

Макаров В.В. (составитель)
Бурно М.Е. (составитель)

РОССИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ

ХРЕСТОМАТИЯ МЕТОДОВ ПСИХОТЕРАПИИ И
ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ,
ПРИНЯТЫХ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Москва 2011
Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига

Составители: Макаров В.В., Бурно М.Е.

В первом в истории отечественной психотерапии издании хрестоматии методов (модальностей) психотерапии включены методы получившие профессиональное признание в Российской Федерации. С 2002 года в Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиге активно работает Комитет модальностей (методов) психотерапии и психологического консультирования. К моменту начала публикации выпусков хрестоматии, получили профессиональное признание всего 37 методов психотерапии и психологического консультирования. В данном первом томе хрестоматии приведена информация о восьми модальностях, получивших международное признание, главным образом в Европе. В их число входят: гипнотерапия, семейная психотерапия, экзистенциальная психотерапия, телесно-ориентированная психотерапия, позитивная психотерапия, транзактный анализ, групповой анализ, эриксоновская психотерапия и эриксоновский гипноз. Каждая статья, написанная, как правило руководителями модальностей, содержит краткое резюме модальности и фундаментальную статью о ней.

Издание рассчитано как на обучающихся психотерапии и психологическому консультированию, так и на практикующих психотерапевтов и психологов. Оно так же окажется полезным и для интересующихся нашей молодой и бурно развивающейся областью.

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|--|----|
| Предисловие..... | 4 |
| Введение. Особенности развития психотерапии на постсоветском пространстве. Подходы к классификации | |
| Психотерапия в Российской империи, Советском Союзе, Российской Федерации | |
| Макаров В.В..... | 5 |
| О клинической и психологической психотерапии (к вопросу о классификации методов (модальностей) психотерапии) | |
| М.Е. Бурно..... | 19 |
| Гипнотерапия | |
| Р.Д. Тукаев..... | 25 |
| Системная семейная психотерапия | |
| А.Я. Варга, Будинайте Г.Л. Хамитова И.Ю..... | 36 |
| ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ | |
| Баранников А.С..... | 70 |
| Телесно-ориентированная психотерапия | |
| Л.С Белогородский...М.Е. Сандомирский | 90 |

| | |
|---|-----|
| Позитивная психотерапия | |
| И. О Кирилов..... | 100 |
| ТРАНЗАКТНЫЙ АНАЛИЗ | |
| В.Е.Гусаковский..... | 126 |
| ГРУППОВОЙ АНАЛИЗ. | |
| И.В.Белокрылов, Е. М. Райзман..... | 138 |
| Эриксоновская психотерапия и эриксоновский гипноз | |
| В.А. Доморацкий | 165 |
| Терапия творческим самовыражением | |
| Бурно М.Е..... | 202 |
| Дианализ | |
| В. Ю.Завьялов..... | 219 |
| Восточная версия транзактного анализа | |
| Макаров В.В., Макарова Г.А..... | 254 |
| Ресурсно-ориентированная системная психотерапия | |
| М.Е. Сандомирский, Л.С.Белгородский..... | 278 |
| Эмоционально-образная психотерапия | |
| Линде Н.Д..... | 298 |
| Интегративно-диалоговая психотерапия | |
| Тукаев Р.Д..... | 313 |
| Экономические и организационно-методические проблемы психотерапии | |
| М.М. Решетников..... | 372 |
| Будущее психотерапии | |
| Макаров В.В. | 385 |

Предисловие.

Выход в свет н хрестоматии, посвящённой методам психотерапии, или как теперь говорят модальностям, получившим общественное, профессиональное признание в Российской Федерации незаурядное событие для психотерапии Российской Федерации, да и всей русскоязычной психотерапии, в последние десятилетия распространившейся по всему миру. Здесь будут представлены методы психотерапии, разработанные в нашей стране. Некоторые из них ещё в Советское время, другие в новейший период нашей истории. Конец восьмидесятых, девяностые годы ушедшего века в нашей области были романтическим временем, когда психотерапия представляла собой как бы бурлящий котёл множества зарубежных модальностей и около психотерапевтических подходов. Сюда же примешивались и множество предложений от отечественных авторов. Методы отечественной психотерапии теперь складывались на основе трёх краеугольных камней:

медицины, психологии, традиционных практик. И ещё философии. В медицине рассматривались как научные подходы Европейской аллопатической медицины и достижения отечественных клинических школ, так и различные, не принятые в нашей стране направления медицины в том числе: тибетского, аюрведического, гомеопатического и других не принятых в нашей стране традиционных направлений медицины. В психологии психотерапевты обратились к отечественным и зарубежным достижениям, которые могли объяснить метод психотерапии, стать его теоретической основой, дать язык новому направлению психотерапии. В традиционных практиках, получивших огромное распространение в нашей стране, мы искали новые технологии. Стремилась к пониманию того как они воздействуют на наших соотечественников. Фундаментальные представления философских школ легли в основу понимания человека, в некоторых модальностях психотерапии. За считанные, единичные годы, возникло огромное многообразие школ, направлений, методов и даже мессий, что разобраться в этом, казалось, не представлялось возможным! Да и попытки проделать такую работу оказывались неудачными. До того времени, пока за эту задачу не взялась Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига. (в дальнейшем Лига или ППЛ)

Решением четвёртого съезда Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги 24 мая, 2002 года был сформирован Комитет модальностей (методов) психотерапии и консультирования. Позади сотни заседаний, жарких дискуссий, обид, ярких демаршей, работы этого комитета. В настоящее время уже сложилось представление о психотерапевтическом ландшафте Российской Федерации.

И продолжая публикацию хрестоматии методов психотерапии и консультирования важно поблагодарить профессора психотерапии Марка Евгеньевича Бурно, бессменного председателя этого комитета. Ирину Алексеевну Чеглову- доцента, вице –президента ППЛ, редактора изданий ППЛ, ежемесячного научно-практического журнала «Психотерапия» и ежемесячной « Профессиональной психотерапевтической газеты» за многолетнее обсуждение идей выпуска хрестоматии. А так же коллег, членов комитета модальностей за большую и плодотворную работу выполненную ими на благо отечественной и мировой психотерапии. Комитет модальностей состоит из руководителей модальностей. В комитете модальностей (методов) психотерапии Профессиональной психотерапевтической лиги Российской Федерации доказали своё право на профессиональное признание следующие 37 методов психотерапии и психологического консультирования: гипносуггестивная терапия, мультимодальная психотерапия, семейная психотерапия, экзистенциальная психотерапия, российский клинический психоанализ, телесно-ориентированная психотерапия, ресурсно-ориентированная системная психотерапия, позитивная психотерапия, символдрама, трансперсональная психотерапия, нейролингвистическая психотерапия, терапия творческим самовыражением, софия–анализ, специфический релаксационный рекреативный психокатализ, клиническая психотерапия, дианализ, психодрама, эмоционально-образная психотерапия, психоорганический анализ, транзактный анализ, интегративно–диалоговая гипнотерапия, психотерапевтическая кинезиология, эриксоновская психотерапия и эриксоновский гипноз, перинатальная психотерапия, религиозно - ориентированная психотерапия, музыкальная психотерапия, дифференцированная когнитивная терапия, клиническая психосоматическая психотерапия, групповой анализ, метод психолингвистической терапии творческим самосознанием на основе дыхательно-энергетических звукообразов, когнитивно -поведенческая психотерапия, восточная версия транзактного анализа, восточная версия

нейролингвистического программирования, системно – феноменологическая терапия и консультирование, звуковая дыхательно-эвритмическая гимнастика саморегуляции, клиент -центрированная психотерапия. Все перечисленные методы постепенно найдут своё место в томах хрестоматии: «Россия психотерапевтическая»

Макаров В.В.- профессор, председатель Общероссийского совета по психотерапии и консультированию, Президент профессиональной психотерапевтической лиги, вице-президент Всемирного совета по психотерапии, заведующий кафедрой психотерапии,и сексологии
РМАПО.

Москва, Россия, октябрь 2011 года

Введение. Особенности развития психотерапии на постсоветском пространстве. Подходы к классификации

Психотерапия в Российской империи, Советском Союзе, Российской Федерации

Макаров В.В.

Сегодня мы ощущаем себя как частью Европы, так и частью Азии. И осознаем себя в качестве самостоятельного исторического, географического, культурного, психологического и психотерапевтического пространства.

