы остаются прерванными, неразвившимися, искаженными. Замечая такие проявления, психотерапевт просит пациента преувеличивать некоторые из них, например, сильнее сжимать пальцы рук, усиливать постукивание ног. Выполнение этого задания облегчает осознание пациентом вы-

тесненного психологического содержания, а также понимание того, каким образом он избегает соприкосновения с болезненными для себя переживаниями.

«**Континуум сознания**» — широко используемая в гештальт-терапии специальная процедура, во время которой пациент сосредоточивает внимание на поочередно возникающих в потоке сознания мыслях, чувствах, ощущениях, что позволяет пациенту лучше понять свои потребности, желания, углубиться в скрытую от осознания область своей психической жизни. Психотерапевт при этом помогает пациенту преодолевать возникающие сопротивления, поощряет его к продолжению выполнения процедуры, к спонтанности, к более глубокому погружению в область недостаточно осознаваемых переживаний, постоянно возвращает пациента к его чувствам, к осознанию того, что и как происходит в настоящий момент.

«**Диалог**» — метод гештальт-терапии, способствующий интеграции «частей» собственной личности пациента. Согласно теории гештальт-терапии, личность больного фрагментирована: больной отчуждает (проецирует) присущие его личности аспекты и присваивает (интроецирует) чуждые, не продиктованные собственными потребностями, по предлагаемые социумом паттерны мышления, чувств, поведения. Подчеркивая искажающее влияние проекций на восприятие реальной действительности, Перле писал: «Мы все живем в доме, где стенами являются зеркала, и думаем, что смотрим наружу».

Пациент должен принять себя таким, каков он есть; он должен осознать, какие аспекты своего «Я» он отчуждает, что не принимает в себе, а что, напротив, присваивает или

пассивно принимает под давлением социума. Интегрированная, или зрелая, личность — личность с высокой степенью осознания — выбирает срединный путь, путь примирения собственных осознанных потребностей с требованиями общества, чем достигается гармония «Я» с окружающим миром.

Диалог между частями собственной личности — процедура, в ходе которой наступает интеграция фрагментированной личности, слияние противоположностей. Наиболее универсальными, значимыми для человека противоположностями являются: «мужественность — женственность», «агрессивность — пассивность», «зависимость — отчужденность», «рациональность — эмоциональность».

Процедура выполняется с помощью пустого стула, расположенного напротив пациента. Пациент поочередно меняет стулья, отождествляя себя с противоположными сторонами своей личности и проводя диалог между ними. Например, если вы переживаете конфликт, связанный с занятиями в воскресенье вечером, вас просят «посадить» на пустой стул ту сторону, которая смотрит телевизор, и разыграть роль той стороны, которая хочет, чтобы вы позанимались. Затем вы пересаживаетесь на другой стул и изображаете ту сторону, которая хочет смотреть телевизор. В процессе подобного «разговора» мотивации сторон проясняются, и появляется возможность договориться, найти компромисс, пойти друг другу на взаимные уступки. В конце «диалога» обычно принимается окончательное решение, с которым обе стороны соглашаются. Конфликт разрешен.



В ходе ролевой игры, разыгрываемой между конфликтующими сторонами личности, критикующая сторона, постепенно смягчаясь, перестает быть резким и нетерпимым критиком. Когда это происходит, переживающая сторона прекращает обороняться и тем самым поддерживать конфликт. Критикующая сторона выражает чувство уязвимости, которое лежит в основе каждого «следует» или «нужно». И когда они обе начинают понимать, что, по сути дела, находятся на одной стороне, достигается определенная степень слияния.

Устанавливая контакт между различными частями личности, иногда приходится вводить новую часть личности, которая следит за соблюдением контракта между договаривающимися сторонами: в каких ситуациях определенная часть личности выполняет полезную функцию, а в каких — разрушительную. Диалоги проигрываются не только между различными частями личности клиента, но также и с воображаемыми значимыми другими (родителями, супругами, детьми, начальниками).

Важно отметить, что целью гештальт-терапии является не освобождение от понятий «следует» или «нужно», а, скорее, обретение их таким образом, чтобы они стали самостоятельным, свободным выбором. Самостоятельно выбранное «следует» больше ощущается как часть себя, и поэтому человек чувствует себя менее «расщепленным», когда действует в соответствии с ним. Поскольку это «следует» самостоятельно выбрано и лично значимо, клиенту понравится, что он сделал такой выбор. С другой стороны, понятие «следует», усвоенное человеком от родителей или общества и действующее, скорее, как чужой голос,

указывающий, что следует делать или каким-следует быть, не воспринимается гармонично, а ощущается давящим и угрожающим. Такой вид императива «следует» может привести к дисфункциональным расщеплениям переживаемого и, в конечном счете, к формированию невротической симптоматики.

## ГРУППОВАЯ ФОРМА ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИИ

Хотя гештальт-терапия формировалась как метод индивидуальной работы с клиентом, групповая ее форма стала наиболее распространенной.

Модель групповой психотерапии Ф. Перлса основана на диадном взаимодействии врача и пациента на фоне группы. Позиция психотерапевта при этом жестко директивна; психотерапевт направляет пациента, просит повторять значимые для того слова, корректируя его монологи и диалоги, просит усиливать какие-то действия. Роль группы сводится к отражению и усилению переживаний пациента и к внутренней работе, связанной с отождествлением с пациентом и с его проблемами.

Гештальт-терапевты, стоящие на позиции интеракционистской модели групповой психотерапии (Zinker E. R., 1956), применяют помимо описанных специально разработанные приемы. Они основаны на взаимодействиях между участниками группы и членом группы, находящимся в центре ее внимания (сидящим на «горячем стуле»). Наиболее известные из таких приемов: «рондо» (хождение по

кругу), «проективные игры», «реверс» (выявление противоположностей).

Во время «*хождения по кругу*» пациент подходит к каждому участнику группы и обращается к нему с каким-то значимым для него утверждением, выражает свое чувство, свои опасения, сомнения, страхи, по предложению психотерапевта совершает какие-либо действия, направленные на выражение своего отношения к участникам группы. В форме «рондо» часто разыгрывается «незаконченное дело». Это упражнение создает условие для выражения определенного содержания или чувства непосредственно каждому участнику психотерапевтической группы. Пациенту, который сообщает, что испытывает страх по отношению к другим членам группы, может быть предложено поочередно приблизиться к каждому и произнести: «Я боюсь тебя», — а затем прибавить какое-нибудь замечание, отражающее особенности его собственных чувств по отношению к данному лицу. Это позволяет более дифференцированно определять собственные переживания и связи с окружающими, а также может представлять форму значимой работы над собственным отношением к определенному мнению или представлению о себе и других людях. Многократное повторение фразы, выражающей какое-то глубоко укоренившееся убеждение, способствует изменению его значения и содержания для пациента.

При «*проективной игре*» пациента просят отождествляться с тем аспектом своей личности, который он отчуждает, «примерить» ту черту, которую он проецирует на других, и с позиций человека, обладающего этой чертой, в гротескной форме вступить во взаимодействие с каж-

дым участником группы, совершая «рондо». Когда пациент считает, что другой человек имеет некоторую черту или испытывает некоторое чувство, ему предлагают путем эксперимента проверить, не является ли это его проекцией: «примерить» на себя эту черту или чувство. Часто пациент обнаруживает, что действительно испытывает чувство, которое подозревал в другом.

При *«реверсивной игре»* пациент должен разыгрывать поведение, противоположное тому, которое он демонстрирует в группе и которое является для него защитным. Так, женщину, играющую в группе роль «душечки», просят реинкарнировать в агрессивную, высокомерную, задевающую других персону. Если в ходе игры пациенту удастся полная идентификация, он начинает осознавать, что проигрываемая роль и черты личности являются его собственными, подлинными. Таким образом, интеллектуальное осознание возникает на высоте непосредственного переживания в ситуации «сейчас».

Согласно концепции гештальт-терапии, связь с «тогда» возникает естественно и не требует специальных психотерапевтических усилий, так как «сейчас» — это чаще всего актуализация прошлого опыта.

## РАБОТА СО СНОВИДЕНИЯМИ

Большое внимание уделяется в гештальт-терапии работе со сновидениями пациентов. Перефразируя Фрейда, Перле говорил, что «сон — это королевская дорога к инте-

грации личности». В отличие от психоанализа, в гештальт-терапии сны не интерпретируются, они используются в проведении специальных процедур для повышения степени интегрированности индивида. Автор считал, что части сна, его отдельные образы и персонажи являются различными фрагментами нашей личности. Для того чтобы достичь интеграции, необходимо совместить эти части и фрагменты, снова признать своими эти спроецированные, отчужденные части личности, признать своими скрытые тенденции, которые проявляются во сне. С помощью проигрывания объектов сна, его отдельных фрагментов может быть обнаружено скрытое содержание сновидения.

В качестве примера работы со сновидениями можно привести пример А. А. Александрова (1997). Молодой замужней женщине снится, как какой-то мужчина выгуливает собаку. Когда пациентка отождествляется с собакой, ее поведение меняется — она становится более вовлеченной, экспрессивной и спонтанной. Произнося монолог: «Я собака, у меня есть хозяин...», она вдруг задает вопрос, который для нее самой кажется неожиданным и значимым: «Зачем ты меня держишь?» Продолжая монолог, пациентка совершает стереотипное действие рукой в области шеи, напоминающее стряхивание. На вопрос терапевта, что сейчас делает ее рука, недоуменно отвечает: «Не знаю». По предложению терапевта пациентка усиливает это движение и повторяет его много раз (причем лицо все сильнее и сильнее искажает страдальческая гримаса) до тех пор, пока вдруг не останавливается и не восклицает: «Ошейник! Я пытаюсь сбросить с себя ошейник!» Это открытие расценивается пациенткой как маленький

«проблеск сознания». На вопросы участников терапевтической группы, кого, по ее мнению, олицетворяет мужчина, она отвечает, что это, скорее всего, аллегорический образ, за которым стоят и ее отец, и ее муж.

Некоторые терапевты развивают работу над сновидением настолько, что она вовлекает помимо увидевшего сон и других членов терапевтической группы. Работа над сновидением становится тогда внешне похожей на театральное представление, и участники группы играют в нем различные части сна. Это дает возможность драматизировать такие аспекты сновидения, которые могут иметь отношение к остальным членам группы (Александров А. А., 1997).

## ДОМАШНЯЯ РАБОТА

Действия пациента и терапевта во время очередных занятий не создают условий для глубоких терапевтических перемен. Являясь источником важных переживаний, мобилизующих процесс изменения, они требуют продолжения и развития в нормальных условиях повседневной жизни. Поэтому гештальт-терапевт продолжает сотрудничество с пациентом за пределами терапевтического кабинета.

Домашняя работа пациента должна быть направлена на определенную область его конфликта. Терапевт может, например, предложить пациентам следующие действия: ежедневно хвалить себя перед каким-то человеком; дого-

вориться о свидании с девушкой моложе себя; рассказать жене все, что было с ним в течение дня; записывать ежедневно в течение получаса любые мысли, приходящие в голову в связи с диссертацией, независимо от пользы такой информации и т. д. Подобные предложения всегда связаны с направлением поисков пациента, склоняют его к ситуациям, в которых возможна конфронтация с некоторыми аспектами собственной личности, блокирующими его действия или осознание.

## ПРИМЕНЕНИЕ ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИИ

Гештальт-терапия традиционно рассматривается как наиболее эффективный метод лечения «чрезмерно нормативных, социально скованных, сдержанных индивидов», чье ограниченное функционирование связано с наличием «внутренних блоков» (Shepherd I., 1970). А. А. Александров считает, что этот вид лечения показан при тревожных, фобических, депрессивных расстройствах, а также лицам, склонным к нерфекционизму. Именно такие пациенты, замечает автор, обычно получают мало удовольствия от жизни. Гештальт-терапевты успешно работают и с супружескими парами, с пациентами, имеющими трудности во взаимодействии с авторитетными фигурами, с широким спектром интрапсихических конфликтов.

Гештальт-терапия оказалась методом, эффективным для больных с психосоматическими заболеваниями, в частности, с нарушениями сердечно-сосудистой системы, при

которых одним из центральных факторов этиопатогенеза являются особенности эмоциональной сферы. Психофизиологические расстройства при эмоциях рассматриваются, как известно, в качестве главного элемента психосоматических заболеваний. Выделяя чрезмерную стеничность эмоций больных с сердечно-сосудистыми расстройствами, ряд авторов (Губачев Ю. М., Либих С. С., 1977) высказывают мнение, что биологически целесообразный аппарат эмоций начинает выполнять деструктивную, разрушающую роль в случаях чрезмерной интенсивности или длительности эмоционально-негативных состояний.

Вместе с тем разрушительное воздействие эмоций на соматические функции человека связано не только с их излишней силой, но и со стремлением ограничивать и подавлять их проявление (с избыточным социальным контролем): сочетание силы и глубины переживаний с чрезмерным эмоциональным самоконтролем создает источник психологической напряженности, которая может служить одним из факторов этиопатогенеза психосоматических заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Оценивая поведенческие характеристики этих больных, многие авторы выделяют агрессивность, являющуюся одним из ведущих компонентов поведенческого типа «А» («коронарный» личностный тип) (Rosenman R. H., Friedman M., 1970; Rosenman R. H., 1981). Известно, что к типу «А» относят лиц с определенным стилем поведения и соответствующими эмоциональными характеристиками: чрезмерной вовлеченностью в многочисленные виды деятельности, торопливостью, тенденцией увеличивать темп жизни, соперничеством, соревновательностью, конкурент-



ностью, стремлением к успеху, признанию и руководству, а также агрессивностью, эмоциональной напряженностью и нетерпеливостью. Агрессивность занимает важное место в структуре поведения лиц этого типа, придавая ему необходимую динамичность, активность и целеустремленность.

Агрессивные тенденции лиц типа «А» могут проявляться как в явной, так и в скрытой, подавленной форме. При этом подавляемая агрессия сопровождается более выраженной эмоциональной напряженностью и оказывает разрушительное воздействие на психофизиологические функции организма. Считая вслед за Александером, что больные гипертонической болезнью характеризуются «заблокированной агрессивностью», ряд авторов рассматривает фактор снижения эмоциональной напряженности как условие оптимизации и психического, и соматического состояния пациентов.

Поэтому особую актуальность приобретает разработка направлений психологической коррекции подавленных агрессивных тенденций больных с психосоматическими расстройствами сердечно-сосудистой системы. Выбор для этих целей техник гештальт-терапии определяется их направленностью на эмоциональное состояние больного, выраженностью эффекта катарсиса (отреагирования накопленных негативных эмоций), возможностью предоставления членам группы безоценочной обратной связи в форме отражения и усиления предъявляемых эмоций. Это исключает закрепление патологического (деструктивного) стереотипа эмоционального отреагирования, что дает возможность поиска и ввода в ролевой репертуар социально допустимых вариантов реализации агрессивных тенденций.

# Гештальт-практикум

Практикум по гештальт-терапии представляет собой ряд упражнений, систематическое и регулярное выполнение которых способствует продвижению личности к более полному осознанию и пониманию собственной природы. С одной стороны, они служат иллюстрацией к теоретическим положениям, изложенным в предыдущей главе, и, с другой стороны, являются самостоятельным психотерапевтическим методом, эффективным для лечения пограничных нервно-психических расстройств. В частности, упражнения гештальт-терапии оказались эффективными для лечения психосоматических расстройств. Эти упражнения рекомендуется выполнять последовательно, одно за другим, и уделять достаточно времени освоению предыдущего, прежде чем перейти к последующему. Приводимые упражнения соответствуют руководству по гештальт-терапии, написанному Фредериком С. Перлзом, Паулем Гудменом, Ральфом Хефферлином (1995).

## ПОЛНОЕ ОСОЗНАНИЕ

Полное осознание задействует все ресурсы организма, так что поле человеческого опыта организует себя наилучшим образом. Если имеется полное, свободное внимание, субъективный опыт человека будет плавно перемещаться и протекать так, чтобы наилучшим образом объединить все происходящее в каждой новой ситуации с краткосрочными и долгосрочными целями и потребностями человека.

Полное осознание не означает понимания всего происходящего в любой момент. Внимание будет переключаться в зависимости от того, что образуют гештальты. Время от времени человек находится в режиме «контакта», и его внимание сосредоточено на ситуации. В другие моменты оно переключится на «внутренние мысли и чувства», и человек будет находиться в режиме «ухода в себя». У полностью функционирующего человека процесс осознания происходит постоянно между этими двумя полюсами. Если человек уделяет внимание происходящему в данный момент, то есть центрирован на настоящем; он не станет размышлять над тем, почему он не сделал того, что следовало, или недоумевать, почему у него не получается сделать то, что следует.

Человек не остановит процесса своего осознания, сосредоточившись исключительно на мысли о том, как он функционирует, или на своих проблемах. Его полное внимание направлено на то, что ему лучше всего сделать в данной ситуации, чтобы двигаться дальше по жизненному пути.

Гештальт ценит полное, центрированное на настоящем осознание, но жить настоящим — не значит притворяться, что прошлого не существовало или что будущее не наступит. Это просто означает, что человек полностью осознает свой внешний и внутренний опыт, позволяющий привлечь все ресурсы для того, чтобы наилучшим образом справиться с течением жизни в данный момент. Это также означает жить в данный момент, а не ради данного момента. Человеческий опыт включает в себя насущные аспекты прошлого и будущего. Если люди полностью живут настоящим, то прошлое и будущее интегрируется в их текущее поле опыта.

## Упражнение 1. Осознавание актуального

Большинство людей согласится с тем, что временами они лишь наполовину «здесь», что они как бы спят наяву, «теряют нить» происходящего или каким-либо иным образом ускользают из ситуации в настоящем.

Контакт не подразумевает постоянной настороженности с глазами навыкате. Это была бы хроническая тревожность, обычно основанная на непонимании окружающего. Во многих случаях необходимо просто «отпустить себя», оставить что-то туманным или неясным, отдалиться животному комфорту, что и делают кошки или собаки. Неспособность большинства из нас отдалиться такому состоянию целиком, пишет Перле, как раз и является следствием «незаконченных дел». Для того чтобы возродить в себе эту способность, попробуйте выполнить следующее задание:

Попытайтесь в течение нескольких минут составлять фразы, выражающие то, что вы в данный момент осознаете-замечаете. Начинайте каждое предложение словами «сейчас», «в этот момент», «здесь и сейчас».

Итак: «Сейчас я, мое дышащее тело, сижу здесь, на стуле, стул в комнате, комната в квартире, сейчас, здесь, во второй половине дня, этого определенного дня, этого определенного месяца, этого определенного года. Здесь и сейчас я делаю то-то и то-то ...»

Может быть, выполняя это упражнение, вы были смущены тем, что, пытаясь чувствовать свою актуальность, обнаружили, сколь она банальна и тускла. Может быть, вы говорите себе: «Стыдно сказать, что я не способен осознать ничего примечательного, только такие глупые вещи, как: „Сейчас мой нос чешется" и „Теперь и здесь я почесал свой нос"». Однако какого рода актуальности вы хотите, если думаете, что в любой данный момент, когда вы попытаетесь ее чувствовать, она должна быть чудесной и экзотичной, или если в данный момент нет ничего более волнующего, что привлекло бы внимание, что было бы более здоровым, чем заметить и сознавать свой чешущийся нос и почесать его? С другой стороны, если вы находите свою актуальность хронически унылой и неинтересной, почему бы вам не сделать нечто, чтобы оживить ее? Какие препятствия на этом пути вы осознаете и замечаете?

Упражнение не предполагает, что, заметив это, вы сломя голову броситесь действовать. Мы сосредоточиваемся исключительно на том, чтобы понять: «Какова наша актуальность? Возможно ли действительно ее чувствовать?»

Можно ли чувствовать эту актуальность своей?» Результат, ради которого мы выполняем данное упражнение, — это действительное изменение, это ощущение того, что мы являемся непрерывным потоком процессов.

Упражнение помогает также яснее заметить, когда и как, каким образом мы ускользаем из настоящего. Многие люди обнаруживают, что на самом деле они вспоминают прошлое или думают о будущем, а вовсе не живут в настоящем. Действительно, жить «здесь и теперь» больше всего мешает нам или страх перед будущим или сожаление о прошлом, что чаще всего и наблюдается у невротиков, которые предпочитают копаться в прошлом или стараются обеспечить свое будущее. В этой связи Перле замечает, что «погружение в прошлое служит нахождению „причин" — и таким образом оправданий — для ситуации в настоящем. Никто не отрицает, что настоящее вырастает из прошлого; но проблемы настоящего не решаются тем, например, чтобы обвинять родителей в ошибках воспитания.

Предположим, например, что вы храните как сокровище воспоминания о том, как ваш отец фрустрировал вас. Такие воспоминания важны для вас в актуальности лишь постольку, поскольку вы *сейчас* чувствуете, что то, чего вы ожидали от отца, *все еще* должно быть выполнено или ваши упреки за невыполненность этого все еще должны быть выражены, — одним словом, что ваши отношения с отцом *все еще составляют* проблему, требующую внимания и разрешения. В противном случае ваша возня с прошлым — лишь притворное обращение к проблемам, в действительности же — удобный способ избегания их».

Думать о будущем, размышлять о своем жизненном плане, о своих амбициях и притязаниях, о своих конечных целях — такая процедура усиливает обычную тенденцию пытаться быть на шаг впереди актуальности. Люди, живущие будущим, футуристически, никогда не встречаются с событиями, к которым они готовятся, не пожинают того, что сеют. Они репетируют самую незначительную встречу и оказываются неспособными действовать спонтанно, когда она приходит. Ситуации, к которым они не смогли подготовиться, приводят их в полное замешательство.

«Если вы смотрите в будущее, — пишет Перле, — не с опасениями, а сквозь розовые очки, — то почему? Не утешаете ли вы себя в какой-то фрустрации в настоящем посредством снов наяву, решений и обещаний на будущее? Оказывается ли ваша надежда на завтра средством отложить исполнение чего-то сегодня? Как вы хорошо знаете, будущее течение события редко может быть предсказано с точностью. Не опираетесь ли вы на эту неопределенность, чтобы избежать вовлечения в то, что определено, — а именно, в настоящее? Или, может быть, это тайное средство разочаровать или наказать себя?»

Теория предложенного упражнения на чувствование актуальности очень проста: в той мере, в какой ваше чувствование актуальности отделено от вашей повседневной личности, попытка чувствовать актуальность будет вызывать тревожность, маскирующуюся под усталость, скуку, беспокойство, раздражение, — то самое сопротивление, посредством которого вы прерываете полноту переживания настоящего опыта, препятствуете этой полноте. По большей части мы не замечаем перехода от контакта с окру-

жающим к блуждающим мыслям о прошлом и будущем. Мы просто можем получить опыт обнаружения себя ускользнувшим, или пробуждающимся от «сна наяву», или опасющимся затеряться в собственных мыслях.

Восстановление полного чувствования актуальности — чрезвычайно впечатляющий опыт, пишет Перле, продвигающий к самой сути дела. В клинических ситуациях пациенты восклицали: «Я чувствую себя парящим в воздухе!», «Я иду, действительно иду!», «Это такое странное чувство — мир здесь, действительно здесь!» Но от первого упражнения до подобной полноты опыта — долгий путь.

## Упражнение 2.

### Ощущение противоположных сил

Чтобы обрести и поддерживать здоровое равновесие в своей деятельности, человек должен, как искусный ездок на велосипеде, оценивать и компенсировать различие в своих ситуациях, в том, как они приходят к нему. Они могут быть едва заметными или настолько поразительными, что их невозможно не заметить. Однако, чтобы вообще заметить нечто, нужно выделить это из общего фона. Оно должно отличаться от фона так, чтобы можно было сказать: «Это другое дело». Если на совершенно белой поверхности вы добавляете белое пятно, оно незаметно, потому что не отличается от фона, черное же пятно создает максимальный контраст и будет выглядеть чернее, а белое — белес, чем если бы мы смотрели на них отдельно друг от друга.



Многие феномены не могли бы существовать, если бы не существовали их противоположности: ведь если бы день нельзя было отличить от ночи, не было бы ни дня, ни ночи, и не было бы таких слов.

Итак, выполним следующее упражнение:

Придумайте несколько пар противоположностей, в которых каждый член не может существовать без реального или подразумеваемого существования другого.

Вас может разочаровать количество пар, которые вам удалось придумать. Некоторые из них, как вы почувствуете, не являются реальными противоположностями, некоторые оказываются противоположностями только в специфическом контексте. В других парах вы можете найти дополнительные феномены, занимающие промежуточное положение. Например, в паре «начало — конец», промежуточное положение займет «середина». «Прошлое — будущее» имеет промежуточное «настоящее». «Желание — отвращение» — «индифферентность» (равнодушие). Средний термин в таких парах особенно интересен. Он часто составляет нейтральную, нулевую, индифферентную точку в каком-то измерении или континууме. На числовой прямой числа уменьшаются, пока не достигается ноль, потом они вновь возрастают, но уже как отрицательные. На переключателях многих устройств есть крайние позиции, обозначенные «вперед» и «назад», и среднее положение, в котором устройство остается в покое, хотя мотор работает «вхолостую».

«Творческое предсостояние» — это пребывание в нейтральной точке континуума, в равновесии, но с ос-

ведомленностью-сознанием и заинтересованностью в потенциальной ситуации, простирающейся в обоих направлениях, то есть расположение к действию без предначертанности его направленности в ту или иную сторону. Конфликтные ситуации — это конфликт между одной частью вашей личности и другой ее частью. Одну часть — ту, которая принимает задание и стремится его выполнить, — вы сознаете. Другую часть, сопротивляющуюся, вы не сознаете, не знаете, не замечаете. В той мере, в какой вы боретесь с сопротивлениями, она кажется не вашим собственным созданием, а чем-то, навязанным вам извне. Сопротивляющаяся часть вашей личности обладает жизненностью, и силой, и многими прекрасными качествами; но, хотя реинтеграция отвергнутой части — долгий и тяжелый труд, можно ли допустить постоянную утерю частей своей личности? Уже на довольно ранних стадиях работы в гештальте возникает чувство, что вы возвращаете себе запас энергии. Если вам кажется, что стоит попробовать, сделайте следующее:

Рассмотрите какую-нибудь повседневную жизненную ситуацию, какие-нибудь объекты или действия, как будто они являются собой прямую противоположность тому, за что вы их обычно принимаете. Вообразите себя в ситуации, противоположной вашей собственной, в которой вы обладаете склонностями и желаниями, точно противоположными вашим обычным. Рассмотрите объекты, образы и мысли, как будто их функции или значения противоположны тем, какие для вас привычны. Сталкивая их, воздержитесь от своих обычных оценок: что хорошо и что плохо, что желательно и что противно,

что осмысленно и что глупо, что возможно и что невозможно. Стойте между противоположностями — точнее, над ними — в нулевой точке, заинтересованно относитесь к обеим сторонам операции, но не отдавайте предпочтения ни одной.