Первые шаги научной психотерапии в России прослеживаются уже с конца XVIII - начала XIX века и связаны с именами Н.И. Новикова, А.Н. Радищева, А.И. Галича и других просветителей-философов, психологов, педагогов. Здесь важно отметить, что психотерапия развивалась в её философской и психологической модели. А так же в медицинской модели при помощи выдающихся врачей выдающихся врачей того времени С.Г. Зыбелина, М.Я. Мудрова, И.Е. Дядьковского. Они заложили основы понимания психогенных заболеваний, психосоматических соотношений, роли личности в патологии и психологической терапии. Сама психотерапия началась с суггестивных подходов, с традиционного гипноза. Во второй половине XIX века изучением гипноза занимались видные врачи: В.Я. Данилевский, А.А.Токарский, В.М. Бехтерев, И.Р.Тарханов. Именно гипноз несколько десятилетий лежал в основе развития психотерапии в России. Впрочем, так происходило и в Западной Европе. А с конца XIX века в нашей стране начал активно развиваться ещё и психоанализ. З. Фрейд в то время был хорошо известен в России и как и везде его учение вызывали большие споры. Вопросам психоанализа особое внимание уделяли такие известные профессионалы, как Н.Е. Осипов, Н.А.Вырубов, М.М. Асатиани, М.В. Вульф, И.Д. Ермаков, А.Р. Лурия, С.Я. Лифшиц.

В 1911 году сложилось Русское психоаналитическое общество. Просуществовав немногим более десяти лет, оно прекратило свою работу в связи с мировой войной и последующими революциями. И только в 1990 году была вновь создана Российская психоаналитическая ассоциация. А психоаналитики, в своём большинстве, активно проявили свой талант в других областях науки. Это те, кто успел вовремя перестроиться. С учётом требований тоталитарного государства. Тех, кто не успел вовремя отказаться от идей психоанализа, были репрессированы.

И всё же, своеобразие развития российской психотерапии определялось влиянием идей нервизма, набравших силу в русской медицине начиная со второй половины XIX века. В 1866 году была опубликована книга И.М. Сеченова “Рефлексы головного мозга”. Именно И.М. Сеченов и, далее, И.П. Павлов убедительно доказывали, что в основе психических явлений лежат материальные физиологические процессы, происходящие в головном мозге, которые могут быть изучены объективными методами. В дальнейшем, учение И.П. Павлова и его многочисленных учеников послужило одной из теоретических основ бихевиоризма. А в нашей стране, это учение на несколько десятилетий было объявлено и признанно единственно правильным, государственным учением и только оно объясняло психические явления. Сугубо материалистические подходы отечественной психотерапии представляются как её достижениями, так и большим ограничением

В Советская время в основном развивался гипноз, который сейчас называется традиционным или классическим гипнозом, и аутогенная тренировка, по Шульцу. Теорией и практикой гипноза успешно занимались В.М.Бехтерев, К.И. Платонов, В.Е. Рожнов и многие другие исследователи и врачи. Они последовательно развивали идеи нервизма. Широкое распространение получила эмоционально-стрессовая психотерапия В.Е. Рожнова, включающая индивидуальную и групповую гипносуггестивную терапию различных форм патологии. Это направление сформировалось в Московскую школу психотерапии, вернее составила её основу.

В противовес ей сложилась Ленинградская школа – Мясищева В.Н., Карвасарского Б.Д. Здесь избегают гипноза, развивая отечественный вариант психодинамической психотерапии, который получил название "патогенетической". На основе патогенетической психотерапии сформировалась личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия Карвасарского Б.Д. – Исуриной Г.Л. – Ташлыкова В.А..

Советская психотерапия уже два с половиной десятилетия как, стала достоянием истории. Она стремилась стать частью научной медицины, всецело полагаясь на свои естественнонаучные основы. И при этом полностью отрицала самую возможность применения в теории или на практике нематериалистических философских или психологических концепций.

В Советское время сложилось особое, доминирующее направление психотерапии, получившее название “клиническая психотерапия”, которая использует парадигмы психотерапии, психиатрии. В этом направлении психотерапии психология занимает совсем небольшое, подчинённое место. Клиническая психотерапия получила наибольшее развитие в психиатрии для лечения пограничных психических состояний и в наркологии при терапии некоторых форм зависимостей. Кроме того, клиническая психотерапия

развивается в психосоматической медицине, кардиологии, онкологии, гинекологии. Самостоятельными ее разделами являются психотерапия детей и подростков.

Наиболее широко клиническая психотерапия используется для лечения неврозов, зависимостей, посттравматических синдромов, пограничных расстройств личности. Здесь она выступает в качестве основного или даже единственного метода лечения. Психотерапия ограничено применима и при лечении расстройств психотического уровня. В то же время большинство психотерапевтов прилагает свои усилия для продления ремиссий и поддержания их качества. В работе с зависимостями, после проведения дезинтоксикации и нормализации физического состояния пациентов, психотерапия часто является основным способом закрепления и поддержания отказа от употребления средств, вызывающих зависимость. Психотерапевты в психосоматической медицине предпочитают работать вместе с врачами-интернистами. Здесь широкое поле приложения психотерапевтических усилий. Как в острых состояниях заболеваний, так и в периоды улучшений и ремиссий.

Важно обратиться к ещё одному, мало востребованному аспекту медицинской модели психотерапии. Из всех медицинских специальностей, только психотерапевт видит человека в его целостности и связях с окружающим миром и обществом. И может консультировать как пациентов, так и врачей, по вопросам лечения и реабилитации. Сегодня это единственный специалист, исповедующих интегративный или даже холистический подход в своей работе.

Специалист в области клинической психотерапии до недавнего времени всегда, и теперь ещё почти всегда врач-психиатр, получивший дополнительное образование в области психотерапии. Такой специалист назначает и проводит и лечение при помощи психотропных средств. Именно психотерапевты часто выступают в качестве экспертов назначения тех или иных нейролептиков, антидепрессантов или транквилизаторов. Их дозировки и длительности приёма.

Сложившаяся в советское время клиническая психотерапия и сегодня продолжает интенсивно развиваться. Она является нашим национальным достижением. И вместе с тем, Министерство Здравоохранения и Социальной Защиты Российской Федерации сосредоточило всё своё внимание на клинической психотерапии. Воспринимая её так, будто ею исчерпывается вся психотерапия. Только по клинической психотерапии у нас в стране есть регламентирующие, официальные документы, в форме специальных приказов Министерства Здравоохранения и Социальной Защиты. Действительно психотерапия на протяжении ряда десятилетий не только воспринималась, но и реально являлась одной специальностью, где внутри отсутствовала специализация. И только три последних десятилетия бурно развиваются многие направления психотерапии. С сама психотерапия из единой психотерапии превратилась в множество психотерапий. Об этом мы будем сообщать немного ниже.

После распада Советского Союза, на севере Азии психотерапия наиболее интенсивно развивается в Российской Федерации и республике Казахстан. Бывшие Советские республики Европейской части страны, каждая пошла своим путём. Психотерапия Белоруссии развивается в тесной связи с Российской психотерапией. На Украине психотерапия её западной части развивается по стандартам Европейской Ассоциации Психотерапии, тогда как в Восточной, Центральной и Южной части хорошо представлены традиции Советской психотерапии и сотрудничество с современной российской психотерапией. В Литве и Латвии психотерапия развивается в русле Европейской Ассоциации Психотерапии. В Эстонии сильны влияния скандинавских соседей. В Армении, Грузии и Молдавии психотерапия не получила бурного развития, в послесоветские годы. Близкая ситуация и в Азербайджане.

С конца восьмидесятых – начала девяностых годов XX века российская психотерапия вновь начала обращаться к психотерапии стран Запада. Специалисты из нашей страны начали обучаться в странах Западной Европы и Северной Америке. Из этих стран к нам начали приезжать представители разных школ психотерапии. Важно отметить, что в числе обучающихся западным методам психотерапии наших соотечественников специалистов с базовым психологическим образованием было и есть значительно больше чем врачей. В нашей стране, до этого времени, психологи практически не занимались психотерапевтической практикой. Они преподавали психологию, занимались диагностикой, теоретической работой. И поэтому всякая информация по психотерапии представлялась им открытием и откровением. И с начала девяностых годов в нашей стране складывалась уникальная ситуация, когда активно действует сразу пять типов профессионалов, психотерапия для которых являет собой различную реальность.

Первая их них- реальность Советской психотерапии. Как известно, психотерапия — социально зависимая область. Тоталитарное государство не поощряло индивидуальные различия, а стремилось создать унифицированного человека-исполнителя, духовная жизнь и судьба которого определялись бы спущенными сверху инструкциями и догмами. И психотерапия в этом обществе нужна была особая: патерналистическая, директивная, простая, понятная, материалистическая и легко тиражируемая.

Д.А. Стехликова (1999) характеризует советскую психотерапию как заколдованную своей научно-медицинской и эмпирически-прагматической исключительностью, а на самом деле культурной изолированностью, оторванностью от своих историко-культурных, социологических, психологических, философских и всех остальных возможных корней. И все же советская психотерапия развивалась.

В 1966 году в Московском Центральном институте усовершенствования врачей была открыта кафедра психотерапии. Ее основателем и бессменным руководителем, на протяжении 33 лет, был профессор В.Е. Рожнов. На базе кафедры в последующем был сформирован Всесоюзный научно-методический центр по психотерапии. Кафедра и центр занимались в основном гипнозом, аутогенной тренировкой, рациональной психотерапией.

Центру удалось сформировать у граждан и даже у врачей представление, что в психотерапии нет ничего интересного и важного, кроме клинической психотерапии. Ему удавалось сдерживать, не допускать в профессиональную

среду информацию о множестве других методов психотерапии, получивших распространение в мире.

Сложившаяся школа психотерапии называлась Московской. Она соответствовала заказу тоталитарного государства. А такое государство в любой стране всегда подавляет разнообразие психотерапии. Несмотря на это, в недрах Московской школы складывались новые, авторские направления психотерапии. Например, развивая концепцию эмоционально-стрессовой психотерапии, во Всесоюзном Центре развивалась клиническая терапия духовной культуры (терапия творческим самовыражением).

Иной точки зрения придерживались ученые, принадлежавшие к Ленинградской школе психотерапии. Многие из них работали в Научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.Н. Бехтерева и развивали идеи В.Н. Мясищева. Здесь избегали гипноза и занимались личностно-ориентированной психотерапией, причем как индивидуальной, так и групповой. На базе этой школы в последующем сложился Всероссийский Федеральный научно-методический центр по психотерапии и медицинской психологии.

Применительно к сегодняшнему дню уже не точно говорить о Московской и Санкт-Петербургской школах психотерапии: и в Москве, и в Санкт-Петербурге существует множество психотерапевтических начинаний, направлений, концепций, коллективов и групп.

Мы живем в невероятное время, когда история нашей профессии делается каждый день, прямо у нас на глазах и зачастую с нашим участием. В большей мере это касается психотерапии. Из всех медицинских специальностей, занятых психическим здоровьем, психотерапия претерпела наибольшие изменения.

Первая реальность — советская психотерапия — все больше становится достоянием истории. Она стремилась стать частью научной медицины, искала свои естественнонаучные основы. И полностью отрицала свой нематериалистический, философский, психологический базис и тем более свою родственность с народными эзотерическими практиками. И все же важно осознавать крайнюю медлительность в изменении общественного сознания. Поэтому методы и подходы советской психотерапии еще долго будут востребованы гражданами нашей страны. Для этого у нас есть и подготовленные профессионалы. В модели советской психотерапии подготовкой специалистов занимались институты и факультеты усовершенствования врачей. Выдавались государственные сертификаты. Они признавались государством по всей стране. Достаточно стройная система такой подготовки до настоящего времени сохранилась и функционирует.

Вторая реальность — подходы проповедников западной психотерапии. Новое движение в психотерапии началось далеко за пределами профессионального сообщества, в среде, критиковавшей советский строй и ставящей своей целью его свержение, — в среде диссидентов. Это еще раз подчеркивает антагонизм современной психотерапии и тоталитарного государственного устройства. Из-за железного занавеса, разделявшего нашу

страну и развитые страны, к нам попадали отдельные психотерапевтические издания. Они переводились и распространялись в ксерокопиях. А когда этот занавес лишь немного приподнялся, таких изданий стало резко больше. В большей степени они касались психотерапии западного мира. Впрочем, не обходились стороной и концепции Востока, чаще опять же через призму западного опыта. Этими изданиями интересовались научные сотрудники, представители творческой интеллигенции, некоторые врачи и отдельные психологи. Переводились книги. И каждая такая книга становилась событием, открывающим новые горизонты. Ксерокопии книг распространялись по стране. Сложились группы людей, специализирующихся на распространении ксерокопий переводов книг. В последующем часть этих переводов была издана типографским способом. Появились сторонники тех или иных направлений психотерапии, проповедующие эти учения. Вслед за ними появились те, кто проповедовал свои авторские подходы, основанные на зарубежных концепциях. И те и другие были самоучками, почти всегда талантливыми людьми и мало образованными как профессионалы психотерапии. Часть из них так самоучками и остались. Другие, смогли получить достаточное образование.

Собрания интересующихся новыми подходами проходили негласно, в малых, неформальных группах. Впрочем, начались единичные и более многочисленные встречи. Так в рамках свобод, дарованных советским правительством Новосибирскому Академгородку, в 1980 году прошла первая конференция по социально-психологическому тренингу, где не только читались лекции, но и проводились сами тренинги. Несколькими годами позже такие тренинги стали проводиться в столицах. Проповедники зарубежной психотерапии сосредоточились на пропаганде новых психотерапевтических подходов и образовании своих сторонников. И в меньшей степени, точнее даже лишь единицы из них, занимались психотерапевтической практикой. Обученные ими специалисты сразу приступали к обучению новых желающих, благо недостатка в таких желающих не было. Так осуществлялось наше первое массовое открытие зарубежной психотерапии.

За истекшие два с половиной десятилетия произошли события, последствия которых таковы: разочарование специалистов в отечественной психотерапии; бурное вторжение зарубежных, в основном западных, концепций, методик и техник; размежевание и автономное развитие специалистов республик, регионов, отдельных направлений психотерапии; выход психотерапии за рамки медицины; интерес к познанию психотерапии широких слоев профессионалов и парапрофессионалов; формирование негосударственных структур, занятых психотерапией, центров и общественных организаций в области психотерапии.

Начиная с восьмидесятых годов психотерапия была занята освоением новых методов и технологий. И в этой области открывались все новые захватывающие возможности.

Наиболее интенсивно освоение новых методов началось в Сибири. Там отсутствовали сложившиеся школы советской психотерапии, да и административные ограничения по идеологическим мотивам были менее последовательны. Этот своеобразный взрыв развития психотерапии на востоке страны характеризовался: демократичностью, экспансией во внеклиническую среду и интересом передовой интеллигенции к психотерапии; убеждением, что концепции являются порождением своего времени, но многие техники психотерапии с ними не связаны и даже прослеживаются с древних времен; резким опережением развития практики по сравнению с теорией.

В регионах без глубоких профессиональных традиций, без сковывающих профессиональных сообществ особенно ярко проявлялись увлечения новыми методами. Они принимали характер моды, поветрия, болезни. Началось оно с транзактного анализа и нейролингвистического программирования. И параллельно с ними – различными направлениями психоанализа. Другим методом, получившим достаточно широкое распространение, является гештальт-терапия. Данный подход достаточно быстро занял свою довольно обширную нишу. Гештальт-терапия в нашей стране часто соседствует или даже объединяется с психодрамой — еще одним современным классическим методом западной психотерапии.

Популярностью пользовалась психотерапия по Милтону Эриксону, телесно ориентированной терапии, символдрамы, позитивная психотерапия. Вновь становится популярным психоанализ. В настоящее время у нас множество ассоциаций и профессиональных групп, занимающихся психоанализом. И они зачастую не находят общего языка. Президент России в 1996 году даже издал специальный указ о развитии психоанализа.

Третья реальность - психотерапия Запада и Востока, что называется «из первых рук» или в исполнении авторов методов и школ или ведущих профессионалов, мировых звезд психотерапии, стала доступна жителям нашей страны в конце восьмидесятых годов. В это время к нам в страну начали приезжать ведущие западные специалисты, среди которых были основатели школ, в том числе: Джон Гриндер, Станислав Гроф, Карл Р. Роджерс, Вирджиния Сатир, Виктор Франкл, Носрад Пезешкиан и другие. Каждый такой визит становился большим событием и давал мощный толчок развитию целых направлений психотерапии. Вместе с тем специалисты из нашей страны начали выезжать за рубеж с целью получения образования в той или другой школе психотерапии. Конечно, отдельные психотерапевты и в годы «железного занавеса» бывали за рубежом и знакомились с широким спектром современной мировой психотерапии. Однако современная зарубежная психотерапия в результате таких знакомств в нашу страну не проникла. Теперь западные специалисты и зарубежные учебные структуры выдавали обучающимся свои сертификаты. Эти сертификаты признаются профессиональными сообществами тех стран, где они выданы. Западные

специалисты не занимались регулярной практикой в нашей стране. Обычно они ограничивались демонстрацией своих методов на отдельных избранных клиентах и пациентах. Впрочем, и сами клиенты зачастую рекрутировались из участников обучающих семинаров. Таким образом, третья реальность современной психотерапии характеризуется тем, что отечественные специалисты получили возможность знакомства внутри страны «из первых рук» и обучения за рубежом современным методам психотерапии по высоким профессиональным стандартам.