Польза, которая может быть извлечена из умения видеть вещи наоборот и быть беспристрастно заинтересованным в противоположностях, состоит в способности находить собственные оценки. Если попробовать прийти к обнаружению внутри себя актуального столкновения противоположных оценок, не будучи ни сбиваемым с ног, ни принуждаемым, — тогда, вместо того чтобы чувствовать себя как всегда судимым, человек начнет чувствовать себя тем, чем на самом деле является, — личностью, в действительности осуществляющей суд и суждение.

Представьте себе движения вокруг вас в обращении, как в кино-«наоборот», когда прыгун легко спрыгивает с трамплина в воду, а потом так же грациозно выпрыгивает из воды на трамплин.

Поменяйте ваши действия на прямо противоположные: при каких обстоятельствах па стуле можно есть, а на столе — сидеть? Астроном смотрит в телескоп на Луну; что если с Луны кто-то смотрит на него? Представьте себе потолок полом, переверните степы. Переверните картины вверх ногами. Представьте себе подводные лодки и рыб, летающих в воздухе. Дайте волю шизофреническим возможностям вашего воображения. Большинство из них не более странно, чем общепринятое предположение, что люди и общество в целом всегда ведут себя разумно.

Возьмите, например, чрезвычайно распространенное обращение, когда «желание быть любимым» принимается за «любовь». Невротик утверждает, что он полон любви и доброты, но выясняется: все, что он делает для любимого, проистекает из страха быть отвергнутым. Точно так же мы часто испытываем к близким друзьям чувство неприязни и враждебности. Может быть, вы замечали в других людях, что все сверхкомпенсации являются обращением первоначальной тенденции, ее противоположностью? Принудительная скромность скрывает жадность, за развязностью прячется смущение.

Представьте себе, что было бы, если бы вы не встали с постели сегодня утром. Что случилось бы в определенной ситуации, если бы вы однажды сказали «нет» вместо «да»? Если бы вы были на 10 см выше? Или весили бы на 10 кг меньше? Если бы вы были женщиной, а не мужчиной, или наоборот?

Сны наяву — тоже спонтанные «эксперименты» обращения, и их значение обычно понятно. То, о чем мы фантазируем, как правило, является обращением фрустрации в настоящем. Потеряв деньги, мы мечтаем о выигрыше на скачках. Если нас обманули, мыкупаемся в фантазиях о мести. Если мы чувствуем себя ничтожеством, наши дневные грезы бросают мир к нашим ногам — в них нет ничего вредного, замечает Перле, если только они не вытесняют реальной жизни. Если дневные грезы проясняют, в каких областях вы чувствуете себя фрустрированным, вам легче определить направление ваших потребностей. Если вы будете практически следовать их указаниям, результат, хотя и не столь грандиозный, как сама фантазия, может быть го-

раздо более адекватным в реализации ваших подлинных нужд.

Одна из целей упражнения — обнаружить обстоятельства, или людей, или что-то еще, что делает для вас трудным даже в фантазии совершать обращения. Где вы обнаруживаете введение в действие сопротивлений ваигей собственной свободной деятельности? Вы любите ваших родителей? Вообразите, в каких обстоятельствах вы бы их ненавидели. Ваш приятель задирает вас? Вообразите, что вы задираете его. Можете ли вы сделать это? Заметьте момент, когда тревожность, страх или отвращение выходят на передний план и заставляют вас уклониться от продолжения эксперимента.

По большей части наши «очевидные» предпочтения и «естественный» взгляд на вещи просто унаследованы. Они становятся рутинно «правильными», поскольку мы удерживаемся от того, чтобы хотя бы представить себе противоположное. Когда людям не хватает воображения, это всегда объясняется тем, что они боятся даже поиграть в возможность чего-то иного, нежели «факты», за которые они так отчаянно цепляются. Способность обретать и поддерживать непредвзятый интерес к воображаемым противоположностям, сколь бы абсурдными они ни казались, существенна для всякого творческого решения проблем.

### Упражнение 3. Внимание и сосредоточение

Перле предлагает прежде всего различать то, что принято называть сосредоточением, и подлинно здоровое, органи-

ческое сосредоточение. В нашем обществе сосредоточение рассматривается как произвольное, требующее энергии, принудительное усилие — что-то, что вы *заставляете себя* сделать. Этого и следует ожидать, когда люди невротически приказывают себе, Принуждают себя, овладевают собой, побеждают себя. С другой стороны, здоровое, органическое сосредоточение обычно вообще не считают сосредоточением; в тех редких случаях, когда оно возникает, его называют привлечением, интересом, очарованием или вовлечением.

В произвольном сосредоточении мы напрягаем свое внимание, если чувствуем, что «должны» это сделать, тем самым отрывая внимание от наших нужд или интересов. В спонтанном сосредоточении то, к чему мы внимательны, само привлекает к себе и охватывает весь объем нашего интереса в данный момент. Если мы «должны» выполнять определенное задание, то хорошо, если произвольное сосредоточение может превратиться в спонтанное и свободно привлечь все большее и большее количество наших сил, пока задание не будет выполнено.

Когда человек принуждает себя относиться с вниманием к тому, что само по себе не привлекает интереса, возрастающее волнение направляется не на «выбранный» объект внимания, а на борьбу с «отвлечением», которое реально разжигает интерес. По мере того как все больше возбуждения и внимания занято появлением помехи, все больше лишается интереса то, на чем человек концентрируется. В конце концов, оно становится скучным. В результате появляется утомление, а возможно, и транс. Внимание ускользает от скучной ситуации в грезы. Подтверждением этих рассуждений может послужить следующее задание:

Пристально смотрите на какую-нибудь фигуру, стремясь видеть только ее и ничто другое. Вы заметите, что скоро она станет неясной и ваше внимание начнет рассеиваться. С другой стороны, если вы дадите своему взгляду «играть» с фигурой, все время возвращаясь к ней от различных моментов фона, фигура, благодаря этим последовательным дифференциациям, объединится, станет яснее и лучше видимой.

Если композитор задумал длительное фортиссимо оркестра, он удерживает внимание изменениями тембров, гармоний. Точно так же, спонтанно рассматривая картину или скульптуру, мы даем своему взгляду двигаться по ней и вокруг нее. Если мы не разрешим себе свободную смену и игру рассматривания, сознание будет притупляться. В произвольном сосредоточении, когда оно не превращается в спонтанное, возникает утомление, ускользание; это, так сказать, «глазение» вместо смотрения. Если заставлять себя «глазеть» до момента полного исчезновения фигуры, в результате можно получить полное исчезновение сознания, то есть гипнотический транс.

Следующее задание позволяет облегчить чувственный контакт с окружающим:

Дайте своему вниманию переходить от одного объекта к другому, отмечая фигуры и фоны в объекте и свои эмоции. Каждый раз выражайте эмоции словами, вроде «Это мне нравится» или «Это мне не нравится». Разделяйте объекты на части: «Это мне в объекте нравится», «Л это мне в объекте не нравится». Наконец, если это происходит естественно, попробуйте дифференцировать свои эмоции, вроде: «Это вызывает у меня отвращение».

Иногда мы не замечаем или не выражаем своих эмоций, потому что боимся доставить кому-нибудь слишком большое удовольствие либо, напротив, неудовольствие. Между тем постоянное осознание того, что нам нравится и что не нравится в окружающем нас мире, в происходящих вокруг нас событиях, позволяет точнее определить собственную позицию по отношению к этим событиям, по отношению к складывающейся жизненной ситуации в каждый момент времени. В нашем эмоциональном отношении к происходящему выражается наша оценка, иными словами, мы сами. Отдавать себе отчет в происходящем — значит осознавать самого себя.

#### Упражнение 4. Дифференцирование и объединение

Когда спонтанное внимание обращено на объект, так что он делается ярче, а фон тускнеет, сам объект становится одновременно и более единым, и более детализированным. По мере того как замечаются всё новые и новые детали, они начинают представляться все более организованными в своих отношениях друг к другу. В противоположность этому насильственное внимание дает скудную фигуру, а разделенное внимание — хаос.

Объект спонтанной концентрации кажется все более конкретным. Соответственно, он воспринимается и более «значимым» в том смысле, что становится носителем функций и возможностей, которые значимы и вызывают возбуждение организма. В качестве классического



примера представьте себе того, кого вы любите (если вы влюблены).

Спонтанное сосредоточение — это контакт с окружающим. Актуальная ситуация организована таким образом, что она детализирована, структурирована, жива и вызывает заинтересованность.

В следующем задании, поддерживая актуальность «здесь-и-теперь» в качестве контекста, дайте своему вниманию свободно играть с объектом, двигаться вокруг него. Постоянно сдвигающиеся фигуры и фоны обостряют ваше ощущение разницы между «глазением» и смотрением, между смутным трансом и живым участием.

Для примера давайте рассмотрим такой обычный объект, как карандаш. (Позднее проделайте такую процедуру с любым объектом по своему спонтанному выбору.) Заметьте, что карандаш — эта, именно эта уникальная вещь. Конечно, есть другие карандаши, но они другие, не этот. Произнесите его название — «карандаш» — и ясно почувствуйте, что вещь — не слово.

Далее, заметьте как можно больше присущих этой вещи составляющих ее качеств и особенностей: цилиндрок черного графита, красноватое дерево, вес, твердость дерева, мягкость графита, форму карандаша, желтую окраску его поверхности, вытисненную на нем торговую марку, кусочек резинки, прикрепленный к нему полоской жести, и т. д. и т. п.

Теперь подумайте о его функциях и возможных ролях в окружающем: им можно писать, им можно указать какое-то место в книге, им можно поковырять в зубах, его можно нервно кусать, наконец, его можно продать. Подумайте о его более случайных ролях: он сгорит, если в доме вспыхнет пожар, он попа-

дет ребенку в глаз, если ребенок на него наткнется, и т. д. Придумайте еще более отдаленные и экзотические ситуации: его можно подарить на Рождество; его могут съесть голодные термиты.

Хотя уникальная вещь невербальна, тем не менее ее важность и значимость для вас даны в свойствах и функциях, которые можно вербализовать, — то есть в «абстракциях» уникальных вещей, охватывающих, как слова, множество случаев за пределами этой уникальной вещи. Вы можете писать многими другими вещами, кроме этого карандаша; в магазине могут продаваться многие другие вещи, кроме карандаша. Таким образом, этот карандаш имеет свойства, качества и функции, общие со множеством других вещей. Что же касается любимого человека или произведения искусства (картины, скульптуры), то они уникальны — и в отношении своей «таковости», и в отношении свойств и функций. С ними легче войти в «тесный контакт» и труднее давать их абстрактные описания.

Попробуйте поэкспериментировать с картиной, которая вам нравится. Обратите внимание на линии и контуры, независимо от изображенных объектов; потом — отдельно — на цветовые пятна и оттенки; например, проследите контуры основных фигур и образованный ими паттерн, а также паттерн, создаваемый пустотами между контурами основных объектов. Рассмотрите паттерны, создаваемые каждым из цветов в отдельности, скажем, красным или голубым. Если картина рождает иллюзию трехмерного пространства, последуйте за удаляющимися планами, отметьте, что на переднем плане, что — на втором, что вдаль. Проследите паттерн света и тени.

Задержите внимание на фактуре, на технике мазка. И только затем посмотрите на то, что изображено, — сцена, портрет, пейзаж и т. н.; обычно с этого начинают и на этом фиксируются.

Если вы проделаете все предложенное с картиной, которая вам нравится, вы обнаружите, что она обрела для вас новые красоту и очарование. Неожиданные отношения между ее частями покажутся «необходимыми» и «уместными». Вы сможете тогда разделить с художником его радость созидания. Вы будете видеть-сознать картину со спонтанным сосредоточением — детали и их единство станут очевидными без болезненного отделения и собирания. Это единое, непосредственное восприятие дифференцированного целого означает, что вы вошли в соприкосновение (контакт) с картиной.

Попробуйте проделать аналогичный эксперимент с музыкальным отрывком. Если вы не привыкли к музыке или считаете себя «немузыкальным», прежде всего обратите внимание на то, как трудно вам вообще поддерживать контакт с музыкой, которая звучит; звуки скоро образуют хаос, а вы впадаете в транс. В таком случае (лучше всего иметь возможность воспроизводить звукозапись снова и снова) попробуйте узнавать вступление определенного инструмента, или обращать внимание только на ритм, потом — только на тембр. Попробуйте различить мелодию и аккомпанемент. Может быть, вы обнаружите, что там есть «подголоски», «дополнительные мелодии», которых вы раньше не замечали. Постарайтесь определить то, что называют музыкальной «гармонией», — аккорды и их взаимосвязь, как вы ее слышите: где вы чувствуете неустойчивость, неразре-

шенность, необходимость продолжения, а где, наоборот, «разрешенность» и законченность. Если вы будете делать все это всерьез, в какой-то момент музыка неожиданно оживет для вас.

Обратите внимание на чей-нибудь голос. Как он звучит? Монотонно? Изменчиво? На высоких тонах? Резко? Скрипуче? Мелодично? Слишком тихо? Какова артикуляция, легко ли понять произносимое? Не слишком ли громко? Течет ли речь свободно или в ней есть задержки, колебания, остановки? Формированно? Легко?

Теперь задайте себе два вопроса: во-первых, какова ваша эмоциональная реакция на определенные качества этого голоса — раздражает ли вас, что он слишком тихий, или приводит в замешательство, что он слишком громкий, и т. п.? Второй вопрос: каково, по вашему мнению, эмоциональное состояние говорящего, как характеризуется каждый из замеченных вами качеств голоса и как? ноющий? угодливый? сексуальный? сердитый? Соответствует ли тон тому, что говорится? Не рассчитывает ли говорящий именно на ту вашу реакцию, которую и вызвал его голос?

Можете ли вы таким же образом послушать собственный голос? Это довольно трудно; известно, что, впервые услышав свой голос в записи, человек часто не узнает его; но, если вы заранее знаете, что встретитесь с трудностями, это может увеличить успех попытки.

Описанный здесь процесс, который вы проделали в ваших упражнениях с несколькими объектами и в результате которого мы приходим к дифференцированному единству, — это как бы разделение вещей и новое их соединение, своего рода агрессивное разрушение и реконструкция. Дест-

руктивный аспект отпугивает людей, наученных считать это и все подобное недопустимым, жестоким, неправильным. Они не желают ни во что вмешиваться, оставляя вещи без вопросов и без рассмотрения. Они предполагают, что исследование, необходимое для правильной оценки, справедливой на все времена, уже проделано кем-то другим, кто умнее нас, посему пытаются смотреть на вещи свежим взглядом, с точки зрения собственного опыта, — самонадеянно.

Близкая дружба возможна, только если разрушаются определенные барьеры, благодаря чему люди начинают «понимать друг друга». Такое понимание предполагает, что партнер исследуется способом, подобным тому, каким мы исследовали картину, — так, что его «части» реконструируются в отношении фоновых нужд реконструирующего; это делается в тесном контакте с партнером, создающим и фон, и фигуру. Не может быть ассимиляции без предварительной деструкции: иначе опыт заглатывается целиком (интроецируется) и никогда не становится нашим — не питает нас.

На пути к полному пробуждению чувств можно также провести упражнение с едой.

Осуществите просмотр своих привычек в еде. На чем вы обычно сосредотачиваетесь во время еды? На пище? На разговоре (так, что даже забываете есть)? Чувствуете ли вы вкус только первого куса или продолжаете ощущать вкус во время всей еды? Тщательно ли вы жуете? Отрываете ли вы кусок, захватив его зубами, или откусываете? Что вы любите на самом деле и чего не любите? Не заставляете ли вы себя есть то, что не слишком любите (может быть потому, что считаете

это полезным для вас)? Экспериментируете ли вы с новыми блюдами? Влияет ли на ваш аппетит присутствие определенных людей?

Обратите внимание на связь между вкусом вашей пищи и «вкусом» вашего мира. Если ваша нища — как солома, может быть, и мир вам кажется таким же пресным? Если вы получаете удовольствие от еды, то и мир тоже кажется вам интересным?

Во время этого просмотра своих привычек не пытайтесь изменить что-либо, разве только исключите столь грубые отвлечения, как чтение, — так может поступать только человек, который считает еду неизбежным злом или периодической «заправкой топливом». В конце концов, это весьма важная биологическая и социальная функция. Вряд ли кто-нибудь будет читать во время исполнения такой важной биологической и социальной функции, как половой акт. Еда, сексуальность и дыхание — решающие факторы в деятельности организма, и на них стоит обратить внимание.

Все предложенные в данном разделе упражнения сконцентрированы вокруг одной главной цели — обрести чувство актуальности.

## ТЕХНИКА СОЗНАВАНИЯ

### Упражнение 5. Вспоминание

В целом люди смутно сознают, если вообще сознают, что их видение и слышание — это как бы «протягивание»,

активное «вытягивание» к тому, что интересно и кажется им способным удовлетворить их потребности. Если такое сознание «вычеркнуто», если потребности должны быть удовлетворены в среде и посредством среды, люди чувствуют, что окружающее нападает на них, неосознанно хотя и этого, а не наоборот, как происходит у любого здорового организма. Иными словами — потому что современному человеку очень трудно понять и принять, что организм и поддерживающий его мир должны находиться в интимном контакте для роста, развития и жизни; но если организм из-за страхов и тревожности, приобретенных в предыдущем функционировании, не смеет инициировать необходимые контакты и принять ответственность за них, тогда инициатива и ответственность перекладываются на окружающее. Люди различаются по тому, от какой части окружающего они этого ожидают: например, от «своих людей», от «правительства», «общества» или от «Бога», которые обеспечат их тем, что им нужно, или заставят их делать то, что они должны делать.

Необходимо вновь обрести понимание следующего: это *вы* видите, слышите, движетесь, *вы* сфокусированы на объектах — интересных или скучных, желаемых или враждебных, прекрасных, безобразных или нейтральных. Пока вы принимаете окружающее как нечто «данное», навязанное, с чем в лучшем случае приходится мириться, вы продлеваете нежелательные для вас аспекты этого окружающего.

Основным препятствием к полному, здоровому переживанию является стремление считать своим только то, что делается Произвольно, намеренно. Всех остальных своих действий человек старательно не сознает.

Итак, чтобы расширить области своего замечания-сознавания, начните относиться с вниманием к своей спонтанной самости и попробуйте почувствовать разницу между произвольным и спонтанным функционированием.

Выберите место, где вас не будут беспокоить. Постарайтесь сесть или лечь удобно, на кушетке или на кресле, желательно не слишком мягких. Не пытайтесь расслабиться, хотя, если релаксация возникает спонтанно, не препятствуйте этому. Насильственная релаксация так же бесполезна, как насильственное сосредоточение. Насильственная релаксация может быть иногда достигнута в одном или нескольких участках тела, но лишь ценой появления напряжения в других местах. Выполните следующее задание:

Выберите какую-нибудь прошлую ситуацию, не слишком давнюю и не слишком трудную, например, посетите в фантазии дом вашего друга. Закройте глаза. Что вы действительно видите? Дверь — кто-нибудь ее открывает? Обстановку? Других людей? Не старайтесь «вытаскивать» что-то из ума, искать что-то, что «должно быть» здесь; просто «отправьтесь» в то место, которое вы вспоминаете, и замечайте, что там есть.

Не пытайтесь рассуждать наподобие: «Там должны быть стулья, где же они?», просто смотрите. Используйте технику предыдущего упражнения — детализированную абстракцию — в применении к тому, что вы воображаете. Рассматривайте образы, как если бы они присутствовали здесь-и-тсперь перед вашими чувствами. Скоро забытые детали начнут появляться сами собой. Но-так же скоро вы наткнетесь на сопротивления, например, раздражающее



чувство, что вы не можете уловить чего-то, что, как вы знаете, должно быть тут, или сказать что-то, что вертится на кончике языка.

Если в данный момент вы обладаете слабой зрительной памятью или ее «вообще нет», то есть вы не умеете живо «видеть» по памяти, — возможно, это потому, что вы воздвигли стену из слов и мыслей между собой и окружающими. Вы не переживаете мир в подлинности, а соприкасаетесь с ним лишь в той мере, какой достаточно, чтобы активировать ранее приобретенные системы абстракций. Интеллект подменяет живое соучастие.

Теперь повторите упражнение воспоминания, но на сей раз не центрируйтесь исключительно на видении, старайтесь включить как можно больше чувств — вспомните не только то, что вы видели, но и то, что слышали, нюхали, ощущали на вкус, осязанием, как вы переживали собственные движения; попытайтесь восстановить эмоциональный тон, который сопровождал этот опыт.

Избегаете ли вы воспоминания определенного человека? Замечаете ли вы, что можете вспомнить неживые объекты или фотографии людей, но не их самих? Когда вы вспоминаете ситуации, остаются ли они статическими или появляется движение? Присутствует ли нечто драматическое — мотивация? Возникают ли только отрывки или вы можете проследить детали, не теряя целого? Удаляются ли образы или затуманиваются?

Кто-то отмечает трудность воспоминания движущихся сцен и объектов, кому-то сложно вспомнить цвет — он визуализируется в черно-белых тонах. Фотографии людей легче

вспомнить, чем самих людей. Во многих случаях простое обнаружение благодаря этому опыту той или иной неполноты восприятия позволяло обратить интерес и внимание на недооцениваемые модальности. Личная значимость вспоминаемого, разумеется, влияет на живость памяти.

## Упражнение 6. Обострение ощущения тела

Стратегия психологической работы состоит в расширении возможного сознавания-замечания во всех направлениях. Для этого, в частности, мы должны обратить ваше внимание на части вашего опыта, которые вы предпочитаете отстранять и не принимать в качестве собственных. Постепенно выявятся целые системы блокирования, составляющие вашу привычную стратегию сопротивления сознаванию-замечанию. Когда вы сможете обнаруживать их в вашем поведении, мы обратимся к прямому сосредоточению на них в их специфических формах и постараемся направить энергию, которой заряжены эти блокировки, в конструктивное функционирование организма.

Данная группа упражнений связана с ненаправленным сознаванием-замечанием, в отличие от направленного.

Следующие общие инструкции помогут организации соответствующего контекста:

- 1) поддерживайте чувство актуальности — чувство, что ваше сознавание-замечание существует здесь-и-теперь;
- 2) попробуйте понимать, что это вы переживаете свой опыт, — действуете, наблюдаете, страдаете, сопротивляетесь;

3) внимательно следуйте за любым опытом — «внутренним» и «внешним», абстрактным и конкретным, обращенным в прошлое и обращенным в будущее, «желаемым» и «должным», просто «наличествующим», произвольно создаваемым и спонтанно возникающим;

4) по отношению к любому опыту проговаривайте: «Сейчас я осознаю, что ...».

С философской точки зрения, это упражнение в феноменологии: понимание того, что ваша последовательность мыслей, ваш поверхностный опыт — что бы это ни было и что бы ни «означало» — прежде всего нечто само по себе существующее. Даже если нечто есть «просто желание» — оно *есть* нечто, а именно — само желание как таковое. И в этом своем качестве оно столь же реально, как и все остальное.

Если вы не спите, то в каждый момент осознаете-замечаете что-то. При «блуждающем уме» или в состоянии транса сознание-замечание очень смутно: фигура-фон не образуется, и протекающие процессы видения, фантазирования и т. п. не порождают сильных переживаний в форме воспоминаний, желаний, планов, действий. Многие люди живут в перманентном трансе в отношении своего невербального опыта, и единственное, что они осознают-замечают, — это огромная масса словесного думания, которое они принимают за всю реальность.

Проговаривание «Сейчас я осознаю, что...» в применении ко всему вашему опыту приведет неизбежно к тому, что вы погрузитесь в грезы, «думание», воспоминания или планирования. Отклонившись от выполнения упражне-

ния таким образом, вы потеряете сознание, что вы сейчас делаете это, и вы очнетесь в досаде, что такое простое задание столь трудно выполнить. Не надейтесь поначалу, что вам удастся продержаться дольше нескольких минут без ускользания. Но возвращайтесь снова и снова к проговариванию: «Сейчас я сознаю-замечаю, что ...», пока вы не почувствуете вполне ясно, что «Я», «сейчас» и объект сознания составляют единый опыт.

Итак, придерживайтесь этой формулы и дальше, держитесь поверхности очевидного. Не пытайтесь сознавать необычное и скрытое. Не ищите интерпретаций «бессознательного». Твердо стойте на том, что есть. Без предварительных предположений, без моделей какого бы то ни было рода, без утвержденной официально карты дорог — идите к себе. Делая это, вы имеете возможность отождествить себя с вашим спонтанным опытом в дополнение к вашему привычному отождествлению с произвольными — «намеренными» — действиями. Цель — распространить границу того, что вы принимаете как «свое», на все органические деятельности.

Итак, мы просто осуществляем следующее, например: «Сейчас я сознаю, что лежу на кушетке. Сейчас я сознаю, что собираюсь выполнять упражнение на сознание. Сейчас я сознаю, что колеблюсь, спрашиваю себя, с чего начать. Сейчас я сознаю-замечаю, что за стеной звучит радио. Это напоминает мне... Нет, сейчас я сознаю, что начинаю слушать, что передают. Я сознаю, что возвращаюсь от блуждания. Теперь я опять ускользнул. Я вспоминаю совет держаться поверхности. Сейчас я сознаю, что лежу со скрещенными ногами. Я сознаю, что

болит спина. Я сознаю, что мне хочется переменить положение. Теперь я осуществляю это...» и т. д.

Заметьте, что процессы происходят и что вы вовлечены в них и заинтересованы в них. Почувствовать такую постоянную вовлеченность крайне трудно. Большинство людей принимают в качестве своих собственных только произвольные процессы. Но шаг за шагом вы начинаете все больше принимать ответственность за весь свой опыт, в том числе за свои блоки и симптомы, и постепенно обретаете свободное принятие себя и управление собой. Представление, что «мысли» по своей собственной инициативе и без вашей помощи «входят в ум», уступит место видению, что это вы «думаете свои мысли».