Четвёртая реальность. Обученные за рубежом специалисты начали преподавать в Российской Федерации. Они достаточно быстро сформировали свой рынок, что позволило им открыть небольшие образовательные структуры. И если третья реальность касалась в основном столиц — Москвы и Санкт-Петербурга, то теперь обучение было организовано и в регионах. Более того, отечественные специалисты оказались успешнее в трансляции западных методов психотерапии, чем их зарубежные коллеги и наставники. Это и понятно. Российские специалисты хорошо информированы о специфике менталитета своих сограждан, об особенностях их обучаемости. Отличие от западных — отечественные наставники могут уделить обучающимся больше времени. В настоящее время сложились отечественные обучающие структуры по гештальт-терапии, психодраме, символдраме, нейролингвистическому программированию, психотерапии по М. Эриксону, трансперсональной терапии, транзактному анализу, позитивной психотерапии, телесно ориентированной, системным семейным расстановкам и некоторым другим направлениям современной западной психотерапии и многим вариантам психоанализа. Данные структуры выдают сертификаты, признаваемые этими структурами, их материнскими учреждениями за рубежом и складывающимися у нас сообществами профессионалов данного направления психотерапии. Российские профессионалы, обученные зарубежным методам психотерапии, обычно посвящают себя образовательной деятельности. Меньший интерес у них вызывает участие в психотерапевтической практике. Таким образом, в четвертой современной реальности психотерапии западные методы транслируются в различные регионы нашей страны отечественными профессионалами, получившими образование за рубежом. Есть и пятая, новейшая реальность психотерапии.

Вхождение в международную систему психотерапии — пятая реальность. Со второй половины девяностых годов началось осознанное восприятие нашей психотерапии как входящей в систему европейской психотерапии. Причем это движение навстречу! Крупнейшее сообщество психотерапевтов — Европейская Ассоциация Психотерапии, которое объединяет по принципу принадлежности к профессии, а не к какой-то одной конкретной школе, совместно с Профессиональной Психотерапевтической Лигой приступило к реализации образовательных проектов Европейского

сертификата психотерапевта. Специалисты, работающие в России, впервые получили реальную и широкую возможность получения образования европейского уровня. Причем такое образование могут получить не отдельные профессионалы, проживающие в столицах, а сотни, а в последующем и тысячи желающих во всех концах нашей большой страны. При данной профессиональной подготовке полностью признается программа обучения по Российскому сертификату врача-психотерапевта. И полностью включает ее как первую ступень образования по программе Европейского сертификата психотерапевта. Последний диплом задуман как единый документ, позволяющий специалистам свободно работать во всех странах объединенной Европы без сдачи экзамена по специальности.

Важно отметить, что все своеобразие отечественной психотерапии бережно сохраняется. И вместе с тем мы выходим на европейский образовательный уровень. Важнейшее отличие отечественной психотерапии — ее эклектизм. Есть эклектизм старый — когда специалисты пытались использовать все знания и умения, которые они могли получить, в своей практике. Эклектизм современный, новый основывается на том, что профессионалы выбирают из огромного числа предложений то, что подходит им. И это можно получить в рамках обучения по программе Европейского сертификата психотерапевта. А в Европе стандарты образования в области психотерапии сложились с двадцатых годов прошлого столетия. То есть уже имеют семидесятилетнюю историю. Кроме того, психотерапия уже не принадлежит какой-то другой специальности, а успешно складывается в самостоятельную профессию, весьма востребованную обществом.

В 2007 году в Европейской ассоциации психотерапии утверждены следующие 31 модальность психотерапии: - Аналитическая психология (К.Г. Юнг);- Аутогенная тренировка;- Бихевиоральная терапия;- Биоэнергетический анализ;- Биосинтез;- Телесноориентированная психотерапия;- Клиентцентрированная психотерапия;- Коммуникативная психотерапии;- Динамическая групповая психотерапия;- Экзистенциальный анализ;- Гештальт-терапия;- Гештальт-теоретическая психотерапия;- Групповой психоанализ;- Групповая психотерапия;- Гипнопсихотерапия;- Индивидуальная психология;- Интегративная гештальт-терапия;- Интегративная психотерапия;- Кататимно-имагинативная психотерапия;- Логотерпия;- Мультимодальный подход;- Нейролингвистическая психотерапия;- Личностноориентированная психотерапия;- Позитивная психотерапия;- Психоанализ;- Психодрама;- Психодинамическая/Психоаналитическая психотерапия;- Психоорганический анализ;- Психосинтез;- Системная семейная терапия;- Транзактный анализ.

В Российской Федерации представлены все названные методы. А мультимодальный подход является национальным Российским вариантом психотерапии, впрочем распространённым и в других странах. Таким образом, в новейшей реальности отечественной психотерапии мы входим в качестве равноправных членов в систему европейской психотерапии.

Отечественная психотерапия испытывает и значительное влияние, исходящее от психотерапии Северной Америки. Отчасти это модальности, пришедшие в США из Европы. Есть и разработанные в самой Америке подходы. Среди них наибольшее распространение получили: нейролингвистическое программирование, психотерапия М. Эриксона, транзактный анализ, трансперсональная и процессуально – ориентированная психотерапии. Американские подходы отличаются чёткостью, структурированностью, логической завершённостью, технологизмом. Отличаются и жёстким требованием неуклонного следования установленным правилам и стандартам.

Вслед за восторженным принятием западных методов психотерапии наступило некоторое разочарование в их эффективности в условиях нашей страны. Они критиковались за их избыточную технологичность и низкую духовность, низкий патернализм, необходимость длительных курсов терапии. Данное критическое отношение привело профессионалов нашей страны к развитию усилий по трём направлениям: модификации западных модальностей; изучению духовных практик Востока и России, интенсификации усилий по созданию собственных, отечественных методов. В настоящее время российские модификации западных методов психотерапии уживаются рядом с данными методами. Духовные практики обогащают психотерапевтическую практику, интенсифицируется не прекращавшийся процесс создания новых отечественных модальностей психотерапии.

Сегодня карта психотерапии в нашей стране представлена как Западными методами психотерапии, так и национальными.

Европейские модальности: групп - анализ; гештальт – терапия; семейная системная психотерапия; экзистенциальная психотерапия; телесно-ориентированная психотерапия; позитивная психотерапия; символдрама; трансперсональная психотерапия; нейролингвистическая психотерапия; софия–анализ; психодрама; психоорганический анализ; транзактный анализ; гипнотерапия; семейные системны расстановки по Хеленгеру. Различные направления и школы психоанализа и психоаналитически ориентированной психотерапии складываются в отдельные, отчасти дружественные психотерапии сообщества и группы.

Основной тенденцией, зоной нашего профессионального роста ближайших лет и десятилетий является пятая реальность — наше вхождение и интеграция в международную систему психотерапии. Это длительный и достаточно медленный процесс. Он во многом зависит от активности каждого профессионала. И каждый специалист, желая или не желая этого, участвует в создании истории современной психотерапии!

Особенно большое значение для развития психотерапии в Российской Федерации приобрели наши тесные контакты с Европейской Ассоциацией Психотерапии, Азиатской Федерацией Психотерапии и Всемирным Советом по Психотерапии. У нас развиваются основные методы европейской и мировой психотерапии.

Вместе с тем, традиционная духовная ориентация жителей России требует дополнения европейской психотерапии традиционными народными практиками и современными психотерапевтическими подходами стран Азии. И дальнейшее развитие психотерапии мы видим в объединении идей и технологий психотерапии Европы и традиционных духовных практик и новой психотерапии Азии.

С 2003 года Российская психотерапия активно интегрируется с психотерапией Азии. Это осуществляется через Азиатскую федерацию психотерапии. Мы очень рассчитываем обогатить нашу национальную психотерапию духовными практиками стран Азии. Многие духовные практики, получившие распространение в странах Азии, в первую очередь в Индии, содержат в себе психотерапевтические концепции и системы технологий. И, несомненно, могут быть использованы для обогащения психотерапии в России, Европе во всем мире. В 2007 году в Российской Федерации, городе Екатеринбурге, состоялся 1У паназиатский конгресс по психотерапии. Это было самое крупное. Из когда-либо проводившихся, собрание психотерапевтов и психологов консультантов на азиатской территории Российской Федерации.

Можно констатировать, что со второй половины девяностых годов мы входим во Всемирное движение в области психотерапии. Наши связи со Всемирным Советом по Психотерапии непрерывно укрепляются. Делегации нашей страны всегда многочисленны на Всемирных конгрессах, мы активно участвуем в публикациях и международных конгрессах.