Теперь, по-прежнему принимая и отождествляя себя со всем своим сознанием, попытайтесь дифференцировать его следующим образом:

Попробуйте сначала обращать внимание только на внешние события — то, что видится, слышится, источает запахи, — но без подавления других переживаний. Теперь, по контрасту, сосредоточьтесь на внутренних процессах — образах, физических ощущениях, мышечных напряжениях, эмоциях, мыслях. Затем постарайтесь дифференцировать эти различные внутренние процессы, сосредоточиваясь на каждом из них так полно, как только вы можете: на образах, на мышечных напряжениях и т. п. Следите при этом за всеми возникающими объектами, действиями, драматическими сценами и т. п.

Последняя часть упражнения должна помочь вам дифференцировать «тело», «эмоции» и «мышление».

Для начала сосредоточьтесь на своих «телесных» ощущениях в целом. Дайте своему вниманию блуждать по различным частям тела. По возможности «пройдите» вниманием все тело. Какие части себя вы чувствуете? До какой степени и с какой ясностью существует для вас ваше тело? Отметьте боли и зажимы, которые вы обычно не замечаете. Какие мышечные напряжения вы чувствуете? Обращая на них внимание, не старайтесь преждевременно релаксировать их, дайте им продолжаться. Попробуйте определить их точные местоположения. Обратите внимание на ощущения кожи. Чувствуете ли вы свое тело как целое? Чувствуете ли вы связь головы с туловищем? Где ваша грудь? Живот? Конечности?

Переживание сознания тела почти для всех затруднительно и вызывает сопротивление и тревожность. Но оно чрезвычайно важно и заслуживает затраты многих часов. Это не только основа для разрушения «мышечного панциря», но также и средство для лечения всех психосоматических заболеваний. Чудесные исцеления, о которых рассказывают, — такие, как исчезновение острого невротического симптома в течение нескольких минут, — покажутся естественными, если вы почувствуете телесную структуру симптомов. Невротик создает свои симптомы, бессознательно манипулируя мускулами. При этом он не может понять, что здесь симптом является фигурой, а сама невротическая личность — фоном, то есть что это частный случай переживания «фигура/фон» в виде «симптом/личность». Невротик утерял контакт с основами своей личности, и только симптом им осознается-замечается.

И последнее задание, посвященное осознанию тела.

Сидя или лежа удобно, сознавайте различные ощущения тела и движения (дыхание, возникающие зажимы сокращения желудка и пр.); обратите внимание, нет ли во всем этом определенных комбинаций или структур — того, что происходит одновременно и образует единый паттерн напряжений, болей, чувствований. Проследите, когда вы сдерживаете или останавливаете дыхание. Соответствуют ли этому напряжение рук, пальцев, перистальтика желудка, напряжение гениталий? Или, может быть, есть некая связь между сдерживанием дыхания и напряжением ушей? Или между задерживанием дыхания и какими-нибудь тактильными ощущениями? Какие комбинации вы можете обнаружить?

Перле подчеркивает: это — предварительная работа, направленная на то, чтобы вы могли лучше ориентироваться в своей ситуации «организм — среда», как она сейчас существует. Особенно в этом упражнении важно, чтобы вы рассмотрели хронические «бессмысленные» зажимы, напряжения и боли, существующие в вашем теле. Когда же вы действительно почувствуете необходимость измениться на основе прямого замечания-сознавания ситуации, тогда будет уместно применить и корректирующие процедуры.

Некоторые пациенты сообщали, что после работы над этим упражнением они чувствовали себя усталыми. Другие испытывали приятное возбуждение. Кто-то отмечал усталость после первых попыток, возбуждение после следующих — это обычное следствие того, что «бессмысленное» напряжение обрело значение.

«После того как я отметил повторяющийся паттерн — жесткость в определенном месте шеи, вытягивание нижней губы, тяжелое дыхание, — я обнаружил, что он связан с определенными ситуациями. Это были ситуации обиды. Самый ясный случай возник, когда я просматривал свои заметки, прежде чем перепечатать их. В тот же момент я ощутил, что мои губы растягиваются в широкой улыбке, я сознавал, что нашел этот определенный паттерн напряжения, и — опять же в то же самое время — я сознавал, сколько обманутым и страдающим я чувствовал себя по поводу того, что должен был делать данные упражнения и сообщать о них. Похоже, что появилась обида по отношению к психотерапевту. После этого, когда я выполнял упражнения на сознание тела, я чувствовал себя не вымотанным, как раньше, а освеженным и собранным», — пишет, например, в своем отчете пациент Перлса.

## Упражнение 7.

### Опыт непрерывности эмоций

Первые упражнения центрировались на экстерорецепции, основе нашего сознания «внешнего мира». Предыдущее упражнение касалось проириорецепции, сознания «тела» — его действий и тенденций к действиям. Однако такое разделение внимания к «внешнему» и к «внутреннему» лишь предваряло попытку сознать гештальт, который возникает, когда вы не настаиваете на приписывании отдельного, независимого существования ни «внутреннему», ни «внешнему», не уделяете специального внимания



ни тому ии другому, ибо они являются лишь абстракциями вашего целостного опыта, то и другое включающего.

Когда не разделяются произвольно «внешний мир» и «тело», тогда то, что вы переживаете в опыте, представляет собой поле «организм/среда», дифференцированное единство «вы-в-вашем-мире». Такой непрерывно меняющийся гештальт никогда не нейтрален, он жизненно касается вас, это, в конце концов, ваша жизнь в процессе ее проживания. Ее значимость, важность, то, что она имеет к вам отношение, — вездесущи. Переживание поля «организм/среда» в аспекте ценности составляет эмоции.

Эмоция — постоянный процесс: каждое мгновение жизни обладает до некоторой степени чувствуемым тоном приятности или неприятности. Однако, поскольку у современных людей эта непрерывность эмоционального опыта но большей части исключается иг; сознания, эмоции рассматриваются как своего рода периодические всплески, которые непостижимым образом возникают в поведении как раз в тех случаях, когда человек хотел бы «владеть собой». Такие вторжения пугают и заставляют держаться настороже. Насколько возможно, люди стараются избегать тех ситуаций, где они возникают.

Эмоция, рассматриваемая как прямое ценностное переживание организмом поля «организм/среда», не опосредована мыслями и словесными суждениями, она непосредственна. В этом своем качестве она является решающим регулятором действия, ибо не только составляет основу созиавания того, что важно, но также дает энергию соответствующему действию или, если действие невозможно, дает энергию и направление его поискам.

Эмоции как таковые не могут быть ни смутными, ни диффузными; они ровно настолько дифференцированы в структуре и функции, насколько дифференцирован сам человек, их переживающий. Если человек переживает свои эмоции как смутные и грубые, то данные термины можно отнести к нему самому. Из этого следует, что эмоции вовсе не препятствуют ясности мысли и действия, как полагают некоторые, и не являются чем-то, от чего следует избавляться. Напротив, они важны, ибо выступают в качестве регулятора энергии в поле «организм/среда», но также в качестве незаменимых носителей определенного опыта — нашей заинтересованности, того, какое нам дело до мира и до себя.

Если «правильно воспитанный» человек в определенной ситуации «потеряет власть над собой» и спонтанно разрядит то, что в нем накопилось, само это окажется основанием для таких весьма болезненных эмоций, как стыд, досада, чувство униженности, самосожаление, замешательство, отвращение и т. д. Чтобы предупредить повторение столь деморализующего опыта, он сожмет свой самоконтроль до еще более удушающих ограничений.

Это составляет тот видимый успех, который может быть достигнут в «овладении эмоциями». Происходит следующее: определенные эмоции, прежде чем они достигнут уровня организации действия, или даже прежде, чем они достигнут сознания, заглушаются и демобилизуются вызывающими их противоэмоциями, образуя тупик, мертвую точку, которая более или менее эффективно исключается из сознания. Сознание сего непривлекательного момента в собственной личности возвращает

приносящий боль конфликт, смятение, тревожность и «опасное» возбуждение. Но если отказываться признать, что таково положение вещей, оно не станет доступным изменению, останется безнадежно самовоспроизводящимся.

В данном упражнении не требуется ничего особенного. Вам предлагается предпринять лишь первый шаг к усилению сознания ваших эмоций. Если вы не сделали себя слишком нечувствительным к своим телесным позам, жестам, мимике и своему функционированию в целом, то, следуя предложенным инструкциям, вы сможете убедиться, что эмоция является, как уже говорилось, заинтересованным переживанием совместных экстеро- и проприорецепции.

Попробуйте воспроизвести определенное телесное действие. Например, напрягите, а потом расслабьте челюсти, сожмите кулаки, начните тяжело дышать. Вы заметите возникновение смутной эмоции, в данном случае — фрустрированного страха. Если к этому переживанию вы сможете добавить, скажем, фантазию, представление о каком-то человеке или вещи в вашем окружении, которые фрустрируют вас, — эмоция разгорится с полной силой и ясностью.

И наоборот, в присутствии чего-то или кого-то, фрустрирующего вас, вы замечаете, что не испытываете эмоций, пока не примете как свои собственные соответствующие телесные действия: сжатие кулаков, возбужденное дыхание и т. д. Вы начинаете чувствовать гнев.

Знаменитая теория эмоций Джемса-Ланге, представляющая их реакцией на телесные движения (например, убежание вызывает страх или плач вызывает печаль), —

половина правды. Нужно добавить к этому, что сами телесные движения или состояния являются релевантной ориентацией и потенциальной манипуляцией окружающим. Например, не просто бег, а убегание, убегание от чего-то, убегание от чего-то опасного — вот что создает ситуацию страха.

Только осознавая свои эмоции, можно понять, с чем вы сталкиваетесь в среде и какие особые возможности в данный момент присутствуют. Только признав и приняв свое стремление к кому-то или чему-то, оценив силу своего порыва к этой вещи или к этому человеку, несмотря на расстояния и препятствия, которые разделяют вас, вы можете обрести ориентацию для правильного действия. Только признав и приняв свое горе, чувство безнадежности, когда некуда обернуться в поисках безнадежно утраченного человека или вещи, совершенно необходимых вам, вы можете выплакаться и проститься. Только признав и приняв свой гнев, осознав свою нападающую позу в столкновении с человеком, фрустрирующим вас, вы можете эффективно мобилизовать свою энергию и преодолеть препятствия на своем пути.

Чтобы обострить свое сознание эмоций, попытайтесь выполнить следующее задание:

Лежа, попробуйте почувствовать свое лицо. Чувствуете ли вы свой рот? Лоб? Глаза? Челюсти? Обретя эти чувствования, задайте себе вопрос: «Каково выражение моего лица?» Не вмешивайтесь, просто дайте этому выражению быть. Сосредоточьтесь на нем, и вы заметите, как быстро оно меняется. В течение минуты вы можете почувствовать несколько разных настроений.

Пока вы не спите, вы все время сознаете что-то, и это что-то всегда имеет свой эмоциональный тон. Все, что совершенно безразлично, что вас не касается, то есть лишено эмоции, либо вовсе не вызовет процесса «фигура/фон», либо интенсивность окажется недостаточной для созавания-замечания.

Очень важно осознать непрерывность своего эмоционального опыта. Если понять эмоции не как угрозу рациональному управлению своей жизнью, а как ориентир, составляющий единственно возможную основу рациональной организации человеческого существования, то открывается путь к культивированию непрерывного созавания их мудрых советов. Это не требует слишком большого времени или внимания.

В качестве примера представим себе искусного автомобилиста, для которого естественно постоянно осознавать, что мотор работает мягко, то есть это не находится в фокусе его внимания. Звук мотора — часть динамики фигуры/фона в его управлении машиной; вместе с тем это нечто, что относится к делу, и что очень быстро становится фигурой и привлекает внимание, если появляется малейшая нерегулярность. Другой водитель, который, может быть, не хочет беспокоиться, не заметит изменившегося звука или не придаст ему значения, не обратит внимания на возникший дефект. Постоянно сознавать эмоции возможно, только если сознавать действительно существенное в вашей жизни, даже если оно отличается от того, что говорят другие, или от того, что вы сами себе говорили раньше.

Многие люди ощущают пустоту своей жизни, они чувствуют скуку и блокируют делание того, что разогнало бы

ее. Скука — состояние, с которым не так уж трудно справиться, так что давайте рассмотрим ее проблематику более подробно.

В эксперименте на сосредоточение мы видели, что скука возникает, когда произвольное внимание уделяется чему-то неинтересному и отнимается у того, что могло бы вызвать интерес. Природа создает в качестве целительного средства утомление, тенденцию уснуть или войти в состояние транса. При этом, поскольку произвольность-намеренность ослаблена, спонтанный интерес выходит на первый план в качестве фантазий. Если вы примете этот естественный процесс, вместо того чтобы бороться с ним, вы можете использовать фантазии как средство обнаружения чего-то, что вы хотели бы делать. Это очень просто в одиночестве.

Закройте глаза и допустите легкую дремоту. Часто это выпадает ясное представление о том, что вы хотели бы делать.

Там, где действуют соображения долга, соблюдения условностей, нежелания огорчить других, необходимость дурачить начальника и т. д., — ситуация сложнее. Но все равно признаться себе, что нечто вам не интересно, — шаг к поиску моментов интереса, если уж действительно необходимо делать то, что вы делаете. Однако нужно либо изменять ситуации, которые хронически вызывают скуку, либо избегать их.

Вы можете заметить, как по-разному вы чувствуете себя с разными людьми. Один наводит скуку, другой раздражает, третий вызывает подъем, четвертый — подав-

ленность. Вы, конечно, предпочитаете тех, с кем легко или с кем вы чувствуете себя счастливым, значительным. В этих ваших реакциях, скорее всего, присутствует немалая доля «проекции» (то есть вы вкладываете свое отношение в других, а затем считаете, что другие заставляют вас чувствовать то-то и то-то). Но часто справедливо и другое: когда вы почувствуете вполне определенную реакцию па другого человека, может случиться, что он, осознанно или нет, намеревается вызвать в вас именно эту реакцию: меланхолик — подавленность, льстец — чувство собственного величия, задира — раздражение, любитель ворчать — недовольство. И наоборот, живой человек хочет вас заинтересовать, счастливый хочет, чтобы вы разделили с ним его счастье. Развивая чувствительное сознавание своих реакций, можно стать хорошим «ценителем людей». Вот еще одно задание на повышение сознания эмоциональных переживаний.

Посетите художественную галерею, желательно достаточно разнообразную. Бросайте лишь быстрый взгляд на каждую картину. Какую эмоцию, хотя бы неясную, она вызывает? Если изображается буря, чувствуете ли вы в себе соответствующие вихри и волнение? Не пугает ли немного вот это лицо? Не раздражает ли яркий подбор красок? Каким бы ни было ваше мимолетное впечатление, не пытайтесь изменить его добросовестным разглядыванием, переходите к следующей картине. Обратите внимание на то, какое тонкое эмоциональное чувство вызывает этот рисунок, переходите к другому. Если ваши реакции кажутся очень смутными и мимолетными или вы даже вообще не способны их отследить, не думайте, что это псе-

гда будет так, — повторяйте опыт при каждом удобном случае. Если трудно попасть в галерею, можете проделать то же самое с репродукциями.

Следующее задание может показаться сложным, потому что потребует осознания эмоций, которых мы обычно предпочитаем избегать, тех самых, что пугают нас и заставляют стремиться к «владению собой». Эти нежелательные эмоции, однако, тоже должна быть сознаваемы и разряжены, прежде чем мы сможем свободно входить в ситуации, где мы их испытываем. Предположим, что человек боится публичных выступлений, потому что однажды, попробовав, он «провалился». Предположим, девушка боится влюбиться, потому что однажды была обманута. Предположим, кто-то боится разозлиться, потому что однажды, когда он показал это, его сильно побили. Каждый из нас пережил много подобных случаев; они воспроизводятся в воображении и не дают нам возможности заново подойти к интересным ситуациям, раз нам не повезло в подобных ситуациях в прошлом. Эти старые переживания, «незаконченные дела», препятствуют тому, чтобы мы принялись за привлекающие нас «новые дела». Можно попробовать заканчивать их, повторно переживая их во всех подробностях в намеренной фантазии. Всякий раз, воспроизводя эти болезненные эпизоды, вы будете находить добавочные детали и выводить в сознание все больше и больше связанных с ними эмоций.

Оживляйте в фантазии вновь и вновь опыт, который имел для вас сильную эмоциональную нагрузку. Каждый раз ста-



райтесь вспомнить дополнительные детали. Какой, например, наиболее пугающий опыт вы можете вспомнить? Прочувствуйте его вновь так, как это все происходило. И еще раз. И снова. Употребляйте настоящее время.

Возможно, что в фантазии всплывут какие-то слова, нечто, что вы или кто-то другой говорил в этой ситуации. Произнесите их вслух, вновь и вновь; слушайте, как вы произносите их, почувствуйте, как вы переживаете их выговоривание и их слушание.

Вспомните ситуацию, в которой вы были унижены. Воспроизведите ее несколько раз. Обратите внимание, не возникает ли в памяти какой-нибудь более ранний опыт подобного рода. Если это так, перейдите на него и проработайте ситуацию аналогичным образом.

Делайте это для различного рода эмоционального опыта — насколько у вас хватит времени. Есть ли у вас, например, незавершенные ситуации горя? Когда кто-то, любимый вами, умер, могли ли вы плакать? Если нет, можете ли вы сейчас? Можете ли вы мысленно стоять у гроба и проститься?

Когда вы были более всего разъярены? Пристыжены? В замешательстве? Чувствовали себя виноватым? Можете ли вы пережить эту эмоцию вновь? Если не можете, то можете ли вы почувствовать, что мешает вам это сделать, что блокирует вас?

Произвольно управлять чертами лица — это не выразительность, а актерство, и если только не быть очень хорошим актером, то это превращается в «корчетшс рож». Следует отметить также, что даже в обучении актеров признается, что можно хорошо играть на сцене, толь-

ко если вызвать в себе воспоминание о сходных переживаниях в жизни и вызвать соответствующее выражение лица и прочие черты поведения, которые соответствуют этому переживанию. Однако данные упражнения направлены не на то, чтобы научить читателей убедительно играть сценические роли, а на то, чтобы научиться играть самого себя.

## Упражнение 8. Вербализация

**Вербализация** — это выражение словами. Описывая объекты, сцены или действия, мы произносим их названия вместе с другими словами. Мы говорим, каковы они, основываясь на видении, слышании и другом прямом опыте. Если мы рассуждаем о них, то неизбежно манипулируем рядами слов, которые их описывают. Эта тенденция разговаривать по поводу разговоров иной раз превращается в болезнь. Если человек боится контакта с актуальностью — с людьми, с собственными ощущениями или чувствами, — слова начинают использоваться как экран между говорящим и его средой, а также между говорящим и его организмом. Человек пытается жить в одних словах — и смутно ощущает, что ему чего-то в жизни недостает.

У «интеллектуала» вербализация гипертрофирована. Он навязчиво и принудительно пытается быть «объективным» по отношению к своему личному опыту, что, как правило, означает словесное теоретизирование по поводу себя и по поводу мира. Тем временем посредством этого самого метода он избегает контакта со своими чувствами,

уходит от реальности и актуальных ситуации. Он живет подставной жизнью слов, изолированных от остальной части его личности, высокомерно презирая свое тело и стремясь к словесным победам, «правильности» спора, произведенного впечатления, пропагандирования, рационализации, — в то время как действительные проблемы организма остаются без внимания.

Наша техника обнаружения и сознавания патологических аспектов вербализации состоит в том, чтобы прежде всего рассматривать их как существующую деятельность. Это относится и к ироговариванию слов вслух, и к «просто думанию», которое осуществляется как внутренняя речь. Сначала появляется говорение вслух, так ребенок учится говорить, но потом человек может использовать этот обретенный в общении язык сам по себе, для «думания». В интегрированной личности такое «думаште» — полезный активный инструмент для работы со сложными отношениями сознаваемых потребностей, воображаемых средств достижения и явного поведения, посредством которого делается конкретным то, что сначала вообразалось. Большинство взрослых людей, однако, полагают, что мышление независимо и первично: «Легко думать, но трудно выразить мысли». Это происходит из-за вторичного блока, из-за страха по поводу того, как будут реагировать окружающие на высказанные вслух мысли. Однако если человек может говорить в хорошем темпе, если он воодушевлен своей темой, оставляет свои страхи, перестает проверять свои высказывания, прежде чем произнести их вслух, то становится очевидным, что когда нечего бояться, говорение и думание — один и тот же процесс.

Чтобы интегрировать наш вербальный и мыслительный опыт, мы должны сознавать его. Средство ориентации по отношению к говорению — слушание.

Послушайте, как вы говорите в компании. Если есть возможность, запишите свой голос. Вы будете удивлены и, может быть, раздосадованы тем, как он звучит. Чем больше ваше представление о себе отличается от вашей реальной личности, тем сильнее в вас будет нежелание признать свой голос за свой собственный.

Почитайте вслух стихи и послушайте себя. Не вмешивайтесь в чтение, не старайтесь читать громче, яснее или выразительнее. Читайте так, как у вас получается, повторяйте чтение и слушайте, пока не почувствуете интеграции говорения и слушания.

Затем прочтите то же стихотворение внутренней речью — «в уме». Сейчас вам уже должно быть легко слышать собственную внутреннюю речь. Теперь, когда вы просто читаете книгу или газету, вслушайтесь в свою внутреннюю речь, «проговаривание» читаемого. Сначала это замедлит чтение и, скорее всего, вызовет беспокойство, но через некоторое время вы сможете «слушать» так же быстро, как и читать; эта практика способна улучшить вашу память благодаря возросшему контакту с материалом.

Наконец попробуйте «прислушаться» к своему внутреннему речевому думанию. Сначала это может заставить вас «замолчать», но через некоторое время беззвучное бормотание начнется снова. Вы услышите несвязные, «сумасшедшие» отрывки предложений, проплывающие вновь и вновь. Если это вызывает слишком большое беспокойство, поговорите с собой

немножко намеренно: «Сейчас я слушаю себя. Не знаю, о чем бы подумать. Попробую проделать молча эксперимент „здесь-и-теперь“. Да, звучит так же, как если бы я делал это вслух. А теперь я забыл, перестал слушать...»

Отмечайте модуляции вашего внутреннего голоса. Какой он — сердитый, жалующийся, ноющий, напыщенный? Или он, может быть, звучит по-детски? Проговаривает ли он педантично все подразумеваемое после того, как значение уже понято?

Будьте настойчивы в этом упражнении, пока вы не почувствуете интеграцию — совместность — слушания и говорения. Этот внутренний диалог, отмечает Перле, есть то, что Сократ называл сущностью мышления. Если вы можете обрести чувство функционального единства говорения и слушания, ваше думание станет более выразительным. В то же время часть вашего думания, которая ничего не выражает, которая крутится, как мотор на холостом ходу, начнет понемногу исчезать.

Обратите внимание в обычном разговоре на количество и типы «лишних выражений» («мусорных слов»), вроде «не правда ли», «правда», «хорошо», «наверное» и т. д., а также бессмысленных звуков — ворчаний, мычаний и пр.; их цель — предотвращение малейших моментов молчания в речевом потоке. Как только вы заметите этих «спасателей лица», этих «требователей внимания», они сразу начнут исчезать из вашей речи, что сделает ее более гладкой.

Когда вы овладели внутренним слушанием, предпримите следующий шаг — перейдите к внутреннему молчанию. Это очень трудно. Многие люди не могут поддерживать даже внешнее молчание. Не путайте внутреннее мол-

чание с пробелами, трансом, остановкой «мышления». Останавливается только «говорящие-и-слушающие», но сознание присутствует.

Постарайтесь поддерживать внутреннее молчание, воздержитесь от внутренней речи; при этом оставайтесь пробужденным и сознающим. Поначалу это может удаваться лишь на несколько секунд, «думание» навязчиво возобновляется. Для начала неплохо, если вы хотя бы почувствуете разницу между внутренним молчанием и говорением; дайте им сменять друг друга. Хороший способ — координировать это с дыханием. Попробуйте останавливать внутреннюю речь во время вдоха. Затем, во время выдоха, дайте проговориться внутренне возникшим словам. Если вы занимаетесь в одиночестве, то полезным может быть проговаривание этих слов вполголоса, шепотом. Если вы будете настойчивы в этом упражнении, ваша визуализация станет ярче, а ощущения тела — определеннее, эмоции — яснее, потому что внимание и энергия, используемые обычно в бессмысленном внутреннем говорении, теперь могут использоваться в этих более простых и более фундаментальных функциях.

Поэзия — искусство выразительной речи — основывается на способности поддерживать молчаливое созвучие потребностей, образов, чувств, памяти, в то время как слова возникают и складываются так, что из банальных стереотипов становятся пластически организуемой фигурой, заключающей богатый опыт. Такие слова выражают то, что имеет невербальную основу.

Прислушайтесь к своей внутренней речи и постарайтесь интерпретировать ее: ее ритм, тон, «ходовые» фразы. Кому вы говорите? С какой целью? Придираетесь и ворчите? Лыстите кому-то? Не поворачиваете ли вы фразы так, будто что-то скрываете, — сами не знаете что? Стараетесь произвести впечатление? Или это блеф? Или вам нравится, как слова текут, цепляясь друг за друга? Есть ли у вашей внутренней речи постоянная аудитория?

Большая часть того, что вы считаете оценками и моральными суждениями, — это ваша внутренняя речь во внутренних драматических ситуациях. Если вы можете останавливать внутреннюю речь, поддерживать внутреннее молчание, вам будет яснее и проще оценивать факты и свое отношение к ним.

## Упражнение 9. Интегрирующее сознание

Если вы серьезно поработали над предыдущими упражнениями: над ощущениями тела, эмоциями и вербализацией, — вы уже чувствуете себя более живым и более спонтанно-выразительным. Вы все в большей и большей степени обнаруживаете, что для поддержания этого чувствования себя вовсе не нужно постоянного усилия, поначалу казавшегося необходимым. Вы не распадаетесь па части или на куски, не «сходите с ума», если ослабляете произвольное сдерживание, принудительное внимание, постоянное «думание» и активное вмешательство в черты вашего поведения. Наоборот, ваш опыт становится все более связным, организующимся в единое целое. Это и

есть подлинная самоинтеграция, в отличие от принудительной, произвольной самоинтеграции, поддерживаемой намеренным подавлением каких-то тенденций поведения и принудительным «выдавливанием» из себя других.

Когда вы оставляете попытки сделать свое поведение соответствующим принятым условностям — более или менее фиксированным паттернам, перенятым у «авторитетов», — осознаваемые потребности и спонтанный интерес выходят на поверхность и открывают вам, кто вы на самом деле и что вам подходит. Это и есть ваша природа, ваша подлинная сущность, сердцевина вашей жизненности. Энергия и внимание, которые уходили на принуждение себя из-за ошибочного чувства «долженствования», часто направлялись против ваших собственных здоровых интересов. В меру вашей способности вновь обрести и по-новому направить эту энергию будут увеличиваться сферы восстановленной жизненности. Излечивает сама природа.

До сих пор наши упражнения ориентировали социальное внимание на различные сферы вашего опыта. Поскольку эти сферы, рассматриваемые отвлеченно, являются абстракциями целостного функционирования, давайте поработаем теперь над переходом из одной сферы в другую, замечая при этом, что ситуация остается той же, но вы выражаете ее по-разному, в зависимости от того, на какой аспект ситуации обращаете внимание.

На основе сознания любой наличной ситуации попробуйте произносить фразы, более или менее адекватно выражающие эту ситуацию с точки зрения тела, чувств, речевых привычек, социальных отношений и т. д. Например: «Я стиски-



ваю челюсти и напрягаю пальцы... Иными слонами, я сержусь, но не даю своему гневу выразиться... Иными словами, мой голос звучит с нервной дрожью, но он мягок и сдержан... Иными словами, в нашем обществе возможность длительного контакта между людьми зависит от определенных ограничений в их поведении...»

Каждая из этих формулировок — имеющий отношение к делу и существенный взгляд на живую ситуацию. Практикуйтесь в легкой смене точек зрения, это углубит и расширит вашу ориентацию в отношении того, где вы находитесь и что нужно делать.

## НАПРАВЛЕННОЕ СОЗНАВАНИЕ

### Упражнение 10.

#### Превращение слияния в контакт

Итак, мы работали над чувствами, фантазиями и воспоминаниями, ощущениями тела и болями. Это сознание было ненаправленным — в том смысле, что вам не предлагалось искать что-то определенное, вы просто замечали и обращали внимание на то, что само привлекало ваше внимание. Теперь мы переходим к направленному сознанию, где мы сужаем и направляем фокусирование, чтобы выделить и сознать определенные блоки и слепые пятна. Для этого больший акцент должен ставиться па том, как ваша «самость» манипулирует телом и окружающим. Задача состоит в том, чтобы сознать, как

вы сами манипулируете собою и своей средой. Больше внимания следует уделять моторике, мышечной системе.

Обычно детям запрещают прежде всего явные мышечные движения и выражения, если они приносят слишком много беспокойства окружающим. Постепенно мы перестаем сознавать, что сами себе произвольно запрещаем их. Иными словами, поскольку они подавляются хронически и ситуация, по-видимому, будет стремиться к сохранению необходимости подавления, оно переходит в репрессию. То есть, поскольку мы перестаем удерживать на этом свое внимание, подавление становится бессознательным. А так как подавление мышечных действий имеет тенденцию подавлять ощущения и делать их неэффективными, мы постепенно теряем ориентацию. В наших упражнениях мы обращаем процесс, начиная с обострения чувствования того, что мы есть и что мы ощущаем. Обретя вновь некоторую долю ориентации, мы можем начать возвращать себе способность двигаться и манипулировать собой и своим окружением конструктивно.

Рассмотрим, например, структуру какого-нибудь хронического запрещения. Предположим, что человек сдерживает рыдания посредством произвольного сокращения диафрагмы, и это действие становится привычным и неосознаваемым, а организм теряет обе функции: человек, который манипулирует своими функциями таким образом, не может ни рыдать, ни свободно дышать. Не будучи способным выплакаться, он не освобождается от своей печали, не может покончить с пей; он даже не может толком вспомнить, какая потеря вызывает его печаль. Тенденция рыдания и препятствующее этому сжатие диафрагмы об-

разуют устойчивую линию борьбы действия и противодействия, и это продолжающееся состояние войны изолировано от остальной части личности.

Задача психотерапии, очевидно, состоит в том, чтобы вернуть демаркационную линию — созвпаение частей как частей, в нашем примере — плача и сжатия диафрагмы. Плач — естественная потребность человеческого организма, пережившего потерю. Агрессия против плача — в данном случае сжатие диафрагмы — стала необходимой только из-за установления слияния с «авторитетами», которые говорят: «Большие мальчики не плачут». Разрушение запрещения требует вновь разделить конfluентную (находящуюся в слиянии) энергию противоположных частей, чтобы конфликт плача и агрессии-против-плача был оживлен в настоящем, в более благоприятных обстоятельствах, и разрешен. Разрешение должно включать не одну, а обе стороны конфликта. Печаль разрешится выплакиванием ее раз и навсегда. Агрессия против плача, противоречащая естественному функционированию, будет направлена против антибиологических «авторитетов».

Полезна привычка оставлять внимание свободным для нового и интересного. Было бы бессмысленным избавляться от всех привычек ради демонстрации способности меняться. Вместе с тем многие наши привычки приобретены не свободно и поддерживаются не из-за своей эффективности, но слиянием с кем-то, кто привил их нам, или моделями того или иного рода, абстрактными концепциями долга, правильности или полезности. Мы полагаем само собой разумеющимся, что они обретенны спонтанно, однако попытка переменить их вызывает в нас настолько силь-

ные сопротивления, что это, безусловно, является свидетельством нездорового слияния.

Отметьте некоторые свои привычки: как вы одеваетесь, как вы чистите зубы, как вы открываете или закрываете дверь, как вы печете пирог или режете салат. Если привычки не кажутся вполне эффективными или если изменения столь же привлекательны, а, кроме того, приносят разнообразие, — попробуйте изменить их. Что произойдет? Получите ли вы удовольствие, учась делать что-то по-новому? Или вы встретитесь с сильным сопротивлением? Не опрокинет ли изменение одной какой-нибудь частности всю схему заведенного вами порядка? Что происходит, когда вы наблюдаете, как кто-то выполняет работу, похожую на вашу? Не раздражают ли вас отличия, хотя бы небольшие, от того, как это делаете вы сами?

Проснувшись утром, человек довольно скоро входит в привычный той и привычную последовательность действий, что неукоснительно нейтрализует значительную часть доступных ему энергии и внимания.

Прежде чем встать с постели, подумайте о возможности чувствовать или действовать иначе, не так, как обычно. Не принимайте решений, которые должны быть непременно выполнены, просто живо визуализируйте возможные простые и легко осуществимые изменения в вашем обычном распорядке.

Люди, живущие в нездоровом слиянии друг с другом, не вступают в личный контакт. Это обычная болезнь браков и длительных дружб. Партнеры в таком слиянии способны

перенести лишь мимолетное различие взглядов или вкусов. Если же оно более серьезно, они не могут проработать его до достижения подлинного согласия или согласия на разногласие. Они должны либо восстановить потревоженное слияние любыми возможными средствами либо разойтись до изоляции; при этом они будут дуться, сердиться, отворачиваться друг от друга, обижаться, раздражаться или любыми иными способами перекладывать на другого задачу примирения. Если же удастся восстановить слияние, отношения становятся враждебными или пренебрежительными, партнер может лишиться права на внимание.

Чтобы восстановить потревоженное слияние, человек пытается либо приспособить себя к другому, либо подчинить другого себе. В первом случае он становится соглашателем, старается примириться, беспокоится по поводу малейших разногласий, нуждается в доказательствах полного приятия; он готов отказываться от собственной индивидуальности, ищет благосклонности, впадает в рабство. В противном случае, когда человек не выдерживает противоречий, он начинает уговаривать партнера, льстить ему, принуждать его или запугивать.

Если люди находятся в контакте, а не в слиянии, они не только уважают мнение свое и партнера, свой и чужой вкус, делят ответственность, но также приветствуют оживление и возбуждение из-за возникающих разногласий. Слияние ведет к рутине и застою, контакт — к волнениям и росту.

Наиболее важный случай личного слияния — неосознаваемая идентификация. Вся общественная солидарность опирается на отождествление с нашими близкими, с нашими

профессиональными ролями, партиями, языком и т. д. Это составляет то самое «Мы», которое расширяет наше «Я». Как все ассимилированное, отождествления становятся неосознаваемыми; но они эффективны только в том случае, если при необходимости вновь могут быть замечены, осознаны, а затем подтверждены, изменены или отвергнуты.

Рассмотрите как можно больше своих «черт» — речь, одежду, поведение в целом и пр. — и задайте себе вопрос, подражая кому, вы их обрели. Другим? Врагам? Если вы одобряете в себе эту черту, чувствуете ли вы благодарность к ее источнику?

Межличностное слияние — разновидность транса или гипноза. Мы все суггестивны в этом смысле, но защитой является доступность внушаемого сознания и оцениванию эмоциональной привязанности к другому.

Понаблюдайте за своими реакциями на кинофильм или спектакль. Отметьте, насколько, обычно не замечая этого, вы отождествляетесь с действующими лицами. С какими именно? Не с теми ли, с кем, по вашему мнению, вам трудно было бы отождествить себя?

Способность вызывать такое отождествление публики обеспечивает артистический успех в создании реальности, точнее, иллюзии реальности. Популярность фильма или спектакля в значительной степени зависит от этого.

Рассмотрим чувство вины и чувство обиды как симптомы нарушенного слияния. Цель безосновательных претензий к себе (чувство вины) или к партнеру (чувство оби-

ды) — восстановление нарушенного баланса и исправление невыносимой ситуации поврежденного слияния. В этом случае избегается актуальный контакт с другим человеком как личностью, примет ли этот контакт форму взрыва гнева, акта благородного понимания и прощения, радости чужой радостью, честности с собой или любого другого возможного действия, если оно не приведет к рабочему восстановлению статус-кво.

Вспомните, по отношению к кому вы чувствуете вину или обиду. Вызвали ли бы подобные действия то же чувство, если бы они принадлежали кому-нибудь другому? Теперь вспомните свои отношения с этим человеком в целом. В какой степени вы принимаете как само собой разумеющееся то, что, может быть, этим человеком вовсе не принимается как само собой разумеющееся? Хотите ли вы изменить статус-кво? Тогда, вместо того чтобы мучить себя чувствами вины или обиды, поищите пути расширения области контакта.

Виноватый и обижающийся по большей части переплетены друг с другом. Они зависят друг от друга. Эти люди боятся, что если определенное слияние будет разорвано, то они останутся полностью и непоправимо лишеными питания.

## Упражнение 11.

### Превращение тревожности в возбуждение

Освобождение от чувства вины и тревожности всегда считалось одной из основных психотерапевтических задач.

Вина и обвинение являются функциями слияния: вина — это стремление наказать себя, когда человек принимает на себя ответственность за прерываемое слияние, обвинение и обида — это требование, чтобы другой человек чувствовал себя виноватым. И то и другое есть сопротивление по отношению к контакту, сознанию и дифференциации. Они прилипают к объекту в изоляции от остального опыта. И то и другое пронизывает собою всякий невроз.

**Тревожность** — преимущественно невротический симптом. Даже если сам человек ее не ощущает, она тем не менее будет очевидной для каждого наблюдательного глаза, проявляясь в беспокойстве, учащенном пульсе, поверхностном дыхании. Теоретизированием по поводу тревожности нет конца. Травма рождения, придушенность широкой грудью матери, «конвертированное» либидо, задерживаемая агрессия, стремление к смерти — все это и многое другое представляется различным авторам центральным феноменом в тревожности. По мнению же Перлса, тревожность — это переживание трудности дыхания во время заблокированного возбуждения. Это переживание попытки набрать побольше воздуха в легкие, скованные мышечным сжатием грудной клетки. При возбуждении всегда возникает усиление метаболического процесса окисления накопленных пищевых субстанций и потому — насущная потребность в большом количестве воздуха. Здоровый организм реагирует на это просто учащением дыхания и увеличением его амплитуды.

Невротик же обязательно пытается контролировать возбуждение, и его основным способом контроля является вмешательство в дыхание. Он старается для себя и для дру-



гих сделать вид, что безразличен, что остается «спокойным и холодным», не теряет власти над собой; вместо спонтанного углубления дыхания — как вдохов, так и выдохов — он произвольно, намеренно пробует продолжить дышать так, как было уместно перед возбуждением с его усиленными окислительными процессами. Затем, вопреки самому себе, он сжимает грудную клетку, чтобы усилить выдох, чтобы избавить легкие от углекислого газа (продукта окисления), чтобы создать вакуум, в который может войти свежий воздух. Тревожность возникает вместе с непроизвольным сжатием груди, возникает во всех случаях, когда организму не хватает кислорода, и, таким образом, не является симптомом невроза; в неврозе тревожность — это чрезвычайное состояние, обусловленное конфликтом между сильным возбуждением и боязненным самоконтролем.

Тревожность следует отличать от страха, хотя обычно ошушаемая между ними связь легко может найти объяснение. Страх вызывается некоторым опасным объектом в среде, и нужно либо с ним что-то делать, либо избегать его. Тревожность же — внутриоргапическое переживание, не имеющее прямого отношения к внешним объектам. Без сомнения, возбуждение страха, если оно подавляется, вызывает тревожность, но тревожность вызывается подавлением и любого другого возбуждения. В действительности многие ситуации рожают страх, но в нашем обществе «сильная» личность старается не проявлять его, и таким образом устанавливается тесная связь между тревожностью и страхом.

Чтобы предотвратить взрыв гнева или крик ярости, человек сдерживает дыхание. Это действие выполняет двои-

ную функцию: с одной стороны, возбуждение лишается своего топлива — кислорода, с другой — задерживается то, что было бы выражено, если бы человек позволил себе свободный выдох. Также во время мастурбации или полового акта человек может, стыдясь своей «животности», подавлять возбуждение, шумное дыхание. При искусственном сосредоточении и «глазении» тоже сдерживается дыхание, что является частью подавления вызывающего опасение отвлекающего фактора.

Полный цикл дыхания включает выдох-и-вдох. В нормальных условиях выдох не требует усилия, он сводится к «отпусканию», расслаблению мышц, поднимающих ребра и опускающих диафрагму. Выдох, разумеется, не менее важен, чем вдох, поскольку он очищает и опустошает легкие для новой порции воздуха. Количество воздуха, которое может быть выдохнуто, очевидно, зависит от того, сколько его вошло со вдохом. Если имеют место интерес и возбуждение, а также какое-либо мышечное усилие, глубина дыхания образуется сама собой вполне адекватно, без помощи искусственных упражнений.

Свободное дыхание рассеивает тревожность, однако невротик, страдающий ею, просто не может последовать совету вдыхать и выдыхать, то есть дышать не может, потому что неосознаваемо и из-за этого неконтролируемо мешает своему дыханию системой двигательных напряжений, таких как напряжение диафрагмы, направленное против тенденции рыдать или выразить отвращение, напряжение горла против тенденции кричать, выпячивание груди, чтобы казаться внушительнее, сдерживание агрессивного движения плеч и множество подобных на-

пряжений. Невротик совершенно не способен к полному певынуждешному выдоху. Его выдох осуществляется неровными порциями, как бы «лесенкой», и может закончиться, словно наткнувшись на стену, задолго до освобождения легких.

Лечение тревожности по необходимости вынуждено быть косвенным. Требуется определить, какие возбуждения человек в настоящее время не может принять как свои собственные. Поскольку они возникают спонтанно, они должны быть связаны с подлинными потребностями организма. Следует найти пути удовлетворения этих потребностей без опасности для других функций организма. Нужно выяснить также, каким образом различными структурами мышечных напряжений человек останавливает полный выдох. Частичное облегчение в каждом приступе тревожности может быть достигнуто, как это ни парадоксально, посредством еще большего сжимания груди, а не расслабления. Иными словами, *поддайтесь двигательному импульсу, который вы чувствуете, и последуйте ему (но не добавляйте других)*. Основа для достижения более глубокого и длительного улучшения дается в следующих двух заданиях на мышечное сосредоточение и развитие.

Обратите внимание на ваше дыхание независимо от того, сознаете вы в данный момент тревожность или нет. Представьте и почувствуйте себя дышащим. Вспомните, что само слово «психология» происходит от греческого слова «душа», которое первоначально означало «живое дыхание». Может быть, вам сначала будет легче наблюдать за дыханием других: за его частотой, глубиной, возможными нерегулярностями, остановка-

ми, зеванием, тяжелыми вздохами, покашливанием, сопением, хмыканием, чиханием, пыхтением и т. д. Теперь посмотрите, можете ли вы в собственном дыхании различить части этого сложного процесса. Можете ли вы почувствовать, как воздух входит в ваш нос, проходит через горло и шею в бронхи? Можете ли вы почувствовать, как ваши ребра расходятся, когда вы вдыхаете, как растягивается спина, как увеличивается пространство, которое вы занимаете, когда вы расширяете грудь? Можете ли вы почувствовать выдох как эластичное, без всякого усилия, возвращение ребер и мускулов в состояние покоя, предшествующее следующему вдоху?

Утреннее зевание и потягивание восстанавливает рабочий тонус мышц, расслабленных во время сна. В других случаях это энергичное раздувание и затем уменьшение объема — спонтанная попытка организма освободиться от сжимания при произвольном сдерживании чего-то.

**Скука** — это состояние неопределенного ожидания. В ситуациях, когда приходится с нетерпением поглядывать на часы, каждый знает, что скука исчезнет, как только удастся освободиться и начать делать то, что кажется интересным. В ситуации, когда человек, по видимости, свободен, но «не знает, что с собой делать», он сам блокирует потребности и интересы от сознания. При ожидании начала экзамена или выхода на сцену человек возбужден, но должен ждать сигнала к началу действия.

Все это ситуации подавляемого возбуждения. Подавление достигается напряжением мышц, поверхностным дыханием и, таким образом, иммобилизацией организма. Чтобы предотвратить или хотя бы смягчить сжатие, ор-

организм проявляет спонтанные и здоровые тенденции к зеванию и потягиванию. Но на подавлении и этих тенденций настаивают те, кто рассматривает такое действие со стороны других как показатель того, что скуку вызывают они сами. И даже если вы считаете необходимым при определенных обстоятельствах, в определенном обществе следовать этим принципам вежливости, по крайней мере, в других случаях вы можете сделать зевание и потягивание постоянной практикой — на радость и пользу вашему организму.

Введите себе в привычку зевать и потягиваться при любой возможности. Возьмите за образец кошку. Начиная зевок, дайте нижней челюсти опуститься, как будто она совсем падает. Наберите побольше воздуха, как будто нужно наполнить не только легкие, но и все тело. Дайте свободу рукам, распустите локти, отведите назад плечи, насколько это возможно. На вершине натяжения и вдоха отпустите себя и дайте всем напряжениям, которые вы создали, расслабиться.

## ИЗМЕНЕННАЯ СИТУАЦИЯ

До сих пор предлагаемые упражнения касались сознания процесса, фундаментального для интегрированного функционирования человеческого организма. Это имело отношение к каждому. Теперь мы переходим к упражнениям, адресованным к процессам, хронически возникающим только тогда, когда организм работает непра-

вильно, то есть при патологии. Если эти «анормальные» процессы преобладают в поведении человека, то его называют «невротиком» или даже «психотиком». Речь идет в данном случае о психическом расстройстве. Однако из-за определенных условий воспитания и определенных жизненных ситуаций, в которые каждый человек так или иначе попадает на своем жизненном пути, эти «анормальные» процессы в той или иной степени неизбежны. Сейчас многие исследователи признают, что в нашем обществе практически каждому человеку свойственны более или менее выраженные «невротические тенденции», или «области неприспособленности», «сферы дезадаптации». Разногласия возникают не по поводу распространенности невротических нарушений, а по поводу того, что тут можно и должно предпринять.

Основная проблема всех форм психотерапии — мотивировать пациента сделать то, что должно быть сделано. Пациенту приходится возвращаться к «незаконченным делам», которые он оставил в прошлом, поскольку они были столь болезненными, что ему пришлось бежать от них, и теперь, когда ему предлагают вернуться и закончить незаконченное дело, его опять посещает страх испытать прежнюю боль. Его страдания реактивируются, и, с сиюминутной точки зрения, их по-прежнему необходимо избегать. Как можно заставить пациента выполнять поставленные перед ним задачи, если они требуют переживания огромного количества душевной боли?

Большинство людей полагают, что все образуется, если мир будет считать их нормальными. Меньший контингент лиц ощущает, по крайней мере временами, смутное

чувство собственной ответственности за владеющее им страдание, по не владеет техникой работы с ним и ограничивается пресловутым решением «стараться быть лучше», или моральной максимой. Лишь немногие обращаются со своей проблемой к эксперту в надежде, что тот произнесет нужную магическую формулу, и их личный дьявол будет изгнан.

Большинство из тех, кто начинает лечение, бросают его. Лечение прерывается не психотерапевтом, а самим пациентом. Многие, не получив магической формулы у одного психотерапевта, переходят к другому, потом к следующему и так далее. Многие пациенты, если не все, хотят предписать психотерапевту, как следует их лечить, и это предписание не предполагает их страданий в процессе лечения.

Однако поскольку именно сам пациент, изменив свое поведение, должен осуществить собственное излечение, все методы психотерапии сталкиваются с тем, что на профессиональном жаргоне называется «реакцией разочарования» и появляется обычно тогда, когда пациент понимает: врач ждет от него проделывания трудной работы и терпеливания боли. Фактически клиенты, может быть, надеются получить от врача нечто прямо противоположное, а именно — наилучший способ избежать и работы, и боли. Предложение вместо этого испытать в концентрированной дозе то, чего человек пытается избежать, кажется ему абсурдным.

В благоприятном случае пациент (прежде чем разозлится реакция разочарования, достаточно сильная, чтобы заставить его прервать лечение) начинает понимать, что ожидаемая от него тяжелая работа — не просто

«лошадиный труд». Каким бы далеким ни казалось ему теперь то, чего он хотел бы, — он постепенно обретает ориентацию и перспективу. Для него становится очевидным, что определенные симптомы — это всего лишь поверхностное проявление более общей и сложной системы неправильного функционирования. Хотя теперь работа выглядит большей и более длительной, чем думалось поначалу, она начинает обретать смысл.

Несмотря на то что врач продолжает вести пациента как раз к тому, чего тот хотел бы избежать, он, как правило, мягче и заботливее относится к больному, чем сам пациент или его друзья и родные, которые обычно требуют, чтобы он покончил с этим, перестал нянчиться с собой и взял барьер, каков бы он ни был, с разбегу. Врач же, напротив, не менее заинтересован самим по себе избеганием, чем избегаемым. Как бы ни выглядело дело на поверхности, но если есть тенденция избегать чего-либо, то у нее должны быть свои основания. Работа и будет состоять в том, чтобы, рассмотреть данные основания и осознать их. Это называется «анализом сопротивления». Понимание и описание таких оснований самим пациентом меняются, иногда драматически, в процессе лечения. С изменением — не того, как он говорит, а того, как он в действительности ощущает и переживает свои проблемы, — он может делать все новые и новые «заходы», если он чувствует инициативу и силу, пока он не разрешит свои невротические трудности раз и навсегда.

По большей части работе пациента не помогают и не сочувствуют те, с кем он имеет дело в повседневной жизни. Может быть, правда, ему повезло иметь друзей или



знакомых, которые сами успешно прошли терапию, *что*, конечно, увеличивает его веру в ценность и нужность этой работы. Если же родные, с которыми он живет, видят в его действиях намек на неудовлетворительность семейных отношений, или считают «слабостью» лечиться от чего-то «психического», или по мере его продвижения обнаруживают, что им все труднее доминировать, эксплуатировать, защищаться или осуществлять какое-либо иное невротическое слияние с ним — ему придется бороться со скрытым или явным давлением, требующим, чтобы он прекратил эту «глупость». Многие пациенты не выдерживают подобного эмоционального шантажа их «нормальных» близких.

Вербальное понимание того, что такое психотерапия и в чем ее смысл, часто возможно лишь на почтительном расстоянии, пока дело не доходит до реального вмешательства в действительную жизнь, вроде изменения отношений с другом или с родными, или до намерения «самому попробовать»; в этом случае он будет сопротивляться в той мере, в какой является невротиком, — потому что терапия агрессивна по отношению к невротическому способу жизни. Сопротивление невротика психотерапии — это его контрагрессия против психотерапии. Он чувствует угрозу с ее стороны. И в определенной мере так оно и есть. Что может быть более естественным, чем его ответная война?

В непосредственной работе, при выполнении наших упражнений, вам будут даваться конкретные инструкции. При полном следовании им вы получите возможность разыграть то, что происходит в процессе терапии, в своем собственном лице. Трудность заключается лишь в мотивации продвижения вперед.

Весьма вероятно, что уже в предыдущей работе по ориентации себя вы обнаружили сильные сопротивления продолжению этой работы. Вне всякого сомнения, вы столкнетесь с еще более сильными возражениями против дальнейших упражнений, потому что они предлагают сделать следующий шаг, предпринять решительное действие в актуальной жизненной ситуации.

Вам уже стало ясно: такая работа приводит к открытию того, что человеческий организм функционирует не всегда в согласии с принятыми условностями. Эти традиционные установки, однако, настолько сильно привиты нам и настолько нагружены чувством моральной правильности, что их изменение кажется заслуживающим осуждения, даже если мы сталкиваемся с необходимостью такого изменения в непосредственном опыте.

В следующих упражнениях речь пойдет о поведении, которое вкратце может быть описано так: различные возбуждения, окрашенные удовольствием, агрессией или болью, пробуждают энергию организма к контактированию и приспособлению к окружению. В чувствах и в контакте организм растет и расширяет свои границы. Каждый невротический механизм есть прерывание определенного рода возбуждения. Как объяснялось ранее, тревожность — следствие такого прерывания. Вместо того чтобы рисковать погрузиться в новый, неизвестный контакт, невротик замыкается в бесконтактном (неосознаваемом) слиянии со своим «безопасным», привычным функционированием.

Три важных механизма такого рода, с которыми мы будем работать, — ретрофлексия, интроекция и проекция.