Всемирный Совет по психотерапии выдаёт Всемирный сертификат психотерапевта по следующим направлениям психотерапии и модальностям: Психодинамическая / психоаналитическая психотерапия (З. Фрейд, К.Г. Юнг, А. Адлер и т.д.);

Бихевиоральная и когнитивная психотерапия;
Семейная терапия, сексуальная терапия, терапия пар
Групповая психотерапия;
Личностно-ориентированная психотерапия (К. Роджерс)
Гештальт терапия
Транзактный анализ; Психодрама; Экзистенциальная терапия
Телесноориентированная терапия;
Экспрессивная психотерапия
Гипносихотерапия;
Интегративная психотерапия;
Детская и юношеская психотерапия;
Морита;

Подводя итог, важно отметить, что психотерапия готова сотрудничать со многими, а принадлежит сама себе. Можно уверенно сказать, что новая мировая волна развития психотерапии набирает силу. Она идет из Европы - родины психотерапии. И важно, что наша отечественная психотерапия включена и достойно представлена как в европейском, так и в Азиатском и мировом процессе развития нашей профессии.

В комитете модальностей (методов) психотерапии Профессиональной психотерапевтической лиги Российской Федерации доказали своё право на профессиональное признание следующие методы психотерапии и психологического консультирования 40 методов психотерапии и психологического консультирования:

1. Гипносуггестивная терапия, 2. Мультимодальная психотерапия, 3. Семейная психотерапия, 4. Экзистенциальная психотерапия, 5. Российский клинический психоанализ, 6. Телесно-ориентированная психотерапия, 7. Ресурсно-ориентированная системная психотерапия, 8. Позитивная психотерапия, 9. Символдрама, 10. Трансперсональная психотерапия, 11. Нейролингвистическая психотерапия, 12. Терапия творческим самовыражением, 13. София-анализ, 14. Специфический релаксационный рекреативный психокатализ, 15. Клиническая психотерапия, 16. Дианализ, 17. Психодрама, 18. Эмоционально-образная психотерапия, 19. Психоорганический анализ, 20. Транзактный анализ, 21. Интегративно-диалоговая гипнотерапия, 22. Проективная гипнотерапия, 23. Интегративно-диалоговая психотерапия, 24. Психотерапевтическая кинезиология, 25. Эриксоновская психотерапия и эриксоновский гипноз, 26. Перинатальная психотерапия, 27. Эустрессовая терапия невротических расстройств, 28. Религиозно-ориентированная психотерапия, 29. Дифференцированная когнитивная терапия, 30. Музыкальная психотерапия, 31. Метод психолингвистической терапии творческим самосознанием на основе дыхательно-энергетических звуко-образов, 32. Клиническая психосоматическая психотерапия, 33. Групповой анализ, 34. Когнитивно-поведенческая психотерапия, 35. Восточная версия транзактного анализа, 36. Мотивационно-резонансная трансформация при алиментарном ожирении, 37. Восточная версия нейролингвистического программирования, 38. Системно-феноменологическая терапия и консультирование. Системные расстановки, 39. Клиент-центрированная психотерапия, 40. Этический персонализм

В настоящее время наши отечественные направления психотерапии могут соискать признание в качестве международных методов, как теперь говорят модальностей, в Европе. Из распространённых у нас методов психотерапии уже сегодня, уверенно претендовать на европейский уровень признания могут: клиническая психотерапия, личностно-ориентированная реконструктивная психотерапия, терапия творческим самовыражением, дианализ и некоторые другие. Тогда эти методы будут изучаться и применяться как в нашем государстве, так и в остальных 46 странах Европы.

Отечественная психотерапия продолжает интенсивно развиваться. Прогресс налицо во многих методах психотерапии, представляющих её

ядерную, гениальную часть. Прогресс отмечается во всех семи её моделях: медицинской, психологической, педагогической, социальной, философской, эзотерической и эклектической. Сами модели складываются когда ядерная психотерапия дополняется и наполняется дополнительным содержанием.

Медицинскую модель мы уже обсуждали выше. Психологическая модель психотерапии сегодня наполняется психологическим консультированием, коучингом, медиацией, различными формами групповых тренингов и многим другим. Педагогическая модель развивается медленнее, чем нам того хочется. В её рамках осуществляется работа с обучающимися, педагогами, родителями. Проводится психологическая оптимизация учебного процесса. Социальная модель психотерапии направлена на всё общество. Она успешно реализуется через средства массовой информации. Сегодня психологи и психотерапевты широко представлены в программах телевидения и радио, во многих массовых газетах и журналах. Философская модель представлена экзистенциальной и экзистенциально-гуманистической психотерапией. Философией XX века стал и психоанализ. Из отечественных методов важно назвать дианализ. Эзотерическая модель представлена трансперсональной и процессуальной психотерапией, другими направлениями – взаимодействующими с традиционным целительством. И, конечно, традиционным для нас является эклектическая психотерапия. Один из главных вариантов её развития получил название - система полимодальности. Эта система развивается на трёх своих уровнях: эклектическом, интегративном и системном. Важно отметить, что нематериалистические варианты психотерапии достаточно легко нашли своё место и своих сторонников на отечественной почве. Связано это с тем, что отечественная психология богата различными теоретическими направлениями, которые до последних десятилетий не получали должного развития в психотерапии.

В нашей психотерапии сложилась своеобразная ситуация и в образовании. Со середины шестидесятых годов прошлого столетия и до настоящего времени у нас развивается государственная система последипломного профессионального образования врачей по психотерапии. Эта система работает за счёт средств государственного бюджета. Вошедшие в Россию из стран Запада модальности предложили свои системы образования. Из признают материнские организации стран из которых пришли данные модальности. На международном Европейском уровне, те модальности, которые входят в Европейскую Ассоциацию Психотерапии, поддерживают образовательные критерии этой организации. Причём, последних два варианта образования, финансируются за счёт самих обучающихся и не государственных структур, направляющих своих сотрудников на обучение. Таким образом, сегодня в стране действуют три параллельных системы образования по психотерапии. Дальнейшее развитие образования в области психотерапии состоит, с нашей точки зрения, во взаимном проникновении и признании этих трёх систем образования.

На протяжении трёх десятилетий нашей главной задачей являлось

освоение зарубежного опыта психотерапии. Мы преуспели в этом и будем постоянно осуществлять данную работу. Вместе с тем, у нас всегда был русский путь. Он был основан на идеях нервизма, в последующем психотерапии тоталитарного государства. Сегодня у нас новая главная задача. Нам важно создать, на основе отечественного опыта, достижений мировой психотерапии, эффективную отечественную психотерапию и консультирование для человека новой России, с целью сохранения и развития его здоровья, повышения продолжительности, уровня и качества жизни и полной самореализации. И это шестая реальность отечественной психотерапии.

Библиография

- Бурно М.Е. Терапия творческим самовыражением. М.: Медицина, 2006, 304 с.
- Бурно М.Е. Клиническая психотерапия. -М.: Академический проект, ОППЛ, 2007-719 с.
- Макаров В.В., Свидро Н.Н. Всё о Профессиональной психотерапевтической лиге в 2000 году. М.: 2000, 209 с.
- Завьялов В.Ю. Необъявленная психотерапия. Библиотека психологии, психоанализа, психотерапии под редакцией профессора В.В. Макарова. М.: Академический проект, 1999. 250 с.
- Егоров Б.Е. Российский клинический психоанализ - новая школа. М.: Академический проект, ОППЛ-2002-528 с.
- Катков. А.Л. Манифесты развивающей психотерапии. Московский психотерапевтический журнал №3, 2001, с. 49-79
- Кочюнас Р. Психотерапевтические группы: Теория и практика / Пер.с лит. М.: Академический Проект, 2000.- 240 с.
- Макаров В.В. Избранные лекции по психотерапии. 2-е. изд., перераб. и доп. М.: Академический проект, 2000, 416 с.
- Макаров В.В. Психотерапия нового века М.: Академический Проект, ППЛ-2001-496 с.
- Макаров В.В., Катков А.Л. Проект Федерального Закона Российской Федерации “О профессиональной психотерапевтической деятельности” Научно-практический журнал “Вопросы ментальной медицины и экологии” 2000, Том VI № 3, с.7-17.
- Психотерапевтическая энциклопедия. Под редакцией Б.Д. Карвасарского. СПб., М., Харьков, Минск. 1998, 743 с.
- Психотерапия: новая наука о человеке. Редактор-составитель А. Притц. Екатеринбург, Деловая книга. 1999, 396 с.
- Семке В.Я. Основы персонологии. М. Академический проект, ОППЛ, 2001-476 с.
- Сидоров П.И., Парняков А.В. Введение в клиническую психологию. М.: Академический Проект, 2000, Т1 416 с,Т2 381 с.
- Сосланд А.И. Фундаментальная структура психотерапевтического метода или Как создать свою школу в психотерапии. М.: Логос, 1999, 367 с.
- Стехликова Д.А. Психотерапия в зеркале культуры. Независимый психиатрический журнал. № 2 ,1999, с. 58-68
- Учебник Психотерапия /Под ред. Б.Д. Карвасарского.-СПб: “Питер” 2000, 544 с.
- Эйдемиллер Э.Г., Юстискис В. Психология и психотерапия семьи.- СПб.: ЗАО “Издательство”Питер”, 1999, 656 с.