Можно считать, что они определяют три различных типа «невротических характеров», поскольку возникают в различных типах жизненного опыта и коренятся в различных физиологических функциях. Однако даже если один из этих механизмов преобладает в ком-то из нас, мы все равно используем каждый из них. Проработав все абстрактные возможности отношения к среде, чувствования тела, эмоций, речи, различного типа сопротивлений, вы независимо от своего частного «диагноза» сможете развить сферы интегрированного функционирования, что поможет вашей дальнейшей интеграции.

## РЕТРОФЛЕКСИЯ

### Упражнение 12.

#### Исследование ложно направленного поведения

Ретрофлексия буквально означает «обращение назад». Ретрофлексия поведения — это делание себе того, что первоначально человек делал другим людям или объектам. Различные энергии перестают направляться наружу, где они осуществляли манипулирование в ситуации, изменять среду так, чтобы были удовлетворены какие-то потребности; вместо этого человек обращает деятельность, подставляет себя на место среды в качестве объекта действия, в качестве цели поведения. В тон мере, в какой он это делает, его личность разделяется на «делающего» и «испытывающего действие».

Начавшееся в направлении наружу действие когда-то было остановлено, ибо человек встретился с препятствием, которое в тот момент оказалось для него непреодолимым, и обнаружил, что среда, точнее, как правило, другие люди враждебны его усилиям удовлетворить свою потребность. Люди фрустрировали его намерения и наказывали его. В таком неравном состязании ребенок — а чаще всего это происходит в детстве — не мог не проиграть. Далее, чтобы избежать боли и опасности, связанных с новыми попытками, он сдался.

Вместе с тем следует заметить, что наказание вовсе не устраняет потребность в наказуемом поведении; ребенок научается лишь сдерживать наказываемые реакции. Импульс или желание остаются такими же сильными, как и раньше, и, не будучи удовлетворенными, постоянно организуют двигательный аппарат — позу, паттерн мышечного тонуса, начинающиеся движения — в направлении открытого выражения. Но, поскольку последнее грозит наказанием, организм начинает вести себя по отношению к импульсу так же, как вела себя среда, то есть подавлять его. Часть энергии таким образом стремится к первоначальной и никогда не достигаемой цели; другая часть ретрофлектируется, чтобы держать эту стремящуюся наружу часть под контролем. Сдерживание достигается напряжением мышц, антагонистичных тем, которые вовлекаются в наказуемое действие. То, что первоначально было конфликтом организма и среды, превращается во «внутренний конфликт» между одной частью личности и другой ее частью — между одним поведением и другим, противоположным.

Если бы социальное окружение действительно оставалось по-прежнему неумолимым и непреодолимым, то есть, если бы выражать определенные импульсы для взрослого человека было так же опасно и наказуемо, как для ребенка, тогда репрессия, ретрофлексия была бы эффективна и желательна. Но ситуация меняется! Мы не дети. Мы выросли, стали сильнее, обрели те «права», которых в детском возрасте были лишены. В этих кардинально изменившихся обстоятельствах стоит еще раз попробовать получить то, что нам нужно от среды.

Теоретически лечение ретрофлексии просто: нужно обратить направление ретрофлектирующего акта изнутри наружу. При этом энергии организма, ранее разделенные, вновь соединятся и разрядятся в направлении среды. Блокированный импульс получит возможность, по крайней мере, выразиться, а может быть, и получить удовлетворение, тогда как в любом случае, когда подлинная потребность организма удовлетворена, возможны отдых, ассимиляция и рост.

Практически, однако, обратный поворот ретрофлексии осуществляется не так прямо. Все части организма выступают на защиту ретрофлексии, как бы в предотвращении катастрофы. Человека охватывают замешательство, страх и чувство вины. Главная причина страха и чувства вины при обращении ретрофлексии состоит в том, что большинство ретрофлектированных импульсов — это разного рода агрессии, от самых мягких до самых жестоких, от убеждения до мучительства. Однако агрессия в широком смысле слова совершенно необходима для счастья и творчества. Но пока человек не начнет осознавать свои агрессивные

импульсы и не научится применять их конструктивно, они, разумеется, будут применяться неправильно!

Некоторые простые лингвистические рефлексивы — возвратные глаголы, местоимения, деепричастные обороты — дают пример ретрофлексии. Когда мы употребляем такие выражения, как: «Я спрашиваю себя» или: «Я говорю себе», что имеется в виду? Не кажется ли это логически странным? Если вы не знаете чего-то, какой смысл спрашивать себя, а если знаете, какой смысл говорить это себе? Такого рода выражения, которые мы используем на каждом шагу, предполагают само собой разумеющимся, что человек как бы разделен на две части, что два человека живут в одном теле и способны разговаривать друг с другом. Как вам кажется, просто ли это странность языка или она коренится в действительном разделении человека, в том, что, например, в вас есть части, функционально противопоставленные друг другу?

Попробуйте действительно понять, что, когда вы «спрашиваете себя о чем-то», это ретрофлексивный вопрос. Вы не знаете ответа, иначе вы бы его не задавали. Кто в вашем окружении знает или должен был бы знать ответ па него? Если вы можете определить, кто это, можете ли вы почувствовать, что хотели бы задать свой вопрос не себе, а ему? Что удерживает вас: застенчивость? боязнь отказа? нежелание обнаружить свое невежество?

Когда вы «советуетесь с собой» по какому-либо поводу, можете ли вы сознать свои мотивы? Мотивы могут быть разными. Это может быть игра, домогательство, утешение или выговор самому себе. Что бы это ни было, кого вы подменяете собой?

Рассмотрите самопорнание (угрызения совести). Вы обнаружите здесь не подлинное чувство вины, а лишь притворство чувствования себя виновным. Обратите упрек, найдя того X, которому он реально обращен. Кого вы хотите укорить? Кого вы хотите переделать? В ком вы хотите вызвать чувство вины, которое вы притворно имеете в себе?

На этой стадии важно не то, что вы попытались искоренить ретрофлексию, поспешив к X и выложив ему свои претензии. Вы еще недостаточно исследовали себя и недостаточно внимательно рассмотрели межличностную ситуацию. Оставьте на некоторое время частное содержание определенной проблемы и займитесь формой собственного ретрофлектирующего поведения. Постепенно для вас будет проясняться та роль, которую вы сами играете в межличностных отношениях. Вы начнете видеть себя так, как вас видят другие. Если вы постоянно требуете чего-то от себя, вы также, скрыто или явно, предъявляете требования другим, и именно таким образом они вас и воспринимают. Если вы постоянно сердитесь на себя, вы будете сердиться даже на муху на стене. Если вы постоянно придираетесь к себе, вы можете быть уверены, что есть и другие, к кому вы придираетесь.

Представьте себе, например, что кто-то приглашает вас на вечеринку, к которой у вас нет ни малейшего интереса. Вы предпочли бы провести время как-нибудь иначе. Но если вы так честно и скажете, то люди могут подумать, что вы избегаете «социальных контактов». Это «нехорошо»: нас с детства учат, что в стадности есть некоторая добродетель, даже если дело сводится к пустой болтовне и убиванию вре-

мени. Но мы говорим: «Да, чудесно» вместо: «Спасибо, я не пойду». Так мы избегаем разрушения слияния с преобладающими стереотипами, воспринимаемыми как «хорошие манеры». Однако, будучи вежливыми по отношению к другим, мы при этом «невежливы» по отношению к себе, мы отнимаем у себя другие возможные деятельности, реально вызывающие спонтанный интерес и важные для нас. Гордясь своей «позитивностью», то есть готовностью сказать «да» любому, мы обращаем негативное «нет» на себя.

Кого вы хотите пожалеть? От кого вы хотели бы получить сочувствие? Кого вы хотите наказать? Кем вы хотели бы быть наказаны?

Обратите ситуацию, в которой вы принуждали бы себя, в ситуацию принуждения другого выполнить задание за вас. Будете ли вы пытаться манипулировать средой с помощью магических слов? Или вы будете угрожать, командовать, подкупать, награждать?

С другой стороны, как вы реагируете, когда вас принуждают? Притворяетесь глухим? Даете обещания, которые не собираетесь выполнять? Или вы реагируете чувством вины и выплачиваете свой долг презрением к себе и отчаянием?

Когда вы пытаетесь заставить себя делать то, чего не хотите делать, вы работаете против мощного сопротивления. Перспектива достижения цели проясняется, если вместо принуждения вы займетесь выяснением того, какие препятствия стоят на вашем пути (то есть посмотрите на себя, стоящего на своем пути). Это великий принцип даосской философии: создать пустоту, чтобы приро-



да могла развиваться в ней; или, как они это выражают: ***стой в стороне от пути.***

Другая важная ретрофлексия, которую стоит рассмотреть, — чувство презрения к самому себе, самоуничужение (то, что Г. С. Салливен называл слабой «Я-системой» и считал сущностью невроза). Как описывал это Салливен, когда отношения человека с самим собой повреждены, все его межличностные отношения тоже повреждены. Человек хронически в плохих отношениях с самим собой, если у него сложилась привычка все время оценивать себя и сравнивать свои реальные достижения со своими наивысшими требованиями. Если он обратит ретрофлексию, он оставит себя в покое и начнет оценивать людей вокруг себя. Если же он осмелится на это, то вскорости поймет, что такого рода вербальные оценки — себя или других — не так уж и важны, что его ретрофлексированные оценки были всего лишь механизмом, позволявшим ему заниматься собой. Когда он обратит столь же изошренное оценивание па других, он скоро заметит бессмысленность этого и остановится. Тогда он сможет смотреть на людей, просто созная, кто они такие и что они делают, и научится либо манипулировать ими действительно удовлетворительным образом, либо приспособливаться к ним.

В чем вы сомневаетесь относительно себя? Не доверяете себе? За что осуждаете себя? Можете ли вы обратить эти отношения? Кто этот X, в котором вы сомневаетесь? Кого вы презираете? С кого хотели бы сбить спесь? Не является ли саше чувство неполноценности скрытым высокомерием? Можете ли вы рассмотреть свое самоуничужение и увидеть в нем ретрофлексированное желание уничтожить некоего X?

Еще один важный вид ретрофлексии — интроспекция, «глазение» на самого себя. Эта форма ретрофлексии очень распространена в нашей культуре, так что психологическая литература часто принимает как само собой разумеющееся, что любая попытка увеличить самосознание обязательно сводится к интроспекции. Это совершенно не так, но вместе с тем каждый, кто будет выполнять данные упражнения, начнет, по-видимому, с интроспекции. Наблюдающий отделен от наблюдаемой части, и, пока это разделение не «срастется», человек не почувствует, что возможно самосознание, не являющееся интроспекцией. Раньше мы сравнивали подлинное сознание с жаром, который порождается горением угля, а интроспекцию — с лучом отраженного света на объекте.

Рассмотрите свою интроспекцию. Какова ваша цель? Вы ищете какую-то тайну? Пытаетесь вытащить какую-то память? Надеетесь (или боитесь) столкнуться с чем-то неожиданным? Не смотрите ли вы на себя пристальным оком сурового родителя, дабы удостовериться, что вы не наделали недозволенного? Или вы стараетесь найти что-то, что будет соответствовать теории — например, той, которая развивается на этих страницах? Или, наоборот, вы усматриваете, что таких подтверждений нет?

Обратите отношения сего рода на окружающих людей. Есть ли кто-нибудь, чьи «внутренности» вы хотели бы рассмотреть? Есть ли кто-нибудь, за кем вы хотели бы строго смотреть? Независимо от цели вашего интроспективования, как вы это делаете? Докапываетесь до чего-то? Или вы похожи на грубого полисмена, который стучит в дверь и требует

открыть немедленно? Или вы смотрите па себя робко, украдкой? Или вы устались на себя невидящими глазами? Или вы подтасовываете события, чтобы они соответствовали вашим ожиданиям? Фальсифицируете их путем преувеличения? Или вы даете им происходить только на «левой педали»? Или вы выделяете только то, что соответствует вашим ближайшим целям? Короче говоря, обратите внимание, каким образом функционирует ваше «Я». Это гораздо важнее, чем частное содержание.

Крайний случай интроспекции — ипохондрия, искание симптомов болезни. Обратите ее, ищите симптомы болезни у других. Может быть, вы — пепроявившийся врач. Какова цель таких поисков? Не является ли она сексуальной? Не говорили ли вам, что мастурбация создает характерное выражение глаз? Не высматривали ли вы в своих глазах и в глазах других такого рода симптомы? Не рассматриваете ли вы интроспективно свое тело в поисках знаков наказания за ваши «грехи»?

### Упражнение 13. Мобилизация мышц

В этом упражнении мы вплотную подходим к механизму ретрофлексии. Когда ваш подход к объектам или людям в среде фрустрирован или оценивается как слишком опасный, так что вы обращаете свою агрессию внутрь, против себя, мышечные движения, посредством которых вы это делаете, могут сохранить свою форму или быть преобразованными, чтобы соответствовать заменяемым объектам. Если вы впиваетесь ногтями в свою кожу — это именно то, что без ретрофлексии вы сделали бы с кем-ни-

будь другим. С другой стороны, когда вы сдерживаете импульс ударить кого-то кулаком, сжимая мускулы-антагонисты и таким образом делая руку неподвижной, — ретрофлексия не является ударением самого себя. Это статически поддерживаемое противодействие, делание чего-то и одновременно — противоположного этому, так что общий эффект равен нулю. Пока продолжается данный конфликт, возможности использования руки для других целей уменьшаются, энергия тратится зря; ситуация подобна стабилизировавшейся линии фронта, но здесь она — в самой личности.

Рассмотрим неэффективность ретрофлексии на примере. Пациент, проходящий психотерапию, обнаруживает необычную склонность к плачу: иногда несколько раз за сеанс он разражается слезами. Плач возникает тогда, когда можно было бы ожидать упреков или иного рода нападения. Происходит вот что: пациент чувствует себя как бы нападающим, но, не смея реально напасть, обращает атаку на самого себя, чувствует себя страдающим и разражается слезами, как бы говоря: «Посмотрите, как я безвреден и как плохо со мной обходятся». Первоначальная цель состоит, разумеется, в том, чтобы заставить кого-то, какого-то X, может быть терапевта, плакать. Если сие невозможно, следуют слезы и хроническая обида, пока агрессия не будет реорганизована и выведена наружу.

В других случаях это могут быть частые головные боли, являющиеся, как сказали бы фрейдисты, «обращенным» плачем. Тут тайна «обращения» легко разрешается, если понять, что головные боли, как и большинство прочих психосоматических симптомов, — это ретрофлектиро-

ванная двигательная деятельность. Они порождаются напряжением мышц против возникающего импульса. Ваша головная боль — не что иное, как переживание мышечного напряжения. Если вы расслабите мышцы, вы начнете плакать и одновременно головная боль исчезнет.

В здоровом организме мышцы ни зажаты, ни расслаблены. Они находятся в среднем тоне, в готовности к выполнению движений, поддерживающих позу равновесия, к обеспечению передвижения или манипулирования объектами. В начале двигательной мышечной работы этого упражнения не расслабляйтесь.

Не расслабляйтесь до тех пор, пока вы не будете в состоянии справиться с возбуждением, высвобождаемым таким образом. Если релаксация происходит преждевременно и вы удивлены и испуганы разблокированным возбуждением, вы сожметесь более, чем когда-либо, и испытаете сильную тревожность. Однако, если вы научитесь справляться с возбуждением, освобождение мышц будет происходить само собой.

С самого начала будьте готовы к неожиданным взрывам гнева, выкрикам, рвоте, уринации, сексуальным импульсам и т. д. Но такие импульсы, которые вы можете пережить вначале, довольно близки к поверхности, и вы легко с ними справитесь. Тем не менее, чтобы избежать возможного замешательства, мы советуем выполнять мышечные упражнения в одиночестве. Кроме того, если вы склонны к приступам тревожности, прежде чем предпринимать интенсивное мышечное сосредоточение, проработайте то, что вы собираетесь делать с помощью внутренней вербализации.

Лежа, не расслабляясь произвольно, почувствуйте спос тело. Отметьте, где у вас ощущаются боли, — головная боль, боль в спине, писчий спазм, желудочный спазм, вагинизм и т. д. и т. п., где есть зажимы. Не «входите» в зажим и ничего с ним не делайте. Осознайте напряжения глаз, шеи, мышц вокруг рта. Дайте своему вниманию систематически пройти по ногам, нижней части туловища, рукам, груди, шее, голове. Если вы заметите, что лежите сторбленно, — исправьте положение. Не делайте резких движений, дайте ощувшнюю себя мягко развиваться. Заметьте тенденцию вашего организма к саморегуляции — тенденцию отпустить что-то в одном месте, потянуться в другом и пр.

Не обманывайте себя, что вы чувствуете свое тело в тех случаях, когда вы всего лишь визуализируете или «теоретически» знаете о нем. Если вы склонны к последнему, вы работаете с представлением о себе, а не с самим собой. Но это представление о себе навязано вам вашим «Я» с его сопротивлениями; оно не обладает саморегуляцией и спонтанностью. Оно не исходит из чувствования-сознавания организма. Можете ли вы, выжидая, не доверяя визуализациям и теориям, обрести жар сознавапия, возникающий непосредственно в частях тела, на которых вы сосредоточиваете внимание?

Продвигаясь, обратите внимание, какие возражения могут у вас возникнуть каждому определенному моменту самосознавапия. Не питаете ли вы презрения к физическому функционированию? Или, может быть, вы стыдитесь своего тела? Не считаете ли вы дефекацию болезненной и грязной необходимостью? Не пугает ли вас тенденция сжимать кулаки? Не боитесь ли вы нанести удар?

Или — что ударят вас? Не беспокоит ли вас ощущение напряжения в гортани? Не боитесь ли вы закричать?

В тех частях тела, относительно которых было трудно обрести хоть какое-нибудь ощущение, вы, когда восстановите чувство, скорее всего, испытаете острую боль, болезненную тупость, судорогу. Если такие боли возникнут, сосредоточьтесь на них.

Чрезвычайно полезный метод для понимания значения определенных болей и напряжений — вспомнить соответствующие ходячие выражения. Они, как правило, содержат веками проверенную мудрость. Например:

Если у меня жесткая шея — не упрям ли я? У меня болит шея — что причиняет мне боль в шее? Я высоко задираю голову — не высокомерен ли я? Я вытягиваю вперед подбородок — не хочу ли я лидировать? Мои брови выгибаются дугой — не надменен ли я? У меня сжимается горло — не хочу ли я закричать? Я насвистываю в темноте — не боюсь ли я чего-то? Мое тело дрожит — я испуган? У меня нависающие брови — я сержусь? Я чувствую себя разбухающим — не готов ли я разразиться гневом? Мое горло стянуто — нет ли там чего-то, что я не могу проглотить? Я чувствую тошноту — чего я не могу переварить?

Теперь, полагая, что вы начали вновь узнавать свое телесное существование, свои напряжения и зажимы и их характерологическое и межличностное значение, мы должны сделать следующий шаг. До сих пор вы исследовали себя и мягко к себе приспособлялись, чтобы ориентироваться дальше; настало время дать явное выраже-

ние функциям, которые скрыты в зажатых мышцах, превратить мышечные зажимы в контролируемое поведение. С ориентацией мы должны сочетать возможность манипулирования в среде.

Рассматривая симптом как что-то навязанное вам, вы обращаетесь к кому-то за помощью, с тем чтобы заставить симптом исчезнуть, но этот путь не ведет к успеху. Действительно может вам помочь только косвенный путь: ясно, отчетливо и живо осознать симптом, принять обе стороны связанного с ним конфликта как свои собственные, то есть реидентифицировать себя с частями своей личности, от которых вы отделены, и затем найти средства, способные выразить и удовлетворить обе стороны конфликта. Так, при головной боли лучше принять на себя ответственность, чем выпить аспирин. Лекарство временно притупит боль, но не разрешит проблему. Сделать это можете только вы.

Боль, отвращение и т. п. неприятны, но это функция организма. Их появление не случайно — так природа привлекает наше внимание к тому, что требует внимания. Вы должны научиться переживать, если это необходимо, боль и страдание, чтобы разрушить и ассимилировать патологический материал, содержащийся в симптоме. Реинтеграция разделенных частей всегда содержит в себе конфликт, разрушение и страдание. Если, например, вы опасаетесь «инфантильного» поведения, вы должны тем не менее научиться принимать его как свое собственное, чтобы дать ему шанс вырасти и найти свое место в общей интеграции вашей личности. Если ему не будет уделено необходимого внимания и не будет дано возможности делать



свою работу, какой бы она ни была, — оно не сможет измениться. Если же оно получит внимание и возможность взаимодействовать со всем вашим поведением в целом, оно, без сомнения, будет изменяться и развиваться.

Чтобы обрести уверенность в этой сложной работе, начните с «ошибок», к которым вы склонны. Может быть, вы делаете постоянно одну и ту же ошибку в каком-то пассаже, когда играете на фортепиано. Если так — попробуйте не раздражаться и не пытаться это заблокировать, а проявите любопытство и сыграйте намеренно ошибочный вариант, чтобы выяснить, в чем дело. Среди других возможностей не исключено, что «ошибка» — следствие более естественной аппликатуры, чем указана в по-тах.

Повторяющиеся ошибки или неловкости часто являются ретрофлектировавшимся раздражением. Когда кто-то раздражает вас или выводит из душевного равновесия, вы, вместо того чтобы ответить ему тем же, чем он досаждал вам, выливаете на себя еще один ушат раздражительности и беспокойства.

Скоро вы обнаружите, что спокойное принятие невротической боли или какой-то «аморальной» тенденции не так страшно, как вам казалось. Когда вы овладеете техникой рассасывания боли и реинтеграции «аморальности», вы почувствуете себя более свободным, заинтересованным и энергичным.

Примените к головной боли или другому подобному симптому метод упражнения на концентрацию. Направьте на нее свое внимание и дайте спонтанно образоваться фигуре/фону.

Если вы можете принять боль, она явится мотивирующим интересом — это ощущение, вызывающее заинтересованность. В рассасывании боли важно уметь ожидать ее развития. Данте этому происходит самому по себе, без вмешательства и без предварительных идей. Если вы войдете в контакт, фигура будет становиться все более ясной, и вы сможете разрешить болезненный конфликт. По нужно иметь в виду, что в течение длительного периода после начала работы изменения могут быть очень медленными, особенно если вы ждете с самого начала яркой драмы, — так что вы рискуете потерять терпение.

Боль будет перемещаться, расширяться или сужаться, менять интенсивность, трансформироваться по качеству и т. п. Старайтесь замечать, в каких местах и в каком направлении вы сжимаете определенные мускулы, попробуйте определить форму и размеры зажимов. Будьте внимательны к каждому дрожанию, почесыванию, вздрагиванию — короче говоря, ко всем знакам биологического возбуждения. Такие ощущения возбуждения, вегетативные или мышечные, могут появляться волнами или быть постоянными, возрастать или убывать. По мере развития зуда, например, посмотрите, способны ли вы удержаться от преждевременного почесывания, сосредоточьтесь на нем и следите за его развитием. Дайте возбуждению выйти на передний план. Если эта процедура проведена правильно, то в конце концов к вам придет чувство здоровья и благополучия. Данная техника применима не только к психосоматическим болям, но также и к усталости, неопределенным возбуждениям, приступам тревожности.

При выполнении этих упражнений вы, возможно, испытаете тревожность, которая является попыткой саморегуля-

тивного преодоления неправильного дыхания во время увеличивающегося возбуждения. Независимо от того, есть или нет тревожность, попрактикуйте следующее дыхательное упражнение:

Сделайте 4—5 глубоких вдохов и выдохов. Затем мягко вдыхайте, хорошо обеспечивая выдох, но без усилия. Можете ли вы почувствовать поток воздуха в горле, в носоглотке, в голове? При выдохе ртом дайте воздуху спокойно выходить и подставьте руку, чтобы почувствовать поток. Не держите ли вы грудь расширенной, даже когда в нее не входит воздух? Втягиваете ли вы живот во время вдоха? Можете ли вы прочувствовать мягкий вдох до подложечной ямки и тазовой области? Чувствуете ли вы движение ребер вширь по бокам и на спине? Отметьте напряжения в горле, челюсти, смыкание в носоглотке. Обратите пристальное внимание на напряжения в диафрагме. Сосредоточьтесь на этих напряжениях и зажимах и следите за их развитием.

В течение дня — особенно в моменты интереса (в работе, когда близко кто-то сексуально привлекательный, при восприятии искусства, при столкновении с важной проблемой) — проследите, как вы стараетесь сдерживать дыхание, когда следует дышать более глубоко, что биологически естественно в подобной ситуации. Что вы удерживаете, сдерживая дыхание? Крик? Попытку убежать? Желание ударить? Рвоту? Выпускание газов? Плач?

Мышца может болеть по множеству причин, включая обычную усталость, раздражение или различные проблемы диеты. Но мы занимаемся здесь не такими случаями, а хро-

ническими зажимами, которые человек — если он внимателен — может замечать у себя вновь и вновь в отсутствие обычных объясняющих факторов. Именно они, если дать им развиваться и внимательно следить за происходящим, могут привести к вспоминанию ситуаций, где они были использованы как средство подавления конфликта и потом «заучены». Но такое «вспоминание», даже когда оно появляется, — случайный побочный продукт обнаружения и выражения составляющих конфликт напряжений. Хотя сосредоточение на актуально поврежденной части тела усиливает кровообращение, что ускоряет заживление, это все же не имеет отношения к целям данного упражнения.

### Упражнение 14. Совершение вновь обращенного действия

Последнее упражнение по ретрофлексии. В двух предыдущих, подготавливавших к нему, вы, обнаружив и мысленно исследовав какую-то ретрофлектированную деятельность, обращали ее только в фантазии или воображения. Но решающим, разумеется, является обращение в открытом действии, направленном вовне, в среду, потому что только таким образом ваш «внутренний конфликт» может быть вновь переведен в стремление получить то, что вам нужно в контакте с людьми и объектами «внешнего мира».

Предположим, например, что вы душили себя, чтобы удержать выкрик, и что теперь наконец вы можете почувствовать в горле импульс крика, а в пальцах —

импульс «удушить». Как бы странно это ни звучало для вас, но если вы еще не обнаружили в себе такого или подобного конфликта, то сказанное принимается нами буквально. Если вы чувствуете что-то в этом роде, что вы делаете с этим?

Разумеется, не было бы выходом подбежать к кому-нибудь и, крича во весь голос, броситься его душить. Части конфликта имеют значение желания кричать и желания душить, но они примитивны и недифференцированы, и именно их статический клинч в вашей мускулатуре держит их в таком состоянии. Если вас не парализует глупость этого, вы можете теперь дать некоторое явное выражение обеим сторонам способом, который покажется вам относительно безопасным. Душите подушку! Впейтесь в нее пальцами, как будто это глотка. Трясите ее, как английский дог трясет крысу. Будьте безжалостны к ней! В то время как вы это делаете, — безжалостно вышибаете жизнь из своего врага, — вы рано или поздно обнаружите, что вы вокализуете: ворчите, рычите, говорите, кричите. Эта часть появится скорее, если вы можете выполнять упражнение там, где вас никто не слышит; но, когда вы полностью войдете в его выполнение, вы, вероятно, перестанете заботиться о том, что думают соседи.

Перед этим вы, скорее всего, чувствовали, что хотите душить, давить, сжимать, но не могли бы, даже если бы попытались. Мышечные зажимы, удерживающие соответствующие деятельности в слиянии, могут быть настолько тонкими, что даже при наилучшем сосредоточении они не освобождаются окончательно. Возможны различные попытки выразить импульс искусственно, без того, чтобы по-

ведение стало естественным; но они остаются мертвы, ибо не являются произвольным притворством. Однако, если вы настойчиво продолжаете, ищите варианты, позволяете себе следовать возникающим линиям действия, каким бы абсурдом, гримасничаньем, позерством это ни казалось, возможно, произвольность в какой-то момент уступит место спонтанности; вы почувствуете сильное возбуждение, и поведение станет подлинным выражением того, что ранее было заблокировано. В этот момент невозможное ранее парадоксальным образом станет возможным и осуществится.

Простое физическое исполнение того, что вы сознаете как желаемое, — будь то крик, нанесение удара, душепие, сжимание и т. и. — окажется бесполезным, если оно не будет сопровождаться растущим сознаванием значения этого акта, узнаванием его особой роли в вашей межличностной ситуации: на кого или кому вы хотите кричать, кого или что вы хотите ударить; и, кроме того, необходимо ощущение выполнения — чувство, что именно вы делаете это и отвечаете за это. Иначе действие оказывается блефом, простым форсированием. Если вы станете принуждать себя делать что-то на основании «предположения», что вы это сделаете, дабы выполнить инструкцию к упражнению, вы будете надрывать глотку, напрягать мышцы, разрушать себя новыми фальшивыми возбуждениями, но вы не достигнете интеграции, которой ищете.

Когда найдено явное выражение, это обычно дает высвобождение сдерживающейся энергии. Например, кажущаяся летаргия депрессии, будучи разблокированной, может заместиться тем, что скрывалось и сдерживалось: гне-

вом или клопическими движениями рыдания. Если страхи или социальное давление столь велики, что такое выражение не молсет пробиться, их заменяют миниатюрные и совершенно неадекватные движения «в уме», например, что-то вроде внутреннего (неслышного) поскуливания. Действительные движения, которые могли бы разрядить энергию, сплелись в клинч с самоконтролирующими напряжениями в диафрагме, глотке и голове. Поскольку единственный способ освободить энергию — это выразить ее и поскольку самоконтролирующие «Я» не собираются позволять этому определенному импульсу найти свое подходящее выражение, клинч не изменяется. А так как он не изменяется, он перестает привлекать внимание и становится «забытым» — изолированным, несознаваемым в организме конфликтом. Если сжатые мышцы порождают психосоматические боли, «Я» не понимает и не принимает это в качестве последствия безжалостного самоконтроля, а считает их навязанными «извне», себя же видит жертвой.

Если вы сосредоточитесь на головной боли и будете следить за ее развитием, вы рано или поздно начнете сознавать, что она создается мышечным сжатием головы. Далее вы можете обнаружить, что вы печальны, фактически, что вам очень хочется заплакать. Если вы находитесь в этот момент среди людей, вы, по-видимому, не сможете освободить мышцы и дать себе волю. Чтобы облегчить задачу, постарайтесь уединиться. Даже в уединении мужчине может быть трудно расплакаться, особенно если он воспитан на фикциях вроде «Большие мальчики не плачут».

Если вы обнаруживаете импульс сделать что-то, что не может в прямой форме найти выражения, старайтесь прежде всего не обращать это против себя; обратите на любой удобный объект. Не душите снова себя, попробуйте душить подушку, позволяя в это время развиться фантазии относительно того, кого вы действительно хотите задушить. Стыскивайте апельсин вместо собственных глазных яблок. Дайте пипка вашему портфелю. Ударьте кулаком диван. Пусть ваша голова мотается из стороны в сторону, дайте себе прокричать: «Нет!» Сначала вы будете проделывать все это весьма неуклюже, по через некоторое время, когда убедитесь, что это не так уж глупо, что это действительно первые безопасные подходы к тому, что позже вы сможете делать на менее примитивной основе, — вы дадите себе выразить с полной эмоциональной силой все пинки, удары и крики детской ярости. Вопреки принятым условностям, это нормальный, здоровый способ экстернизации организмом фрустрированной агрессии.

Часто симптомы спрятаны гораздо глубже, чем мы до сих пор обсуждали. Если боль от определенного конфликта была слишком сильной, невыносимой, ее окружение может быть десенситизировано (сделано бесчувственным); так появляются слепые пятна. В этом случае, концентрируясь на теле, вы будете находить не боли и покалывания, а места тусклого чувствования, нечувствительности, пустоты. Если так, сосредоточивайтесь на них до тех пор, пока вы не будете сознать их как вуаль или покрывало, которые можно снять, или как туман, который можно развеять.

Теоретически мужская и женская сексуальная фригидность — просто те самые «слепые пятна» — и могут быть



излечиваемы соответствующим сосредоточением. Практически, однако, большинство случаев такого рода связано с очень сложными сопротивлениями. Основной мышечный блок фригидности — зажатость тазовой области, особенно в пояснице и в паху. Если поясница ригидно зажата или если ноги вытянуты столбами, оргастические движения невозможны. Чтобы сексуальный акт приносил удовлетворение, человеку необходимо отдаться своему чувству. Если человек «думает» в этот момент, если у него протекают фантазии, которые не являются составной частью того, что он делает, если он избегает того, чтобы внимание его было отдано партнеру, нельзя надеяться на глубокую разрядку возникшего сексуального выражения.

Когда мышечные действия ретрофлектируются, ясно, что поза должна быть деформирована во всех направлениях. Например, если вы ригидно удерживаете свой таз, то вы лишаетесь гибкой основы для движений верхней части туловища, рук, головы. Попытки восстановить правильность позы и добиться изящества с помощью «упражнений» окажутся бесполезными, если только они не будут способствовать освобождению этой ригидности. Матери могут только ухудшить положение, когда постоянно пристают к детям с наставлениями «стоять прямо», «отводить плечи назад» или «выше держать голову». «Плохая» поза чувствуется как «правильная» и будет поддерживаться до тех пор, пока определенные части тела захвачены как в тиски и не имеют возможности спонтанно двигаться. Для того, чтобы поза была правильной, голова, не ограничиваемая напряженными мышца-

ми шеи, должна свободно уравниваться на туловище, верхняя часть туловища, без выпяченной груди или втянутой спины, — легко держаться на тазовой области. Эти сегменты тела можно сравнить с тремя пирамидами, каждая из которых стоит на своей вершине и легко движется на этой точке опоры в любом направлении.

Конфликт между головой и туловищем часто выражается борьбой между правой и левой руками. Когда, например, голова «моральна» и «права», человек становится «твердошеим» — боящимся потерять свое ненадежное равновесие. В этом случае шея служит не мостом между головой и туловищем, а барьером, в буквальном смысле мышечной «бутылочной шейкой» между «верхними» и «нижними» функциями человека. Плечи, боящиеся развернуться и работать или бороться, держатся сжатыми. Нижняя часть тела всегда «под контролем». Кооперация между правой и левой сторонами отсутствует. Одна рука стремится подавить деятельность другой, то же самое происходит и с ногами. При сидении равновесие неустойчиво: верхняя часть давит на ягодицы как свинец.

Сосредоточиваясь на различиях между левой и правой сторонами, вы можете в значительной степени восстановить тонкие моменты равновесия, необходимые для хорошей позы и правильного передвижения. Лягте на спину на пол. Поработайте сначала над выемкой в пояснице и дугой в шее. Хотя ни то ни другое не оказалось бы в воздухе, если бы ваша лежачая поза была правильной, не старайтесь расслабиться или насильно заставить позвоночник распрямиться. Поднимите колени и слегка раздвиньте их, опираясь подошвами о пол. Это

уменьшит напряжение в позвоночнике, но вы все еще можете почувствовать жесткость спины или тянущее ощущение в ногах. Допустите спонтанно возникающие приспособления в направлении более удобной позы. Теперь сравнивайте каждую анатомическую часть правой стороны с левой. Вы найдете много различий в том, что должно быть билатеральной симметрией. Ощущение, что вы лежите совершенно «криво», выражает, хотя и в несколько преувеличенном виде, то, что на самом деле имеет место. Следуя внутренним давлениям в организме, по мере того как вы их замечаете, мягко меняйте позу, очень-очень медленно, без резких движений. Сравнивайте левый и правый глаза, плечи, ноги, руки и т.д.

Во все время этой работы держите колени несколько раздвинутыми, руки свободными и неперекрещенными. Отметьте тенденцию соединить их, если она возникнет. Посмотрите, что это может означать. Вы хотите защитить ваши гениталии? Вы чувствуете себя слишком открытым и беззащитным перед миром, когда вы так лежите? Кто может напасть на вас? Или вы хотите связать себя из страха, что иначе вы распадетесь на куски? Не являются ли ваши различия правого и левого выражением желания одной рукой ухватиться за некоего X, а другой рукой оттолкнуть его? Пойти куда-то и не пойти в одно и то же время? Когда вы пытаетесь устроиться поудобнее, как вы это делаете? Вы извиваетесь? Ежитесь? Переползаете? Не чувствуете ли вы себя в ловушке?

Очень важная связь и важные различия существуют между передней и задней половинами тела. Например, в то время, когда вы делаете вид, что смотрите перед собой, возможно, на самом деле вас постоянно интересует то, что сзади вас, поэтому вы никогда не видите, где находитесь. Какой неизвестной

вещи вы ждете сзади? Или вы надеетесь, что нечто возьмет вас приступом? Если вы склонны спотыкаться и легко падать, сосредоточение на различиях между передней и задней частями тела может оказаться очень полезным.

Давая развиваться мышечным ощущениям, вы можете временами почувствовать смутное, но сильное желание проделать определенное движение. Это может быть, например, какое-то протягивание или вытягивание. Попробуйте последовать этому импульсу. Если чувство усилится, протяните всю руку и как естественное продолжение этого жеста все тело. К чему вы устремились? К матери? К отсутствующей возлюбленной? Не переходит ли в какой-то момент протягивание рук в отталкивание? Если так — оттолкните. Оттолкнитесь от чего-то твердого, как стена. Делайте это с силой, соответствующей вашему чувству.

Или, предположим, ваши губы сжимаются и ваша голова клонится в сторону. Дайте вашей голове двигаться из стороны в сторону и скажите: «Нет!» Можете ли вы сказать это твердо и громко? Или ваш голос дрожит и прерывается? Вы просите? Оправдываетесь? Или, прямо наоборот, ваш отказ вырастает в общее чувство неповиновения и бунта, с ударами, криками и пинками? Что это значит?

В выполнении таких подражательных движений ничего нельзя достичь насильно. Это превращается в актерство и сбивает вас с нужного пути. Ваше понимание того, что хочет быть выраженным, должно расти из исследования и развития ваших чувств в их собственном значении для вас. Если движения правильные и происходят в правильном ритме и в правильное время, они кристаллизуют ваши чувства и проясняют значение ваших межличностных отношений.

# Экзистенциально- гуманистическая психотерапия

Психология и психотерапия рассматривают человека, его природу, а также вопросы нормы и патологии в терминах трех основных категорий. Первая, психоанализ, представляет человека существом с инстинктивными и интрапсихическими конфликтами. Эта мрачная концепция человеческой природы сложилась в результате изучения З. Фрейдом людей, имеющих психические расстройства, и настаивает на том, что контролирующими факторами поведения являются бессознательные и иррациональные силы. В соответствии с представлениями психоаналитиков поведение человека определяется неосознаваемыми глубинными конфликтами, комплексами и инстинктами. Болезнь есть следствие дезадаптивного влияния таких конфликтов на психическую жизнь. Психотерапия предполагает осознание, исследование и разрешение этих неосознаваемых комплексов и конфликтов.

Второе направление в психологии и психотерапии, бихевиоризм, или психология поведения, считает людей

практически послушными и пассивными жертвами сил окружающей среды. Бихевиористы рассматривают научение и опыт как основные строительные блоки того, что мы называем личностью. Болезнь, по их мнению, — результат неправильного научения, а психотерапия направлена на освоение более конструктивных, более адаптивных способов поведения.

**Гуманистическая, или экзистенциально-гуманистическая, психология** — третье и самое новое направление — предлагает радикально противоположную трактовку человеческой природы. Ученые, причисляющие себя к этому течению (называемому также «третьей силой» или «развитием потенциала человека»), заявляют, что человек от природы хорош и способен к самосовершенствованию, что сама сущность человека постоянно движет его в направлении личностного роста, творчества и самодостаточности. Сторонники гуманистической психологии также утверждают, что люди — в высшей степени сознательные и разумные создания без доминирующих бессознательных потребностей и конфликтов, активные творцы собственной жизни, обладающие свободой выбирать и развивать стиль жизни, которая ограничена только физическими или социальными воздействиями.

## **ОСНОВЫ ЭКЗИСТЕНЦИАЛИЗМА**

Экзистенциальная психология берет свое начало в работах Серена Кьеркегора (1813—1855), датского философа-

фа и теолога. Кьеркегор был крайне обеспокоен крепнущей у него на глазах тенденцией к дегуманизации человека. Он решительно не соглашался с тем, что людей можно воспринимать и описывать как некие объекты, тем самым сводя их до уровня вещей. Вместе с тем он был далек от того, чтобы закреплять за субъективным восприятием свойство единственной доступной человеку реальности. Для Кьеркегора не существовало жесткой границы между субъектом и объектом, а также между внутренними переживаниями и человеком, их испытывающим, ведь в каждый конкретный момент времени личность невольно отождествляет себя со своими переживаниями. Кьеркегор стремился понять людей такими, каковы они внутри своей реальности, — думающие, действующие, обладающие волей существа.

Кьеркегор, как и более поздние философы экзистенциализма, подчеркивал равновесие свободы и ответственности. Люди обретают свободу действия через расширение самосознания и последующее принятие на себя ответственности за свои поступки. Однако за свою свободу и ответственность человек расплачивается чувством тревоги. Только окончательно осознав тревогу как неизбежность, он становится хозяином своей судьбы, несет бремя свободы и испытывает боль ответственности.

Взгляды Кьеркегора существенно повлияли на двух немецких философов — Фридриха Ницше (1844—1900) и Мартина Хайдеггера (1889—1976), первый из которых наметил магистральные направления в философии XX столетия, а второй фактически очертил границы ее компетенции. Труды Хайдеггера оказали, в свою очередь, большое

воздействие на взгляды швейцарских психиатров Людвига Бинсвангера и Медарда Босса. Наряду с Карлом Ясперсом и Виктором Франклом, они предпринимали попытки, и весьма небезуспешно, приспособить положения экзистенциальной психологии к клинической психотерапии (Фрейдджер Р., Фейдимен Д, 2001).

## ПРИНЦИПЫ ЭКЗИСТЕНЦИАЛИЗМА

Несмотря на разнообразие толкований понятия «экзистенциализм», среди них можно выделить некоторые общие черты, присущие концепциям всех без исключения представителей данного направления.

*Во-первых*, это идея о том, что существование (existence) предшествует сущности (essence). Существование означает явление и становление, сущность же подразумевает статическую материю, неспособную самостоятельно изменяться. Существование предполагает процесс, сущность относится к конечному продукту. Существование связано с ростом и переменами, сущность знаменует собой статичность и исчерпанность. Западная цивилизация, подкрепленная авторитетом науки, традиционно ценила сущность выше существования. Она старалась объяснить окружающий мир, включая человека, с позиций его неизменяемой сущности. Экзистенциалисты же, напротив, утверждают, что сущность людей состоит в их способности постоянно переопределять себя через выбор, который они делают.



*Во-вторых*, экзистенциализм не признает разрыва между субъектом и объектом. Кьеркегор скептически относился к рассмотрению личности исключительно как мыслящего субъекта. Цитируя Кьеркегора, Мэй писал: «Только такая истина реально существует для человека, которую он сам производит своими действиями». Иными словами, бесполезно искать истину, сидя за письменным столом, ее можно познать, лишь честно принимая в себя все многообразие подлинной жизни.

*В-третьих*, люди ищут смысл своей жизни. Они задают себе (хотя и не всегда сознательно) важнейшие вопросы, касающиеся бытия. Кто я? Стоит ли жизнь того, чтобы жить? Имеет ли она смысл? Как я могу осуществить свое человеческое призвание? Склонность если не к систематическим размышлениям на эту тему, то, по крайней мере, к переживанию подобных проблем входит в число универсальных свойств человеческой природы.

*В-четвертых*, экзистенциалисты придерживаются той точки зрения, что каждый из нас в первую очередь сам отвечает за то, что он есть и чем он становится. Мы не можем обвинять родителей, учителей, начальство, Бога или обстоятельства. Как говорил Сартр, «человек есть не что иное, как то, что он сам из себя делает». Хотя мы способны общаться с себе подобными, объединяться друг с другом и строить продуктивные и здоровые взаимоотношения, в конечном счете, каждый из нас в глубине остается одинок. Мы не можем свободно выбрать свою судьбу, у нас есть шанс лишь для того, чтобы свести воедино абстрактное «могу» с конкретным «хочу». В то же время даже отказ от ответственности и попытка избежать выбора в конечном

итоге — тоже наш собственный выбор. От ответственности за свое «Я» нам не уйти, как не уйти от самого себя.

*В-пятых*, экзистенциалисты вообще отвергают принцип объяснения явлений, лежащий в основе всякого теоретического знания. По их мнению, все теории дегуманизируют людей, изображают их механическими объектами, расчленяют единство личности. Экзистенциалисты считают, что непосредственное переживание всегда имеет преимущество перед любыми искусственными объяснениями. Когда переживания переплавляются в некие надбытийные теоретические модели, они отделяются от того, кто их первоначально испытал, и, следовательно, теряют свою подлинность (Фрейджер Р., Фейдимен Д., 2001).

Два основных понятия, составляющих идейную основу экзистенциализма, — «бытие-в-мире» и «небытие».

*Бытие-в-мире.* Для объяснения природы человека экзистенциалисты придерживаются так называемого феноменологического подхода, ибо мы живем в мире, который лучше всего может быть понят с нашей собственной точки зрения. Когда ученые-догматики рассматривают людей с «внешней» позиции, при помощи системы отвлеченных построений, они в принудительном порядке подгоняют живое, изменяющееся начало и его экзистенциальный мир под удобные и но возможности однозначные теоретические рамки. Основное понятие — единство личности и окружающей среды — выражается немецким термином *Dasein*, означающим «существовать там» («существовать в мире»), который получил распространение с началом широкой известности своего автора Мартина Хайдеггера и обычно переводится как «бытие-в-мире».

Многие люди страдают от тревоги и отчаяния, вызванных самоотчуждением и безразличием к своему внутреннему миру. Они не имеют ясного представления о себе и чувствуют себя отделенными от мира, кажущегося им далеким и чужим, категория Dasein как осознание своего бытия в мире остается для них недоступной. Стремясь к власти над природой, человек теряет с ней связь: изначальное единство оборачивается конфликтом, состоянием бесконечной войны с самим собой. Когда человек слепо полагается на продукты индустриальной революции, он забывает о земле и небе, то есть о единственном реальном контексте своего бытия. Потеря ориентации в жизненном пространстве и автоматизм существования ведут к постепенному отчуждению от собственного тела. Человек становится объектом научного анализа. Узнавая о себе все новые подробности, он теряет способность управлять столь сложным механизмом, как собственный организм, и начинает полагаться на помощь извне, будь то технология, медицина или психиатрия. Тело оказывается во власти тех, кто располагает информацией о его структуре и функциях, тогда как сам обладатель тела лишается права распоряжаться своей жизнью. Происходит вручение себя во власть чужого сознания, что ведет сначала к духовной, а затем и к физической смерти. Вспомним, что Ролло Мэй начал выздоравливать от туберкулеза только после того, как понял, что больной — это именно он и никто другой и что единственный способ выжить заключается в том, чтобы вернуться к себе, прервав летаргическую безмятежность самоотчуждения.

От чувства изолированности, отчужденности страдают не только патологически беспокойные личности, но практически все люди современного общества западного типа. Отчуждение — это болезнь нашего времени, имеющая по крайней мере три ярко выраженных признака:

- 1) отделенность от природы;
- 2) недостаток значимых межличностных отношений;
- 3) отчуждение от своего подлинного «Я».

**Небытие.** Бытие-в-мире вызывает понимание себя как живущего, явившегося в мир существа. С другой стороны, такое понимание приводит к страху небытия или несуществования. Мэй говорил о смерти: это «единственный не относительный, но абсолютный факт нашей жизни, и мое сознание этого факта придает моему существованию и всему, что я делаю ежечасно, качество абсолютности». Смерть — не только дорога, по которой небытие входит в нашу жизнь, она еще и самая очевидная вещь. Жизнь становится более важной, более значительной перед лицом возможной смерти.

Если же мы не готовы смело встретиться лицом к лицу со смертью, спокойно размышляя о небытии, оно напоминает о себе множеством других способов.

Ролло Мэй говорил: «Мы боимся небытия и оттого комкаем наше бытие». Страх смерти часто вынуждает нас жить так, что мы постоянно защищаемся от него, тем самым получая от жизни меньше, чем могли бы получить, спокойно признавая закономерность нашего несуществования. Мы избегаем активного выбора, потому что он основывается на размышлении о том, кто мы есть и чего мы хотим. Мы пытаемся уйти от страха небытия — злоупотре-

треблепнем алкоголем и наркотиками, беспорядочными сексуальными связями и вынужденным поведением прочих типов, слепым следованием ожиданиям нашего окружения, замутняя свое самосознание и отрицая свою индивидуальность, но такой выбор оставляет нас с чувством отчаяния и пустоты, в атмосфере общей враждебности, которая пропитывает наши отношения с людьми. Мы избегаем угрозы небытия ценой сужения рамок нашего существования в мире. Более здоровая альтернатива — стойко встречать неизбежность смерти и осознавать, что небытие — это неотделимая часть бытия (Фрейджер Р., Фейдимен Д., 2001).

## **ТЕОРИЯ ЛИЧНОСТИ И ПСИХОПАТОЛОГИЯ**

### **Концепция личности**

Для экзистенциального подхода основным фактом человеческого существования является то, что люди вольны сами создавать свое значение и идентичность в жизни. Но может ли человек стать тем, кем ему хочется? Ответ явно отрицателен. Во-первых, реальность налагает свои ограничения — все люди смертны и должны принимать конечность как основной факт существования. Во-вторых, на человеческую жизнь оказывает влияние биология, а также время и место рождения: рожденный с физическим увечьем в голодающей эфиопской семье или чернокожим рабом в 1800 году сталкивается с определенными ограничениями.

Но указанные пределы можно воспринимать двояко: либо видеть в них ограничение свободы, либо считать их стимулом к свободе выбора. Ограничения и свобода — это две стороны одной медали. Не может быть свободы без ограничений. Если бы мы могли в любой момент стать тем, кем нам хочется, то и свобода, и выбор потеряли бы всякий смысл. Если бы мы в любой момент могли получить желаемое, нам никогда не пришлось бы делать выбор.

Итак, свобода и выбор зависят друг от друга. Человек свободен творить свою жизнь внутри тех ограничений, которые накладывают факты его существования. Он свободен выбирать, как ему обращаться с этими ограничениями. Он может отнестись к ним как к непреодолимым барьерам и уступить, а может посчитать их брошенным ему вызовом. Если в результате автомобильной аварии у человека парализовало ноги, в его власти полностью отказаться от всяческих действий или же научиться передвигаться в инвалидном кресле и продолжать жить. Если человек находится в тюрьме и ждет смертной казни, то ему вряд ли удастся убежать или добиться изменения приговора, однако он волен выбрать, как провести последние дни и встретить смерть. Проблема состоит в том, чтобы по возможности больше извлечь из того, что есть. Каждый может проявить творческие способности и выявить что-то значимое из того, что ему предоставила жизнь. Умение стойчески встретить неблагоприятные жизненные обстоятельства экзистенциалисты называют «мужеством быть».

Выбор человека не только придает смысл его жизни и существованию, но также обуславливает значение

окружающих его событий. Аналогично тому, как значение слова определяется всем предложением, в котором оно находится, а смысл предложения может меняться, если изменится хотя бы одно слово, так и значение любого события в жизни человека определяется целой сетью значений, которые он приписывает себе и миру. Восприятие человеком себя и окружающего мира может меняться, если какое-то важное событие в его жизни приобретает новый смысл.

Следовательно, люди создают структуру собственной жизни и каждый сделанный ими выбор продвигает их по жизненному пути. Если это так и люди создают жизненную структуру и идентичность на основе собственного выбора, то почему же некоторые из них выбирают нищенское и саморазрушающее существование? Вероятно, они часто не осознают, что именно они выбирают. Они могут не иметь опыта, который позволил бы понять, что у них есть возможность выбора. Девочка, получившая воспитание в семье или обществе, где уделом женщины считается дом, может принять это за объективную истину и не увидеть возможности иного пути.

По утверждению Мэя и Ялома, люди отказываются от выбора из-за тревожности. Чтобы избавиться от тревожности, они избегают реализации своего потенциала, стараясь воспроизвести тот образ, которым, по мнению общества, должны обладать, то есть быть деловыми людьми, состоять в браке, быть гетеросексуальными, религиозными и т. д. Они начинают испытывать тревожность, если чувствуют, что не могут подстроиться под эти образы. Пытаясь следовать стереотипам, они отказыва-

ют себе в возможности не соответствовать требованиям общества в понимании своих истинных желаний и целей.