О клинической и психологической психотерапии (к вопросу о классификации методов (модальностей) психотерапии)

М.Е. Бурно

Российская традиционная клиническая психотерапия, основывающаяся на клиницизме, давно уже освободилась от прежней категорической убежденности в том, что она только и есть единственная подлинно научная психотерапия в мире, поскольку, как и весь клиницизм, опирается на естественно-научное, материалистическое мировоззрение. Российская клиническая психотерапия сегодня (во всяком случае в лице трезвых своих представителей) вполне осознала себя как лишь один из подходов в психотерапии наряду с, прежде всего, психотерапией психологической, основывающейся на психологической теории, и психотерапией технической (например, НЛП), развивающейся в стороне от всех теорий.

Благодаря этому освобождению, возможности свободно дышать и живо-реалистически мыслить, помогая разнообразным пациентам, клиническая психотерапия, рассматривая разнообразный психотерапевтический мир вокруг себя, видимо, способна, исходя из своей философии клиницизма, по-своему представить панораму мировой психотерапии в известной стройности, способна навести хотя бы какой-то элементарный порядок в «вавилонском смешении языков психотерапии», как давно уже принято называть в мире это смешение-неразбериху методов (модальностей) психотерапии.

Прежде, однако, поясню, что «Оксфордский словарь текущего английского языка» во многих своих изданиях толкует термин «модальность» («modality») как способ действия, способ выполнения (method of procedure). И английское «modality», и русское «модальность» происходят от латинского «modus» («способ», «образ»). Например, modus vivendi (образ жизни). Поэтому и говорим нередко вместо «способ», «метод» – «модальность». И наоборот. Наши словари иностранных слов пока термин «модальность» в психотерапевтическом смысле не толкуют. Но в термине «модальность», именно в психотерапевтическом смысле, по-моему,

существует один удобный для нас западный обобщающий оттенок. «Модальность» понимаю, чувствую шире, нежели «метод», включая в понятие «модальность» еще и «методику», даже «направление», «подход» (Бурно М.Е., 2006, с.6).

Клиническая психотерапия (В.В. Макаров считает ее разделом «медицинской модели психотерапии» (Макаров В.В., 2001, с.61) в своем глубинном, мировоззренческом, понимании (а не только при внешнем рассмотрении – как просто психотерапия больных людей («клинических случаев»)) есть, в сущности, *направление*. Это – *подход*, пронизывающий, преломляющий собою любые психотерапевтические способы воздействия на человека, прежде всего, в медицине. Эти способы (психотерапевтические «механизмы») издревле существуют в людях (внушение, гипноз, игровой «механизм» и т.д.). Начиная с XVIII века («животный магнетизм» Месмера), эти, прежде стихийные, способы, научно-практически открывались и превращались, преломлялись психотерапевтами (врачами и не-врачами) в специальные психотерапевтические методы, методики. С изучения этих основных психотерапевтических «механизмов»-воздействий (этой азбуки психотерапии) обычно и начитается вхождение будущего психотерапевта в свою специальность. Перечислю эти «механизмы»-воздействия. Это – внушение (суггестия), гипноз, рациональное (когнитивное) воздействие, активирующее, поведенческое, аналитическое, групповое, тренировочное, игровое, катарсическое, телесно-ориентированное, креативное, гештальт, психагогическое, «раненый целитель» («лечусь леча»), упование (недавнее, предложенное Ф.Е. Василюком (2007)). В зависимости от мироощущения, мировоззрения психотерапевта эти психотерапевтические «механизмы»-воздействия реализуются, преломляются в практической работе естественно-натурно, клинически, или разнообразно психологически (психоаналитически, экзистенциально-гуманистически, религиозно и т.д.). Что значит клинически? Это значит, что психотерапевт как клиницист следует, помогая пациенту, – от его клинической картины, по-гиппократовски рассматривая в

ней защитно-приспособительную работу природы и, по возможности, помогает природе защищаться совершеннее. Серьезное значение для него имеет дифференциальная диагностика, вообще достаточно серьезное знание-понимание клиники. Психологическая же психотерапевтическая помощь («психологическая модель психотерапии» - Макаров В.В., 2001, с.61) отправляется не от клинической картины, а от той или иной психологической концепции (изначально теоретической системы), которая часто претворяется в техники (психоаналитические, экзистенциально-гуманистические (например, техника эмпатии), арт-терапевтические и т.д.). Психологической психотерапией пациентов нередко занимаются медицинские психологи, поскольку здесь нет надобности во врачебном изучении клинической картины. Здесь не важна нозология страха, навязчивости, проблемы и т.п. Психолог или работающий психологически врач «прорабатывают» все это по-своему, концептуально. Чаще психологи-психотерапевты работают со здоровыми людьми (клиентами) с различными душевными трудностями или для успеха клиента в жизни – и это, по существу, нередко есть психопрофилактика душевных расстройств.

Покажу на примерах, как именно некоторые психотерапевтические «механизмы»-воздействия могут у клинициста работать *клинически*, а у психологически-ориентированного (в широком смысле) психотерапевта – *психологически*. Клиницист, психотерапевтически работающий с депрессивным пациентом рационально (по Полю Дюбуа), разъясняет и убеждает, *исходя из клинических особенностей* данной депрессии, из личностных особенностей пациента, как делают это, например, Пауль Кильхгольц (см.: Фридман А.М., 1990) или Владимир Петрович Колосов (1985). Психологически-ориентированный психотерапевт помогает депрессивному больному, например, *исходя из концепции* «депрессивной мысли» Аарона Бека (1996) или другой когнитивной концепции – концепции Рационально-эмотивной терапии Альберта Эллиса (1994). Когнитивная терапия, думается, в сущности, и отличается от клинической, естественно-

научной рациональной терапии своей концептуальностью. Или возьмем аналитический «механизм»-воздействие (исследование «происков» бессознательного). Возможно толковать эти «происки», исходя из фрейдовской, адлеровской или множества других психоаналитических концепций, но возможно и помочь пациенту обрести целительное прозрение, помогая ему естественно-научно клинко-аналитически, исходя из особенностей души, характера, в духе, например, Эугена Блейлера или Эрнста Кречмера, благодарными Фрейдю за открытие психоанализа. Наконец, можно помогать пациенту искусством и творчеством, исходя из психоаналитических или экзистенциальных концепций (арт-терапия), и можно – исходя из особенностей клинической картины (клиническая терапия творчеством).

В сущности, как оказывается, качественно-специальных клинических или психологических психотерапевтических «механизмов»-воздействий нет. Есть разные способы реализации этих издревле существующих в каждом из нас душевных свойств – клинические, психологические, технические и еще другие. Об этом см. подробнее, например, у Людмилы Андреевны Карпенко (2006). Клиническая психотерапия показана, прежде всего, больным людям, психологическая, техническая – здоровым. Прежде всего, но не всегда. Случается, что клинические способы реализации отмеченных выше «механизмов»-воздействий (психотерапия, дифференцированно отправляющаяся от душевных особенностей того, кому помогаем) применяются и к здоровым людям. Это не только суггестия и разъяснение, анализ и тренировка. Это и, например, клиническая терапия творчеством здоровых людей, но со склонностью к переживанию своей неполноценности. То есть и здесь мы действуем клинически (в широком смысле) – отправляемся не от концепции, а от природных душевных особенностей здорового человека (Бурно М.Е., 2006).

В «Хрестоматии» представлены в авторском изложении модальности, всемирно и государственно известные и авторские. Все эти модальности

признаны Лигой. Чаще всего – это психологическая реализация, психологическое преломление психотерапевтических «механизмов»-воздействий. То есть рассказывается здесь гораздо больше не о лечении больных, а о психотерапевтической помощи душевно здоровым людям. Если бы это была книга, в основном, о клинической психотерапии, то оглавление ее выглядело бы иначе. Оно содержало бы после списка названий модальностей разделы, в которых описывалась бы психотерапия при различных заболеваниях и различных расстройствах личности. И такая книга предполагается как следующий том Хрестоматии.

Литература

Бек А. Когнитивная терапия депрессий // Московский психотерапевтический журн.-1996.-№3.-С.69-92.