Для экзистенциалистов тревожность неизбежна. Жить — значит находиться перед необходимостью выбора. Необходимость выбора означает столкновение с основной неопределенностью жизни. Всякий раз, когда мы делаем выбор, мы буквально делаем ставку на нашу жизнь. Жить аутентично означает быть готовым к тому, что в жизни нет «безопасных» выборов. Если ваш выбор неверен, ваше время может истечь прежде, чем вы сумеете что-то исправить. Таким образом, смерть — это окончательный источник тревожности, а способность быть готовым к собственной смерти — неременное условие аутентичной жизни.

## Психопатология

Экзистенциалисты не утверждают, что один выбор всегда предпочтительнее, чем другой. Любой выбор предполагает риск. Существуют разные способы отказаться от выбора. Можно просто закрыть глаза на реальность ситуации, отказаться осознавать происходящее, не желая видеть вещи такими, какие они есть. Другой способ — злоупотребление алкоголем или наркотиками: можно стать зависимым и надеяться, что выбор за нас сделает кто-то другой, можно притвориться, что будущего не существует, и стать импульсивным существом, живущим сегодняшним днем, отрицая таким образом, что выбор имеет значение для будущего. С экзистенциальной точки зре-



ия любая психопатология вытекает из попытки отказаться от выбора.

Попытка отрицать существование выбора называется неаутентичностью. Неаутентичная личность не объединяет прошлое, настоящее и будущее в своем выборе. Она может избегать выбора, размышляя с позиции будущего: «Я стану собой, как только получу новую работу» или: «Моя жизнь наладится, когда я установлю прочные взаимоотношения». Она может идеализировать других, отрицая таким образом несовершенство и неопределенность жизни. Или она может стремиться к счастью. В конечном итоге, ценности человека, ведущего неаутентичную жизнь, часто будут стереотипными и однообразными, скорее заимствованными у других, чем выбранными аутентично. В результате неаутентичные жизненные модели нередко состоят из попыток насильно подогнать себя и окружающий мир под жесткие стереотипы, сложившиеся на основе предубеждения, а ценности рассматриваются как объективная реальность, так что человек даже не понимает, что выбрал их сам (Тодд Дж., Богарт А. К., 2001).

## ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

**Экзистенциальная психотерапия** — это собирательное понятие для обозначения психотерапевтических подходов, в которых делается упор на «свободную волю», свободное развитие личности, осознание ответственности человека за формирование собственного внутреннего ми-

ра и выбор жизненного пути. Экзистенциальный подход является больше взглядом на психотерапию, чем отдельным терапевтическим подходом. Ориентированный на экзистенциализм психотерапевт может использовать любой метод или подход, если он совместим с экзистенциальными взглядами.

В известной мере все психотерапевтические подходы экзистенциальной психотерапии имеют генетическое родство с экзистенциальным направлением в философии — философией существования, возникшей в XX столетии как следствие потрясений и разочарований, вызванных двумя мировыми войнами.

Центральное понятие учения — экзистенция (человеческое существование) как нерасчлененная целостность объекта и субъекта; основные проявления человеческой экзистенции — забота, страх, решимость, совесть, 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.

## Философская основа

Философской основой экзистенциальной терапии служит, как уже говорилось, феноменологический подход, цель которого состоит в отказе от принятия всех концепций реальности, чтобы прийти до того, в чем нельзя сомневаться, — до чистых явлений. Феноменологический подход свя-

зан с именем Эдмунда Гуссерля. Из него исходит философия Мартина Хайдеггера.

Хайдеггер утверждал, что люди, в отличие от предметов, существуют в интерактивном единстве с реальностью. Они, скорее, являются источником активности, чем фиксированными объектами, и постоянно ведут диалог со своим окружением. В каждый конкретный момент индивид является творческим соединением прошлого опыта и нынешней ситуации. В результате он ни на минуту не остается постоянным. Хайдеггер посчитал бы, что вера в фиксированную личностную структуру, включая навешивание различных ярлыков пограничной, пассивной или нарциссической личности, есть неаутентичный способ отношения к себе и к другим. Люди не «обладают» личностью; они постоянно создают и пересоздают ее с помощью собственного выбора и действий.

Жан-Поль Сартр предположил, что, когда люди сталкиваются с необходимостью нести ответственность за себя и за свой выбор, они начинают испытывать тревогу. Концепция фиксированной идентичности снижает тревожность. Отношение к себе как к хорошему человеку заменяет исследование своего поведения и возможность выбора на основе правильности и добродетели. Если вы определяете себя как пограничную личность, вам больше не нужно считать себя ответственным за свои импульсивные действия. Чтобы избежать ощущения тревожности при выборе, нам всем нужна зафиксированная идентичность, такая как «врач» или «честный человек». Однако на самом деле важно не то, кем мы являемся, а то, что мы делаем, то есть какой стиль поведения мы избираем.

Всякий раз, когда человек делает выбор, он открывает новые возможности как в себе, так и в окружающем мире. Например, если вы ведете себя жестоко по отношению к кому-нибудь, то вы обнажаете и свои негативные стороны, и, возможно, негативные стороны этого человека. Если вы ведете себя заботливо, вы можете позволить выйти наружу вашим потенциальным позитивным качествам.

Таким образом, люди — это существа, посредством которых реальность проявляет себя. Действия человека позволяют ясно выразить то, что было раньше лишь потенциальным или «спрятанным» в реальности. Наиболее важным видом знания является знание того, «как» (то есть оно связано с действиями). Например, обучение игре на гитаре выявляет не только творческий потенциал играющего, но и музыкальный потенциал инструмента. Мысленное знание фактов менее полезно. Терапия должна научать быть человеком, а не получать знания о себе, то есть о своем прошлом. Людям необходимо учиться слушать себя и соответствовать природе своей развивающейся личности (Тодд Дж., Богарт А. К., 2001).

## Принципы экзистенциальной терапии

Экзистенциальная психотерапия, как и само понятие «экзистенциализм», включает множество разнообразных направлений и течений, однако в ее основе лежат некоторые общие идеи и принципы.

Конечной целью экзистенциальной терапии является предоставление клиенту возможности понять соб-

ственные цели в жизни и сделать аутентичный выбор. Во всех случаях терапия помогает им «снять с себя ограничения», а также способствует их развитию. Клиенты должны открыто посмотреть в лицо себе и тому, чего они избегали, — своей тревожности и, в конечном счете, своей предельности. Часто для контроля тревожности люди отказываются от своих глубинных потенциалов. Выбрать реализацию своего потенциала означает пойти на риск, но в жизни не будет ни богатства, ни радости, если люди не научатся прямо смотреть в лицо возможности утраты, трагедии и, наконец, смерти.

Первое, что нужно сделать клиенту, — это расширить способность осознания, то есть осмыслить: потенциал, от которого он отказывается; средства, используемые для поддержания отказа; реальность, которую он может выбрать; тревожность, связанную с данным выбором. Чтобы помочь клиенту преуспеть в этом, терапевт применяет два основных инструмента — эмпатию и аутентичность.

Эмпатия используется как форма феноменологического метода. Терапевт пытается отреагировать на клиента без предубеждений. Эмпатичное и неосуждающее отношение может помочь клиенту раскрыть свой внутренний мир.

Другой важный инструмент — собственная аутентичность терапевта. Если целью терапии является достижение аутентичности клиента, то терапевт должен эту аутентичность смоделировать. Для того чтобы стать аутентичным, клиенту необходимо узнать, что ему не надо играть какую-то роль, не следует стремиться быть совершенным или таким, каким его хотят видеть. Ему не нужно также отказываться от аспектов собственного опыта и можно ид-

ти на риск. Терапевту следует смоделировать эти качества и попытаться стать реальным лицом в терапии.

В экзистенциальной терапии быть реальным или аутентичным означает делиться с клиентом своими непосредственными впечатлениями и мнениями о нем. По сути, это предоставление клиенту непосредственной личной обратной связи.

## Техники экзистенциальной психотерапии

Хотя экзистенциальные психотерапевты используют ряд техник, имеющих в других подходах, в особенности в психоанализе, все же формы экзистенциальной терапии имеют ряд особенностей, отличающих ее от других подходов. Мэй отмечает шесть таких особенностей (Мэй Р., 1958).

1. Экзистенциальные психотерапевты используют широкий спектр техник. Эти техники отличаются гибкостью и разносторонностью, по выражению Мэй, «варьируют от пациента к пациенту и от одной стадии к другой во время лечения одного и того же пациента» в зависимости от того, что необходимо «для наилучшего выявления существования данного конкретного пациента в данный момент его личной истории» и «что наилучшим образом способно осветить его бытие-в-мире».

2. Экзистенциальные психотерапевты, в особенности с психоаналитической подготовкой, используют психологические процессы, такие как перенос, вытеснение, сопротивление, но всегда с учетом их смысла в экзистенциальной ситуации текущей жизни пациента.

3. Акцент делается на присутствии, или реальности отношений психотерапевт—пациент, в которых психотерапевт «озабочен не собственно проблемами, а пониманием и переживанием, насколько это возможно, бытия пациента» за счет проникновения и участия в поле пациента. Этот взгляд разделяют также представители других психотерапевтических школ, рассматривающих пациента как сущее, требующее понимания, а не как объект, который необходимо подвергнуть анализу. «Любой психотерапевт экзистенциален в той мере, в какой, с учетом своей технической подготовки и полученных знаний о переносе и других психологических процессах, он обладает способностью относиться к пациенту как к „одной экзистенции, взаимодействующей с другой“, говоря словами Бинсвангера». Пациент является не субъектом, а «экзистенциальным партнером», и отношения — это встреча, или «со-бытие», друг с другом в подлинном присутствии. Задача психотерапевта — не оказывать на пациента влияние, по наладить осмысленные отношения как взаимное переживание.

4. Психотерапевт пытается избегать видов поведения, способных затормозить или разрушить экзистенцию полного присутствия в отношениях. Поскольку полная встреча с другим человеком нередко порождает тревогу, психотерапевт может защищать себя, рассматривая этого другого как «всего лишь пациента», как объект, или же фокусируясь на поведенческих механизмах. Способом блокирования присутствия может быть использование техник.

5. Цель терапии состоит в том, чтобы пациент переживал свое существование как реальное. Ему необходимо полностью осознать свое существование, что включа-

ет осознание потенциальных возможностей и начало деятельности в соответствии с ними. Интерпретация механизмов или процессов как часть экзистенциальной терапии всегда будет происходить в контексте осознания человеком собственной экзистенции. Задача терапии — не только показать пациенту, где, когда и почему он не смог реализовать свой человеческий потенциал в полном объеме, но и заставить его пережить это настолько остро, насколько возможно. Момент чрезвычайно важный, поскольку одна из особенностей невротического процесса в паше время — утрата смысла бытия, когда в попытке объективно себя оценить человек начинает воспринимать себя как объект или механизм. Просто дать индивиду новые представления о себе как о механизме значит лишь закрепить невроз, а терапия, которая это делает, лишь отражает и продолжает фрагментацию культуры, ведущей к неврозу. Такая терапия может вызвать устранение симптомов и тревоги, но за счет приспособления пациента к культуре и ограничения его существования за счет отказа от свободы.

6. Экзистенциальная терапия помогает пациенту развить установку или ориентацию на обязательства. Данная установка предполагает решения и действия, но не ради собственной выгоды. Скорее, это обязательства перед некоторым моментом в собственном существовании пациента. Такие обязательства являются необходимым условием приобретения знаний. Пациент не может позволить себе обрести инсайт или знание до тех пор, пока он не будет готов к принятию решений, не займет определенную жизненную позицию и не примет предварительных решений.



С. Паттерсон и Э. Уоткинс (2003) считают возможным добавить к этому перечню седьмую характеристику: в терапевтической ситуации экзистенциальная психотерапия сосредоточивается на ситуации здесь-и-сейчас. Прошлое и будущее вовлекаются лишь постольку, поскольку они входят в текущее переживание. Здесь-и-сейчас включает не только переживания пациента за рамками терапии, но также его отношения с психотерапевтом. Можно исследовать личную историю пациента, но не с целью объяснить ее в терминах какой-либо школы психотерапии. Скорее, она понимается как модификация общей структуры бытия-в-мире данного пациента (Binswanger L., 1964).

Этих аспектов, или акцентов, экзистенциальной психотерапии, отмечают Паттерсон и Уоткинс, едва ли достаточно в качестве основы для практики. Первостепенное значение имеют стоящие за ними концепции; важно, что объект, находящийся в фокусе экзистенциальной терапии, — то есть экзистенция как она есть, а не отдельные симптомы — отличается от объекта большинства традиционных подходов. Однако необходимо, чтобы эти концепции проводились в жизнь с помощью определенных методов, и можно предполагать, что если такая теория, как экзистенциализм, заметно отличается от других теорий своими концепциями и принципами, то и методы должны использоваться иные. Вместе с тем в настоящее время отсутствует подробное, систематическое описание природы и процедур экзистенциальной психотерапии, а оно представляется необходимым, в особенности с учетом того, что процедуры эти могут отличаться от принятых в других подходах.

Перед психотерапевтами, испытавшими на себе влияние экзистенциализма, не стоит проблема методов. Если они считают, что техники вторичны и не должны нарушать аутентичности отношений, они не будут опасаться чрезмерного увлечения техниками и анализировать механизмы их действия. Но в таком случае они не станут демонстрировать механизмы действия своих приемов и лишат другого человека возможности понять или освоить эти методы и процедуры. Тем не менее методы и процедуры должны существовать, и им следует уделять внимание, иначе подход будет считаться полностью интуитивным (Паттерсон С, Уоткинс Э., 2003).

# Логотерапия В. Франкла

Созданная Виктором Франклом теория логотерапии и экзистенциального анализа представляет собой сложную систему философских, психологических и медицинских воззрений на природу и сущность человека, на механизмы развития личности в норме и в патологии и на пути и способы коррекции аномалий в развитии личности. Эта философия и терапия, разработанная в процессе клинической практики и преподавательской деятельности, были проверены и укрепились в скитаниях Франкла по концентрационным лагерям. Он увидел истину, открывающую, что любовь есть наивысшая цель людей и что спасение человека происходит через любовь и в любви. Он убедился в том, что это единственная цель существования.

## ФИЛОСОФИЯ ЛОГОТЕРАПИИ

Невзирая на апатию заключенных концентрационных лагерей, Франкл обнаружил, что «человек способен сохранить остатки духовной свободы, независимость ума даже в таких ужасных условиях психического и физического стресса» (Frankl V. E., 1985). Всегда остаются возможности для выбора, известны примеры героических поступков, имеющих целью помочь другим, а не спасти себя. «Тип человека, сформировавшегося в заключении, определялся внутренним решением, а вовсе не был результатом внешних условий. По сути дела, каждый человек способен даже в таких обстоятельствах принять решение о своем выборе — психическом и духовном. Можно сохранить свое человеческое достоинство даже в условиях концентрационного лагеря. Это и есть духовная свобода, которую никто не может отнять, именно она делает жизнь осмысленной и придает ей цель».

Если есть смысл жизни, то есть и смысл страданий, поскольку страдания, как и смерть, являются неотъемлемой частью жизни; без них жизнь была бы неполной. Лишь некоторые заключенные сопротивлялись разрушительному влиянию лагеря, не желая превращаться в жертвы. Отсутствие цели или надежды на будущее заставило многих пересмотреть существующие возможности позитивных изменений лагерной жизни. Необычайно неблагоприятные внешние обстоятельства также могут способствовать духовному росту человека. Для этого ему нужно верить в будущее. Без такой веры он сдастся и утрачивает желание

жить. В отсутствии цели, смысла жизни нет стремления выжить. Франкл спрашивает, действительно ли вопрос в том, ждем ли мы чего-то от жизни или нет. Может быть, лучше спросить, чего ждет от нас жизнь? Жизнь ставит перед нами задачи, в решении которых состоит ее смысл. Задачи эти у каждого свои, каждая ситуация уникальна и требует уникальной реакции. Иногда от человека требуется смириться с судьбой и страданиями. Страдания каждого также уникальны, и от того, как человек их переносит, зависит возможность его личностного роста.

## ПРИРОДА ЧЕЛОВЕКА

**Личность** — это единое целое трех аспектов, или измерений: соматического, или физического; психического, или психологического; духовного. Первые два близко взаимосвязаны и вместе составляют «психосоматику». Они включают наследственные и конституциональные факторы, такие как врожденные влечения. Психоанализ благодаря Фрейду, Адлеру и Юнгу внес свой вклад в понимание этих измерений, особенно психологического, но практически не уделил внимания духовному, исключительно человеческому, измерению.

Логотерапия делает акцент именно на духовном измерении. **Духовность** — первая из трех характеристик человека, отличающих его от животного. Духовность выявляется феноменологически непосредственно в самосознании, по истечении из «духовного бессознательного».

Духовность — это главный атрибут человека, из нее происходят совесть, любовь и эстетическое сознание.

Второй особенностью человеческого существования является *свобода*. Человеческая личность — это сущность, которая всегда принимает решения о том, какой ей быть в каждый следующий момент времени. Свобода означает независимость от инстинктов, наследственной предрасположенности и окружения. Хотя человек подвержен влиянию каждого из этих аспектов, он все же свободен в своем решении принимать или отвергать их. Таким образом, люди не просто существуют, они решают, каким будет их существование. В связи с возможностью подняться над биологическими, психологическими и социологическими условиями, на которых строятся прогнозы, люди непредсказуемы.

Основной тезис учения Франкла о свободе воли гласит, что человек свободен найти и реализовать смысл жизни, даже если сто свобода заметно ограничена объективными обстоятельствами. Признавая очевидную детерминированность человеческого поведения, Франкл отрицает его *пайдетерминированность*: «Необходимость и свобода локализованы не на одном уровне; свобода возвышается, надстроена над любой необходимостью». Франкл говорит о свободе человека по отношению к своим влечениям, к наследственности и к факторам и обстоятельствам внешней среды.

Свобода по отношению к влечениям проявляется в возможности принять или отвергнуть их, сказать им «нет». Даже когда человек действует под влиянием непосредственной потребности, он либо позволяет ей определять свое

поведение, либо сохраняет свободу не позволить этого. Аналогичным образом обстоит дело и тогда, когда речь идет о детерминации человеческого поведения ценностями или моральными нормами, — человек позволяет или не позволяет себе быть ими детерминированным. Свобода в плане к наследственности — это отношение к ней как к материалу возможность свободного духа строить из него то, что ему необходимо. Франкл характеризует организм как инструмент, как средство, которым пользуется личность для реализации своих целей. Похожие отношения существуют между личностью и характером: он тоже сам по себе не определяет поведения, напротив, в зависимости от личности характер может претерпевать изменения или сохранять свою неизменность. Свобода человека в плане внешних обстоятельств выражается в возможности, хотя и не беспредельной, запясть по отношению к ним ту или иную позицию, так что само влияние обстоятельств на человека опосредуется позицией человека по отношению к ним.

Личность свободна благодаря тому, что ее поведение определяется прежде всего ценностями и смыслами, локализованными в поэтическом измерении и не испытываемыми детерминирующими воздействиями со стороны рассмотренных выше факторов. Человек — это больше, чем психика, человек — это дух. В этом своем качестве человек характеризуется двумя фундаментальными онтологическими характеристиками: способностью к самотрансценденции и способностью к самоотстранению. Первая выражается в постоянном выходе человека за пределы самого себя, в направленности его на что-то, существующее вне его, вторая — в возможности подняться над со-

бой и над ситуацией, посмотреть на себя со стороны. Обе способности позволяют человеку быть самодетерминирующимся существом; механизмы этой самодетерминации принадлежат к поэтическому измерению человека.

*Для чего нужна свобода.* Важным в учении о свободе воли является вопрос: для чего человек обладает свободой? Главное в ответе на этот вопрос — положение о том, что существует свобода взять на себя ответственность за свою судьбу, свобода слушать свою совесть и принимать решения о своей судьбе. Это свобода изменяться, свобода от того, чтобы быть именно таким, и свобода стать другим. Франкл определяет человека как существо, которое постоянно решает, чем он будет в следующий момент. Свобода — это не то, что он имеет, а то, что он есть. Человек решает за себя; любое решение есть решение за себя, а решение за себя есть всегда формирование себя.

Третий фактор в существовании человека — *ответственность*. Свобода — это не только свобода «от», но также свобода «для»: для чего-либо, что, согласно Франклу, представляет собой обязанности индивида. Человек ответствен перед собой, своей совестью или Богом. Логотерапия пытается заставить пациента полностью осознать собственную ответственность. Поэтому ему должно быть предоставлено право выбора: за что, перед кем или перед чем нести ответственность.

Психоанализ имеет дело с осознанием пациентами своих вытесненных переживаний или влечений. Индивидуальная психология Адлера фокусируется на принятии человеком ответственности за свои симптомы. Каждый из этих подходов односторонен, и они удачно дополняют друг



друга. Фактически можно сформулировать это в виде основной теоремы, которая гласит: «Быть человеком — значит быть сознательным и быть ответственным». Ответственность соотносится с сознанием через *совесть*.

**Свобода и ответственность.** Принятие решения — акт не только свободы, но и ответственности. Свобода, лишенная ответственности, вырождается в произвол. Ответственность человека сопряжена с бременем выбора: какие таящиеся в мире и в нем самом возможности заслуживают реализации, а какие нет. Человек ответствен за аутентичность своего бытия, за правильное нахождение и реализацию им смысла своей жизни. По сути, это ответственность человека за свою жизнь. Проблема ответственности является узловой проблемой логотерапии.

Логотерапия нацелена на осознание бессознательных духовных факторов личности пациента, в то время как экзистенциальный анализ имеет задачей помочь пациенту осознать свою ответственность. В рамках экзистенциального анализа стоит задача логотерапевтического вмешательства для стимуляции конкретных осмысленных возможностей; это, в свою очередь, предполагает анализ конкретного человеческого существования (дазайн), личного существования данного пациента. Представляется, что экзистенциальный анализ занимается существованием индивида, тогда как логотерапия осуществляет собственно вмешательство.

## МОТИВАЦИЯ

Поддержание гомеостаза, снижение напряжения или психоаналитический принцип удовольствия, по мнению Франкла, не могут адекватно объяснить человеческое поведение — все это является скорее следствиями, чем интенциями. Франкл обосновывает тезис о том, что первичная мотивация человека — это не жажда удовольствия или власти, а воля к смыслу. Люди осознают ценности жизни исходя из отношения к выпавшим на их долю неизбежным страданиям. Эти установочные ценности и возможность их осознания сохраняются до последних мгновений жизни. Страдание, таким образом, имеет смысл.

В своем теоретическом здании Франкл выделяет три основные части: учение о стремлении к смыслу, учение о смысле жизни и учение о свободе воли.

Стремление к поиску и реализации человеком смысла своей жизни Франкл рассматривает как врожденную мотивационную тенденцию, присущую всем людям и являющуюся основным двигателем поведения и развития личности. Из жизненных наблюдений, клинической практики и разнообразных эмпирических данных Франкл заключает: для того, чтобы жить и активно действовать, человек должен верить в смысл своих поступков. «Даже самоубийца верит в смысл — если не жизни, то смерти», в противном случае он не смог бы существовать (Frankl V. E., 1979).

Отсутствие смысла порождает у человека состояние, которое Франкл называет экзистенциальным вакуумом. Именно экзистенциальный вакуум, согласно его наблю-

дениям, подкрепленным многочисленными клиническими исследованиями, инициирует широкомасштабные специфические «ноогенные неврозы», распространившиеся в послевоенный период в странах Западной и Восточной Европы и в еще больших масштабах — в США, хотя некоторые разновидности таких неврозов (например, «невроз безработицы») были описаны еще раньше. Необходимым же условием психического здоровья является определенный уровень напряжения, возникающего между человеком и локализованным во внешнем мире объективным смыслом, который ему предстоит осуществить.

Основной тезис логотерапии может быть сформулирован следующим образом: человек стремится обрести смысл и ощущает фрустрацию, или вакуум, если это стремление остается нереализованным.

В соответствии с учением о смысле жизни его поиск, в принципе, «доступен любому человеку, независимо от пола, возраста, интеллекта, образования, характера, среды и... религиозных убеждений» (Frankl V. E., 1985). Однако нахождение смысла — это вопрос не познания, а призвания. В конечном счете, человек не должен задавать вопрос, в чем заключается смысл жизни, отмечает Франкл; напротив, он должен сознавать, что этот вопрос адресован ему. Жизнь бросает нам вызов, в ответ на него мы и начинаем действовать. Смысл не субъективен, человек не изобретает его, а находит в мире, в объективной действительности, именно поэтому он выступает для человека как императив, требующий своей реализации.

В психологической структуре личности Франкл выделяет особое, «поэтическое измерение», в котором локализо-

ваны смыслы. Это измерение, как явствует из построенной Франклом чрезвычайно наглядной «димензиональной онтологии», несводимо к измерениям биологического и психологического существования человека; соответственно, смысловая реальность не поддается объяснению через психологические и, тем более, биологические механизмы и не может изучаться традиционными психологическими методами.

Утверждая, что смысл жизни каждого человека уникален и неповторим, Франкл тем не менее отвергает некоторые из «философий жизни». Так, смыслом жизни не может быть наслаждение, ибо оно есть внутреннее состояние субъекта. По той же логике, человек не может стремиться к счастью, он может искать лишь причины для счастья. Борьба за существование и стремление к продолжению рода также оправданы лишь постольку, поскольку сама жизнь уже обладает каким-то независимым от этого смыслом.

Франкл вводит представление о ценностях — смысловых образованиях, складывающихся в результате обобщения типичных ситуаций, с которыми обществу или человечеству пришлось сталкиваться в истории. Это позволяет обобщить возможные пути сделать свою жизнь осмысленной. Человек может сделать свою жизнь осмысленной, во-первых, с помощью того, что он дает жизни (его творческая работа), во-вторых, с помощью того, что он берет от жизни (переживания ценностей), и, в-третьих, посредством позиции, занимаемой по отношению к судьбе, которую он не в состоянии изменить. Соответственно, Франкл выделяет три группы ценностей: ценности творчества, ценности переживания и ценности отношения.

Приоритет отдается ценностям творчества, основным путем реализации которых является труд. При этом смысл и ценность приобретает труд человека как его вклад в жизнь общества, а не просто как его повседневное занятие, способ времяпрепровождения. Смысл труда человека заключается прежде всего в том, что он делает сверх предписанных ему служебных обязанностей, что он привносит в свою работу как неповторимая человеческая индивидуальность. Ценности творчества являются наиболее естественными и важными, но не необходимыми.

Смысл жизни может, согласно Франклу, придать задним числом одно-единственное мгновение, одно ярчайшее переживание. Из числа ценностей переживания Франкл подробно останавливается на любви, которая обладает богатым ценностным потенциалом. Любовь — это взаимоотношения на уровне духовного, смыслового измерения, переживание другого человека в его неповторимости и уникальности, познание его глубинной сущности. Вместе с тем и любовь также не является необходимым условием или наилучшим вариантом осмысленности жизни. Индивид, который никогда не любил и не был любим, тем не менее может сформировать свою жизнь весьма осмысленным образом.

Основной пафос и новизна подхода связаны у Франкла с третьей группой ценностей — наибольшее внимание он уделяет ценностям отношения. К этим ценностям человеку приходится прибегать, когда он оказывается во власти обстоятельств, которые он не в состоянии изменить. Но при любых обстоятельствах человек свободен занять осмысленную позицию по отношению к ним и при-

дать своему страданию глубокий жизненный смысл. Как только мы добавляем ценности отношения к перечню возможных категорий ценностей, пишет Франкл, становится очевидным, что человеческое существование никогда не может оказаться бессмысленным по своей внутренней сути. Жизнь человека сохраняет свой смысл до конца — до последнего дыхания.

Наибольшие практические достижения логотерапии связаны как раз с ценностями отношения, с нахождением людьми смысла своего существования в ситуациях, представляющихся безвыходными и бессмысленными. Франкл считает ценности отношения в чем-то более высокими, хотя их приоритет наиболее низок — обращение к ним оправдано, лишь когда все остальные возможности более активного воздействия на собственную судьбу исчерпаны.

Однако, согласно Франклу, правильно ставить вопрос не о смысле жизни вообще, а о конкретном смысле жизни данной личности в данный момент. Каждая ситуация несет в себе свой смысл, разный для разных людей, но для каждого он единственный и единственно истинный. Не только от личности к личности, но и от ситуации к ситуации этот смысл меняется.

Вопрос о том, как человек находит свой смысл, является ключевым для практики логотерапии. Франкл не устает подчеркивать, что смыслы не изобретаются, не создаются самим индивидом; их нужно искать и находить. Смыслы не даны нам, мы не можем выбрать себе смысл, мы можем лишь выбрать призвание, в котором мы обретаем смысл. В нахождении и отыскании смыслов человеку помогает совесть. Совесть Франкл определяет как смы-

словой орган, как интуитивную способность отыскивать единственный смысл, кроющийся в каждой ситуации, даже если он противоречит сложившимся ценностям, когда эти ценности уже не отвечают быстро изменяющимся ситуациям. Именно так, по Франклу, зарождаются новые ценности.

Из закономерностей нахождения смысла человеком вытекают и специфические задачи и ограничения логотерапии. Ни в чьих силах, и логотерапевта в том числе, дать нам тот единственный смысл, который мы можем найти в нашей жизни, в нашей ситуации. Однако логотерапия ставит целью расширение возможностей клиентов видеть весь спектр потенциальных смыслов, содержащихся в любой ситуации. «Все, что мы можем делать, — это быть открытыми для смыслов, сознательно стараться увидеть все возможные смыслы, которые предоставляет нам ситуация, и затем выбрать один, который, насколько нам позволяет судить наше ограниченное знание, мы считаем истинным смыслом данной ситуации» (Fabry J. B., 1968).

Но найти смысл — это полдела; необходимо еще осуществить его. Человек несет ответственность за осуществление уникального смысла своей жизни. Осуществление смысла — процесс не простой, он далек от того, чтобы совершаться автоматически, коль скоро смысл найден. Франкл характеризует стремление, порожаемое смыслом, в отличие от влечений, порожаемых потребностями, как то, что требует постоянного принятия индивидом решения, желает ли он осуществить его в данной ситуации или нет. Осуществление смысла является для человека импе-

ративной необходимостью по причине конечности, ограниченности и необратимости его бытия в мире, невозможности отложить что-то на потом, неповторимости тех возможностей, которые предоставляет человеку каждая конкретная ситуация. Осуществляя смысл своей жизни, человек осуществляет самого себя; так называемая самоактуализация — это лишь побочный продукт осуществления смысла. Тем не менее человек до последнего мгновения никогда так и не знает, удалось ли ему действительно осуществить смысл своей жизни.

Поскольку стремление к реализации уникального смысла своей жизни делает каждого человека уникальной личностью, Франкл говорит также о смысле самой личности человека, его индивидуальности. Смысл человеческой личности всегда связан с обществом, в своей ориентации на общество смысл индивида трансцендирует себя. И наоборот, смысл общества, в свою очередь, конституируется существованием индивидов.

***Сверхсмысл.*** Франкл вводит понятие сверхсмысла. Речь идет о смысле того целого, в свете которого приобретает смысл человеческая жизнь, то есть о смысле Вселенной, о смысле бытия, о смысле истории, каковой трансцендентен человеческому существованию, посему ответа на вопрос о сверхсмысле дать невозможно. Франкл подчеркивает, что из этого не следует вывод о бессмысленности или абсурдности бытия, с чем якобы приходится мириться человеку. Человеку приходится мириться с другим — с невозможностью охватить бытие в целом, с невозможностью познать его сверхсмысл. Естественно, что сверхсмысл осуществляется независимо от жизни отдельных индивидов.



**Экзистенциальный вакуум и экзистенциальная фрустрация.** Общая жалоба сегодняшних пациентов — отсутствие смысла жизни (Паттерсон С, Уоткинс Э., 2003). Они охвачены переживаниями своей внутренней пустоты, они попадают в ситуацию, которую Франкл называет «экзистенциальным вакуумом» (Frankl V. E., 1985). При отсутствии инстинктов, руководящих их поведением, и исчезновении традиций, определяющих выбор, люди, сталкиваясь с необходимостью делать выбор, не знают, что им делать, чего они хотят, ради чего стоило бы жить. «Этот экзистенциальный вакуум проявляется преимущественно в состоянии скуки... В действительности скука сейчас ставит перед психиатрами больше проблем, чем страдания» (Frankl V. E., 1985). В частности, одним из проявлений скуки является так называемый «воскресный невроз», представляющий собой специфическую разновидность депрессии, которая наступает человека тогда, когда все текущие дела завершены и на первый план выходит скрывающаяся за повседневной суетой пустота.

Стремление человека к смыслу также может быть фрустрировано, и в таком случае логотерапия говорит об «экзистенциальной фрустрации». Термин «экзистенциальный» мы будем использовать для обозначения:

- 1) самого существования, то есть специфически человеческого способа бытия;
- 2) смысла существования;
- 3) стремления к отысканию конкретного смысла в личном существовании, то есть воли к смыслу.

Экзистенциальная фрустрация также может привести к неврозу. Для этого типа невроза логотерапия изобрела

термин «ноогенный невроз», в отличие от невроза в обычном смысле этого слова, то есть психогенного. Ноогенный невроз происходит не в психологической, но, скорее, в ноологической сфере (от греческого «ноос» — разум, дух, смысл) человеческого существования. Это еще один логотерапевтический термин, обозначающий нечто, принадлежащее к «духовному» ядру человеческой личности. Следует, однако, иметь в виду, что в контексте логотерапии понятие «духовный» не имеет первично религиозной коннотации, а относится к специфически человеческой сфере духа. Экзистенциальный вакуум — широко распространенное явление в XX веке. Оно и понятно: человек претерпел в ходе своего становления подлинно человеческим существом двойную утрату. В начале своей истории он утратил некоторые из базисных животных инстинктов, определявших и обеспечивавших поведение животных. Такая обеспеченность закрылась для человека навсегда, отныне ему придется самостоятельно осуществлять выбор. Однако человек претерпел и другую потерю, в более недавнем своем развитии: традиции, которые поддерживали его поведение, сейчас быстро ослабевают. Никакой инстинкт не говорит ему, что ему делать, и никакая традиция не подсказывает, что он должен делать; скоро он уже не будет знать, что он хочет делать. Все чаще и чаще он руководствуется тем, чего добиваются от него другие, все глубже и глубже погрязая в конформизме, становясь его жертвой.

Экзистенциальный вакуум проявляется прежде всего в состоянии скуки. Теперь мы понимаем Шопенгауэра, полагавшего, что человечество, видимо, осуждено вечно ко-

лежаться между двумя крайностями — лишениями и скукой. И эти проблемы угрожающе нарастают, так как прогрессирующая автоматизация производства, вероятно, ведет к значительному увеличению свободного времени. Беда в том, что многие не знают, что делать с этим свободным временем.

Давайте подумаем, например, о «воскресном неврозе», этом виде депрессии, которым страдают люди, осознающие отсутствие содержания в их жизни, когда натиск рабочей недели прекращается и делается явной своя внутренняя пустота. Немало случаев суицида можно было бы объяснить подобным экзистенциальным вакуумом. Такие распространенные явления, как алкоголизм и юношеская преступность, нельзя понять, если не учитывать лежащего в их основе экзистенциального вакуума. Это справедливо также и в отношении психологических кризисов пенсионеров и пожилых людей.

Более того, экзистенциальный вакуум проявляется в разного рода маскировках и мимикриях. Иногда фрустрированная потребность смысла компенсируется жаждой власти, включая наиболее примитивную ее форму — стремление к обогащению. В других случаях место фрустрированной потребности смысла занимает стремление к удовольствию. Вот почему экзистенциальная фрустрация часто выливается в сексуальную компенсацию. В таких случаях сексуальное либидо становится чрезмерно активизированным и агрессивным, чтобы заполнить экзистенциальный вакуум.

## КОНЦЕПЦИЯ БОЛЕЗНИ

Хотя экзистенциальные конфликты могут развиваться и без невроза, каждый невроз имеет экзистенциальный аспект. Неврозы коренятся в четырех совершенно различных слоях (или измерениях) человеческого бытия — физическом, психологическом, социальном и экзистенциальном, или духовном. Физиологические основы могут быть конституциональными (включая невропатию и психопатию), а также обусловленными (например, шок после травматического переживания), которые являются, вероятнее всего, ускоряющими факторами. Типы неврозов различаются по относительной важности каждого из этих четырех измерений. Физиологические основы не подлежат психотерапевтическому лечению, а лишь медикаментозному при значительной выраженности физиологического компонента психотерапия практически бессильна (Паттерсон С, Уоткинс Э., 2003).

***Ноогенные неврозы.*** «Ноогенные неврозы возникают не в результате конфликтов между влечениями и инстинктами, а из экзистенциальных проблем. Среди таких проблем фрустрация воли к смыслу играет значительную роль» (Frankl V. E., 1985). Нарушение происходит не в духовном измерении как таковом, к которому относится термин «поэтический», оно проявляется в психосоматических заболеваниях и расстройствах.

***Коллективный невроз.*** Некоторые особенности современного человека имеют сходство с неврозом и могут быть определены как коллективный невроз (Паттерсон С, Уот-

кинс Э., 2003). Прежде всего, это беспорядочное отношение к жизни, отсутствие долгосрочного планирования, что, по-видимому, связано с неопределенностью жизни после второй мировой войны и создания атомной бомбы. Вторым симптомом является фаталистическое восприятие жизни. Оно также возникло в результате последней войны. Теперь принято считать, что планировать свою жизнь невозможно. Третий симптом — это коллективное мышление. Человек предпочитает погрузиться в массы. В действительности он лишь тонет в массах; он отказывается от себя как от свободной и ответственной сущности. Четвертый симптом — фанатизм. Если коллективист игнорирует собственную личность, фанатик игнорирует личность другого человека. Имеет значение лишь его собственное мнение. В конечном счете, все эти четыре симптома проистекают из страха ответственности и бегства от свободы (Frankl V. E., 1986). Для преодоления коллективных неврозов требуются, скорее, психологическое просвещение и психогигиена, а не психотерапия.

**Неврозы.** Ноогенные и коллективные неврозы относятся к неврозам в широком значении этого термина. В более узком смысле невроз затрагивает преимущественно психическое измерение человека. Невроз не является ни ноэтическим, или духовным, заболеванием, ни заболеванием, касающимся лишь духовности. Более того, это всегда заболевание человека в его единстве и целостности. Психологические комплексы, конфликты, травматические переживания — это скорее проявления, чем причины невроза, который более тесно связан с дефектом развития структуры личности. Тревога хотя и не является

причиной невроза, представляет собой общий фактор, поддерживает невротический круг. Базовым элементом служит *аутиципациогения тревога*. В центре внимания может оказаться транзиторный симптом или минутная неудача в функционировании. Возникает страх рецидива симптома, подкрепляющий этот симптом, формируется невротический круг, который включает предупреждающую тревогу. Существуют два основных типа неврозов: тревожный невроз и обсессивный невроз.

**Тревожный невроз** включает в себя нарушение функционирования вазомоторной системы, нарушение эндокринной функции или конституциональный элемент. Травматические переживания действуют как провоцирующие агенты за счет фокусирования внимания на симптомах, однако за невротической тревогой кроется тревога экзистенциальная, которая, по Франклу, есть страх смерти и одновременно страх жизни в целом вследствие ощущения вины перед жизнью из-за собственного нереализованного потенциала. Этот страх сосредоточивается на конкретном органе тела или концентрируется на конкретной символической ситуации в форме фобии. Пациентка, испытывающая страх открытых пространств, описывает свою тревогу как «чувство парения в воздухе», что соответствующим образом передает и ее душевное состояние, выражением которого служит невроз. С экзистенциальной точки зрения невроз — это способ существования.

**Обсессивный невроз**, как все другие неврозы, включает конституциональный фактор предрасположенности наряду с психогенным фактором. Однако имеется также экзистенциальный фактор, отражающий выбор или решение

человека перейти к развернутому обсессивному неврозу. Франкл считает, что «пациент не несет ответственности за свои навязчивые идеи», но он «ответствен за свое отношение к этим идеям». Человек, страдающий обсессивным неврозом, не способен переносить неопределенность, напряжение между тем, что есть, и тем, что должно быть. Его мировоззрение характеризуется «стопроцентностью», или поиском абсолюта, стремлением к «абсолютной определенности в познании и решении» (Frankl V. E., 1986). Из-за невозможности достичь в жизни всего желаемого такой человек концентрируется на конкретной области, по даже после этого может преуспеть лишь частично.

**Психозы.** При неврозах симптомы и этиология носят психологический характер. При психозах — меланхолии и шизофрении — этиология физическая, а симптомы психологические.

**Меланхолия,** или эндогенный психоз, также включает в себя психогенные и экзистенциальные аспекты, или «патопластический фактор», который заключается в свободе формировать свою судьбу и определять собственное психическое отношение к болезни. Следовательно, по мнению Франкла, «далее психоз в своей основе представляет собой проверку человека, человеческих качеств психотического пациента» (Frankl V. E., 1986). Рядом со свободой психического отношения идет ответственность. Тревога, присутствующая в меланхолии, имеет физиологическую основу, но это не объясняет тревоги или вины, вызываемых преимущественно страхом смерти и совестью. «Сознательная тревога может быть понята только как тревога человека как такового: как экзистенциаль-

пая тревога» (Frankl V. E., 1986). Хотя животное тоже может страдать от тревоги, психозы у людей включают в себя основополагающий элемент человечности — экзистенциальность — помимо и прежде органического состояния.

При меланхолии физиологическая основа, или «психофизическая недостаточность», переживается уникальным для человека образом как напряжение между тем, чем человек является, и тем, каким он должен быть, между потребностью и возможностью реализации, отмечает Франкл. Эта недостаточность ощущается в виде неадекватности и проявляется в различных формах, вынося на поверхность страхи, ранее существовавшие в преморбидном состоянии: страхи неспособности заработать достаточно денег, невозможности достичь своих целей в жизни.

Меланхолик «становится слепым к ценностям, свойственным его собственному бытию», а позднее — и к внешним ценностям; вначале он ощущает себя никчемным и свою собственную жизнь бессмысленной, затем весь мир начинает видиться ему в таком же мрачном свете. Собственная недостаточность порождает экзистенциальное напряжение и чувство вины.

При *шизофрении* феномены ощущения внешнего влияния, наблюдения извне или преследования являются формами «переживания чистой объектности». Страдающий шизофренией переживает себя как объект наблюдения или преследования со стороны других людей, так, словно он трансформировался из субъекта в объект. «Страдающий шизофренией переживает себя как настолько ограничен-



ного в своих человеческих качествах, что не может больше ощущать себя действительно существующим» (Frankl V. E., 1986).

## ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ЛОГОТЕРАПИИ

Логотерапевтические методы имеют специфическую и неспецифическую сферы применения. *Специфическая сфера* — это ноогенные неврозы, порожденные утратой смысла жизни. В таких случаях используется методика сократического диалога, позволяющая подтолкнуть пациента к открытию им для себя адекватного смысла. Большую роль здесь играет личность самого психотерапевта, хотя навязывание им своих смыслов недопустимо. *Неспецифическая сфера* применения логотерапии — это психотерапия разного рода заболеваний с помощью методов, построенных на соответствующем подходе к человеку.

Две психотерапевтические техники — парадоксальная интенция и дерефлексия — специально разработаны для работы с состояниями тревоги, с обсессивно-компульсивными и сексуальными неврозами. Тревожные неврозы и фобические состояния характеризуются предупреждающей тревогой, порождающей именно те обстоятельства, которых пациент боится. В данных случаях обращаются, например, к столь характерной для человека способности к самоотстранению, как чувство юмора. Юмор дает возмож-

ность занять дистанцию по отношению к чему угодно, в том числе и к самому себе, и тем самым обрести контроль над самим собой.

**Парадоксальная интенция** Франкла построена на том, что «пациент должен захотеть, чтобы осуществили то (при фобии) или чтобы он сам осуществил то (при обсессии), чего он так опасается. При этом парадоксальное предложение должно быть сформулировано по возможности в юмористической форме» (Карвасарский Б. Д., 1998).

Чрезмерно выраженное внимание, интенция и самонаблюдение поддаются воздействию другой логотерапевтической техники, называемой **дереклексией**. Дереклексия особенно полезна в случаях мужской импотенции и неспособности достичь оргазма у женщин. Дереклексия отвлекает внимание от собственной персоны, переключая его на партнера, что устраняет требования к выполнению действия. Благодаря дереклексии пациент способен игнорировать свой невроз, фокусируя внимание вовне. Он нацеливается на жизнь, полную потенциальных смыслов и ценностей, которые апеллируют к его личным возможностям (Frankl V., 1967; Паттерсон С, Уоткинс Э., 2003).

## Рекомендуемая литература

- Айви А. Е., Айви М. Б., Саймэк-Дауниш Л.* Психологическое консультирование и психотерапия. Методы, теории и техники: практическое руководство. М., 1999.
- Александров А. А.* Интеграция принципов и методов гештальт-терапии в систему личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии // Интегративные аспекты современной психотерапии. Л., 1992.
- Александров А. А.* Психотерапия: Учебное пособие. СПб.: Питер, 2004.
- Александров А. А.* Современная психотерапия. Курс лекций. СПб., 1997.
- Аммон Г.* Динамическая психиатрия. СПб., 1995.
- Ананьев Б. Г.* Человек как предмет познания. Л.: Изд-во ЛГУ, 1969.
- Антоши Ю. М.* Психологическое отчуждение личности и преступное поведение (Генезис и профилактика дезадаптивных преступлений). Ереван: Айастан, 1987.
- Антонин Ю. М., Гульдгау В. В.* Криминальная патопсихология. М.: Наука, 1991.
- Бадмас Б. С.* Астенические состояния. М.: Медгпз, 1961.
- Бассин Ф. В.* Проблема «бессознательного» (О неосознаваемых формах высшей нервной деятельности). М., 1968.
- Березин Ф. Б.* Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л., 1988.
- Бехтерев В. М.* Избранные произведения. Л., 1954.
- Бреслав Г. М.* Эмоциональные процессы. Рига, 1984.
- Бройтгайм В., Кристиан П., Рад М.* Психосоматическая медицина / Пер. с нем. Г. А. Обухова, А. В. Бруенка. М., 1999.
- Бурлачук Л. Ф., Морозов С. М.* Словарь-справочник по психологической диагностике. Киев: Наукова думка, 1999.
- Вилюнас В. К.* Психология эмоциональных явлений. М.: Изд-во МГУ, 1976.
- Гринсон Р. Р.* Техника и практика психоанализа. Воронеж, 1994.
- Губачев Ю. М., Либих С. С.* Основы психосоматических отношений в клинике внутренних болезней. Психотерапия при соматических заболеваниях: Учебное пособие по терапии. Л., 1977.

- Зачепицкий Р. А.* О терапии поведения // Невропатология и психиатрия. 1976. № 9.
- Иванов-Смоленский А. Г.* Очерки патофизиологии высшей нервной деятельности. М., 1952.
- Изард К.* Эмоции человека. М.: Изд-во МГУ, 1980.
- Истаманова Т. С.* Функциональные расстройства внутренних органов при неврастении. М., 1958.
- Кемпински А.* Психопатология неврозов. Варшава, 1975.
- Клиническая психология* / Под ред. М. Перре, У. Бауманна. СПб.: Питер, 2002.
- Клиническая психология: Учебник* / Под ред. Б. Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2002.
- Ковалев В. В.* Социально-психологический аспект проблемы девиантного поведения у детей и подростков // Нарушения поведения у детей и подростков. М., 1997.
- Когнитивная психотерапия расстройств личности* / Под ред. А. Бека, А. Фримена. СПб.: Питер, 2002.
- Когнитивная терапия депрессии*, / Под ред. А. Бека, А. Раш, Б. Шо, Г. Эмери. СПб.: Питер, 2003.
- Кондратенко В. Т., Донской Д. И.* Общая психотерапия. Минск: Наука и техника, 1993.
- Краткий психологический словарь* / Под ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. 2-е изд., расш., испр. и доп. Ростов-на-Дону: Феникс, 1998.
- Кржечковский А. Ю.* Самосознание подростков с делинквентным и криминальным поведением // Сб. научн. тр. / Под ред. М. М. Кабанова Л., 1991. Т. 128.
- Левитов Н.Д.* О психических состояниях человека. М.: Просвещение, 1964.
- Левитов Н.Д.* Психическое состояние агрессии // Вопросы психологии. 1972. № 6.
- Левитов Н.Д.* Психическое состояние беспокойства, тревоги // Вопросы психологии. 1969. № 1.
- Леонгард К.* Акцентуированные личности. Киев: Вища школа, 1981.

- Личко А. Е.* Подростковая психиатрия: Руководство для врачей. Изд. 2-е, доп. и перераб. Л.: Медицина, 1985.
- Личко А. Е.* Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л.: Медицина, 1983.
- Менделевич В. Д.* Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство. М., 1998.
- Мерлин В. С.* Личность как предмет психологического исследования. Пермь, 1988.
- Мэй Р.* Искусство психологического консультирования. М., 1994.
- Мясищев В. И.* Личность и неврозы. Л.: Изд-во ЛГУ, 1960.
- Нельсон-Джоунс Р.* Теория и практика консультирования. 3-е международное издание. СПб.: Питер.
- Павлов П. П.* Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных // Сборник статей. М.; Л., 1938.
- Паттерсон С, Уоткинс Э.* Теории психотерапии. 5-е изд. СПб.: Питер, 2003.
- Перлз Ф. С.* Внутри и вне помойного ведра. СПб., 1995.
- Перлз Ф. С.* Опыты психологии самопознания. М., 1993.
- Перлз Ф. С, Гудмен П., Хефферлин Р.* Практикум по гештальт-терапии. СПб., 1995.
- Петровский А. В.* Вопросы истории и теории психологии. М.: Педагогика, 1984.
- Платонов К. К.* Структура и развитие личности. М.: Наука, 1986.
- Пошивалов В. П.* Экспериментальная психофармакология агрессивного поведения. Л.: Наука, 1986.
- Психотерапевтическая энциклопедия* / Под ред. Б. Д. Карвасарского. СПб.: Питер Ком, 1998.
- Раттер М.* Помощь трудным детям / Под ред. А. С. Спиваковского. М.: Прогресс, 1987.
- Рейковский Я.* Экспериментальная психология эмоций. М.: Прогресс, 1979.
- Рейнуотер Дж.* Это в ваших силах. Как стать собственным психотерапевтом / Под ред. Ф. Е. Василюка. М.: Прогресс, 1992.

- Ротеиберг В. С., Аршавский В. В.* Поисковая активность и адаптация. М.: Наука, 1984.
- Симонов Я. В.* Эмоциональный мозг. М.: Наука, 1981.
- Соколов Е.И., Белова Е.В.* Эмоции и патология сердца. М.: Медицина, 1983.
- Ташлыков В. Л.* Психология лечебного процесса. Л., 1984.
- Тодд Дж., Богартт А. К.* Основы клинической и консультативной психологии. СПб.: Сова, 2001.
- Торндайк Э.Л.* Принципы обучения, основанные на психологии. М., 1930.
- Федоров А. П.* Когнитивно-поведенческая психотерапия. СПб.: Питер, 2002.
- Франкл В.* Человек в поисках смысла / Под ред. Л. Я. Гозмана и Д. А. Леонтьева. М.: Прогресс, 1990.
- Фрейд А., Фрейд З.* Детская сексуальность и психоанализ детских неврозов. СПб., 1995.
- Фрейд З.* Психология. Я и защитные механизмы. М., 1993.
- Фрейджер Р., Фейдимен Д.* Личность: теории, эксперименты, упражнения. СПб., 2001.
- Фромм Э.* Анатомия человеческой деструктивности<sup>TM</sup>. М., 1994.
- Хорни К.* Невротическая личность нашего времени. Самоанализ / Под ред. Г. В. Бурменской. М., 1993.
- Хьелл Л., Зиглер Д.* Теории личности (Основные положения, исследования и применение). СПб., 1997.
- Чеснокова И. И.* Проблема самосознания в психологии. М., 1977.
- Эйдемиллер Э. Г., Кулаков С. А., Черемиси О. В.* Саморазрушающее поведение у подростков: пути исследования, проблемы и разработка методов психотерапии// Саморазрушающее поведение у подростков. Л., 1991.
- Эллис А., Драйден У.* Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии. 2-е изд. / Пер. с англ. Т. Саушгашоп. СПб., 2002.
- Bandura A.* Principles of behavior modification. New York: Holt, 1969.
- Beck A. T.* Cognitive therapy and emotional disorders. New York: International University Press, 1976.