Бурно М.Е. Сообщение руководителя Комитета методов психотерапии (модальностей) Профессиональной психотерапевтической лиги профессора М.Е. Бурно // Профессиональная психотерапевтическая газета.-2006.-№4(42), апрель.-С.6.

Бурно М.Е. Терапия творческим самовыражением.-3-е изд., испр. и доп.-М.: Академический Проект, 2006.-432с.

Василюк Ф.Е. Понимающая психотерапия: опыт построения психотехнической системы // Гуманитарные исследования в психотерапии.-М.: ПИ РАО; МГППУ.-2007.-С.159-203.

Карпенко Л.А. Психотерапия // Клиническая психология. Словарь /Под ред. Н.Д. Твороговой // Психологический лексикон. Энциклопедический словарь в 6-ти томах / Ред.-сост. Л.А. Карпенко. Под общ. ред. А.В. Петровского.-М.: ПЕР СЭ.-2006.-С.30-34.

Колосов В.П. Эмоционально-стрессовая психотерапия неглубоких депрессий // Руководство по психотерапии / Под ред. В.Е. Рожнова.-Ташкент: Медицина, 1985.-С.460-466.

Макаров В.В. Психотерапия нового века.-М.: Академический Проект, 2001.-496с.

Фридман А.М. Психотерапия депрессий // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.-1990.-№12.- С.85-87.

Эллис А. Когнитивный элемент депрессии, которым несправедливо пренебрегают // Московский психотерапевтический журн.-1994.-№1.-С.7-47.

ЧАСТЬ 1. Модальности (методики, методы, школы) психотерапии и консультирования, имеющие международное признание

Гипнотерапия Резюме

Гипнотерапия - старейший метод научно ориентированной психотерапии, существующий более 200 лет. Свыше 100 лет используется в России. Официально признан как метод психотерапии в большинстве цивилизованных стран мира.

Количество публикаций в мировой литературе в области гипнотерапии за период существования превышает 1000 наименований. Метод включен в многочисленные руководства по психотерапии, психотерапевтические энциклопедии.

Миссия: использование состояния гипнотического транса в целях клинической и психологической психотерапии.

Основные формы деятельности: образование, клиническое, психологическое применение, научные исследования, научно-квалификационные исследования.

Используемые модальности психотерапии: в современной гипнотерапии используются аналитический, когнитивно-бихевиоральный, экзистенциальный психотерапевтический подходы, реализуемые в сотнях методик гипнотерапии.

В отличие от многочисленных методов, неявно, неосознанно использующих состояние гипнотического транса в гипнотерапии гипнотический транс используется осознанно.

Сущность метода заключается в решении психотерапевтических задач клинического и психологического плана, предъявляемых пациентами, клиентами, на основе аналитического, когнитивно-бихевиорального, экзистенциального психотерапевтических подходов, реализуемых в сотнях методик в следующем алгоритме:

- гипнотизация,
- утилизация гипнотического состояния в методических рамках применяемой методики и подхода психотерапии,
- выведение из гипнотического состояния.

Применяется в групповом или индивидуальном форматах;
- в формах гетеро-аутогипноза и их комбинации;
- в моносессионной, полисессионной формах ;
- в режимах краткосрочной, среднесрочной психотерапии.

Теоретические основы:

А) современные теории гипноза (психоаналитические. недиссоциативные, социально-когнитивные, интегративная теория гипноза);

Б) поле основных теорий современной психотерапии.

Диапазон применения современной гипнотерапии в клинической и психологической областях совпадает с диапазоном применимости всей современной психотерапии, и, соответственно, является областью показаний к применению гипнотерапии.

Гипнотерапия является одним из двух методов современной гипнотерапии, чья эффективность верифицирована методами доказательной медицины.

Гипнотерапия

Р.Д. Тукаев

Определение модальности

Современная гипнотерапия является комплексным направлением психотерапии, комбинирующим психотерапию в бодрствовании с психотерапией в состоянии гипноза.

Гипнотерапия представлена методами и методиками трех базовых направлений психотерапии: когнитивно-поведенческого, психодинамического, экзистенциального; в гипнотическом состоянии реализуемых преимущественно суггестивными средствами.

Гипнотерапия широко используется в клинической и психологической областях психотерапии.

Сущность гипнотерапии

Гипнотерапия построена на использовании в целях психотерапии гипнотического состояния пациента, клиента и предполагает потому его введение в состояние гипноза.

При гипнотерапии значительная часть целей, задач психотерапии реализуется в гипнотическом состоянии.

Цели и задачи гипнотерапии определяются клинической или психологической областями ее применения и теоретическими и методическими предпочтениями того направления в психотерапии (когнитивно-поведенческого, психодинамического, экзистенциального), в рамках которого реализуется гипнотерапевтическая практика.

Внушение (суггестия) является важной, (но не единственной) методической, технической частью гипнотерапии и является исторически первым техническим ее приемом. Первоначально в гипнотерапии использовались прямые вербальные внушения, предписывавшие ощущения, переживания, настроения, когниции, поведение в гипнозе и

вне его. В последние годы в гипнотерапии чаще используются непрямые, недирективные внушения, опосредованно меняющие ощущения, переживания, настроения, когниции, поведение в гипнозе и вне данного состояния. Терапевтические внушения строятся и осознаются психотерапевтами чаще как некий монолог, «гипнотерапевтическая песнь».

Гипнотерапии может также строиться как диалог терапевта и пациента, клиента.

Современная гипнотерапия представлена как совокупность отдельных методов. В России принято выделять, противопоставлять «классическую» гипнотерапию и эриксоновскую гипнотерапию.

Следует отметить, что в прошедшем столетии развития гипнотерапии в России шло достаточно самостоятельно и отмечено развитием в ней клинического подхода, основанного на принципах отечественной клинической психотерапии, коллективной, эмоционально-стрессовой психотерапии и т.д.

Теоретические основы

Гипнотерапия – один из старейших методов современной психотерапии, ему более 200 лет.

Поскольку гипнотерапия является психотерапией в состоянии гипноза, ее теоретические основы включают два источника: современные теории базовых направлений психотерапии (не требующие изложения в разделе гипнотерапии); теории гипноза.

В России долгое время была популярной Павловская теория гипноза, рассматривавшая состояние гипноза как промежуточное между сном и бодрствованием, имеющая ныне историческое значение .

Представление о гипнотическом состоянии, как отличающемся от сна и бодрствования впервые высказал В.М Бехтерев в начале 20 века.

В 20 веке в США формулировались психоаналитически ориентированные взгляды на гипнотерапию, базировавшиеся на идее трансфера, переходе мышления в гипнозе с первичного на вторичный процесс мышления.

Во второй половине 20 века в США разработана недиссоциативная теория гипноза, позже – социально-когнитивная теория гипноза.

В 60-80 годы 20 века в России, В.Е. Рожновым сформулировано представление о гипнозе как о третьем состоянии, рядоположенном сну и бодрствованию, близкое представлениям В.М Бехтерева. Одновременно М.Е. Бурно разработано положение о клинически-защитной природе гипноза.

В 80-90 годы прошлого века в России создана интегративная теория гипноза.

Во второй половине 20 века, в первые годы нового тысячелетия в мировой гипнологии проведены обширные психологические, нейрофизиологические исследования гипнабельности, гипнотического состояния, в последнее время дополненные нейровизуализационными исследованиями.

Применение. Показания к применению. Ограничения и противопоказания.

Гипнотерапия имеет самый широкий среди всех методов психотерапии диапазон клинического применения, включая пограничную психиатрию, частично терапию, неврологию, дерматологию, хирургию, онкологию, профпатологию.

Гипнотерапия способствует решению широкого спектра психологической проблематики.

Препятствием к применению гипнотерапии служит нежелание пациента, клиента прибегать к помощи гипнотерапии.

Клиническими противопоказаниями к гипнотерапии являются: острые психотические состояния, состояния нарушения сознания, эпистатус, острые ургентные состояния различного генеза, в т.ч. инфекционного.

Практические результаты.

Практика гипнотерапии отражена в сотнях монографий, тысячах статей, в последнее время опирающихся на доказательный подход.

С 80-х годов 20 века, после 50-летнего периода почти полного забвения, гипнотерапия вновь уверенно входит в число ведущих модальностей мировой психотерапии, будучи широко представлена в психотерапевтических сообществах Старого и Нового Света (16). Анализируя драматическую историю развития гипнотерапии, следует заключить, что успех ее возрождения обусловлен, прежде всего, практической результативностью и методическим развитием, но не связан с прорывом в теоретическом понимании феномена гипноза (17).

История гипнологии и гипнотерапии весьма драматична. 19 столетие – “золотой век” европейской гипнологии (11) сменился длительным, более 50 лет периодом почти полной утраты интереса к гипнозу и гипнотерапии в Европе (17). В первой половине 20 века гипнология развивалась, а гипнотерапия практически использовалась

преимущественно в России, лидировавшей в этой области и в Северной Америке (16, 17, 26). Следует отметить, что основной пик в развитии гипнологии и гипнотерапии в России произошел в 30-60 годы, с последующим ощутимым спадом (28, 29), тогда как в Северной Америке умеренный интерес к ней в первую половину века сменился возрастающей активностью исследований и практики во второй половине 20 века (26). Развитие Американской гипнологии привело к появлению Эриксоновской гипнотерапии (18, 19, 20), получившей, наряду с другими направлениями гипнотерапии, некоторое распространение в самой Америке (31) и, одновременно ставшей основой возрождения гипнотерапии в Европе (31) и, приведший к оживлению практики гипнотерапии в России (7, 16).

Внушение (суггестия) является важной, (но не единственной) методической, технической составляющей гипнотерапии и является исторически первым техническим ее приемом. Первоначально в практике гипнотерапии повсеместно использовались прямые директивные, предписывающие ощущения, переживания, настроения, когниции, поведение в гипнозе и вне его вербальные внушения (3, 6, 10, 11, 13, 14). Подобное командное понимание сути гипнотерапии хорошо укладывалось в ее физиологическую трактовку в Павловской рефлексологии (8, 9). Для Российской гипнологии 30-70-х годов данный подход к гипнотерапии представлялся основным, что отразилось в терминологии, когда гипнотерапия была определена как гипносуггестивная терапия (14). В ряде случаев в гипнотерапии использовалась работа с образами, однако, предполагалось соответствие воспроизведенного образа внушенному, возможность отличия воспроизведенного материала от суггестированного не обсуждалась, игнорировалась, исключалась (16).

В Американской гипнологии начиная с 50-60-х годов прошлого века стали терапевтически использоваться внушенные образы, взаимодействие гипнотизируемого с образностью, однако вопрос о соответствии реализуемых в гипнозе образов и их переживания исходной, задаваемой внушением модели так же не ставился (26).

Подобное видение взаимодействия терапевта и пациента, клиента с недоучетом сущностной обратной связи, осуществления линейного ведения гипнотизируемого терапевтом характерно для большинства направлений гипнотерапии, включая эриксоновскую гипнотерапию (7, 18, 19, 20). Полноценная обратная связь пациента, клиента с терапевтом реализована в небольшом числе современных методов гипнотерапии, например, в интегративно-диалоговой гипнотерапии (16).

В последние годы в гипнотерапии чаще используются непрямые, недирективные внушения, опосредованно меняющие ощущения, переживания, настроения, когниции, поведение в гипнозе и вне данного состояния. Недирективность характерна не только для

эриксоновской гипнотерапии (18, 19, 20), но и для всей западной гипнотерапии в целом (31). Недирективная гипнотерапии подается ее сторонниками как терапевтически более эффективная альтернатива директивной гипнотерапии. Стоит отметить, что научных доказательств превосходства в клинической эффективности недирективной гипнотерапии перед директивной до настоящего времени не получено. Кроме того, жесткое следование недирективности противоречит другому, вероятно, воле значимому принципу – реализации запроса пациента, клиента на психотерапию в тех случаях, когда это запрос на директивность проведения психотерапии.

Терапевтические внушения строятся и осознаются психотерапевтами чаще как некий монолог, «гипнотерапевтическая песнь» (11).

Современная гипнотерапия представлена как совокупность отдельных методов. В России принято выделять, противопоставлять «классическую» гипнотерапию и эриксоновскую гипнотерапию (7).

Следует отметить, что в прошедшем столетии развития гипнотерапии в России шло достаточно самостоятельно и отмечено развитием в ней клинического подхода (10, 12, 13), основанного на принципах отечественной клинической психотерапии (5), коллективной (11), эмоционально-стрессовой психотерапии (12) и т.д.

Развитие теоретического понимания гипноза в 20 веке

Гипнотерапия несет в себе некий парадокс; гипнотерапевты во все времена указывали на эффективность своей практики в клинической и психологической областях, которую не могли обосновать, опираясь на теоретическое понимание гипноза.

Решающий вклад в развитие гипнологии в начале 20 века внесли известные российские ученые И.П. Павлов и В.М. Бехтерев (16), анализировавшие гипноз преимущественно с физиологических позиций. Для И.П. Павлова гипноз являлся состоянием, промежуточным между сном и бодрствованием (**Ошибка! Источник ссылки не найден., Ошибка! Источник ссылки не найден.**), тогда как В.М. Бехтерев оценивал гипноз как состояние, рядоположенное сну и бодрствованию (**Ошибка! Источник ссылки не найден., Ошибка! Источник ссылки не найден.**). Российские исследования гипноза 30-50 годов опирались на физиологическую трактовку гипноза И.П. Павловым и были обращены на исследование возможности влияния прямой суггестией на функции различных органов и систем организма (9, **Ошибка! Источник ссылки не найден., Ошибка! Источник ссылки не найден., Ошибка! Источник ссылки не найден.**). Гипнотерапия достаточно широко использовалась в клинической практике пограничной

психиатрии, терапии, неврологии, дерматологии, хирургии, акушерстве и гинекологии (9, **Ошибка! Источник ссылки не найден., Ошибка! Источник ссылки не найден.**, 20, 28, 29). В 60-70 годы В.Е. Рожнов (11) рассматривал гипноз как третье состояние, отличное от сна и бодрствования. В 70-е годы М.Е. Бурно пришел к основанному на клинической типологии личности выводу о защитной природе гипноза (4).

Исследования гипноза в Северной Америке до 50-х годов 20 века опирались преимущественно на психологическое, психоаналитическое понимание гипноза. В 50 годы феномен гипноза привлекает внимание когнитивно-ориентированных исследователей, наступает эра “стандартизированных” исследований гипноза (30, 31). В исследованиях американских гипнологов доминирует психологический подход (26), дополненный с 70 годов нейрофизиологическим и иными подходами (26). Исследования рассматривали возможность суггестивного влияния на функции организма (26), однако центральным вопросом стала возможность гипнотического контроля экспериментальной боли (23). Когнитивно ориентированные исследования привели к формированию нескольких теорий гипноза: неодиссоциативной теории гипноза Хилгарда (23), социально-когнитивной теории И. Кирша и С. Линна (24). Согласно неодиссоциативной теории Хилгарда (23) гипнотическое состояние вызвано разделением сознания на два или более одновременных потока, разграниченных амнестическим барьером, предотвращающим доступ к обусловленным внушением исполнительным или контролирующим функциям по отдельности, либо совокупно. Социокогнитивная теория гипноза И. Кирша и С. Линна (24) объясняет произвольность поведения гипнотика с позиций социальной и когнитивной теорий автоматичности обыденного целенаправленного поведения. В конечном итоге поведение гипнотизируемого и гипнотизеры понимаются в социокогнитивной теории как произвольное разыгрывание неких социально-культуральных ролей.

В качестве критической реакции на узкое понимание феномена гипноза в данных теориях, следует отметить подчеркнутый атеоретизм М. Эриксона и некоторых его последователей, остающихся, тем не менее, в области психологической трактовки гипноза и гипнотерапии (31).

Интегративная теория гипноза и гипнотерапии Р.Д. Тукаева (15, 16, 17) описывает феномен гипноза с системных позиций. В ней гипноз определяется как: особое функциональное регрессивное, активное состояние, развивающееся в специфической поведенчески-тупиковой гипногенной ситуации невозможности принятия решения, либо его реализации; ведущее к перестройке системы активации мозга; с последующей утратой мозговой асимметрии (за счет функционального регресса в левом полушарии правой), с

доминированием конкретно-образного, нерелексивного мышления. Значимо то, что переход в гипнотическое состояние порождает гипногенный стресс, тогда курс гипнотерапии развивает и поддерживает в организме гипнотика саногенный эустресс с широчайшим диапазоном терапевтического влияния и возможностей его применения. Таким образом, гипнотическое состояние не является ноль-феноменом, а обладает мощным и универсальным биологическим действием, лежащим в основе терапевтической эффективности гипнотерапии.

Современные нейрофизиологические исследования гипноза хорошо согласуются с интегративной теорией гипноза. ЭЭГ исследования указывают на активацию активирующей системы мозга, с усилением высокочастотной ритмики в $\beta 2$ диапазоне (от 25Гц и выше) (17, повышением мозгового кровотока в состоянии гипноза (17, 26). Так же получены данные об исчезновении межполушарной функциональной асимметрии в гипнозе (16, 17, 26), указывающие на перестройки в левом полушарии мозга, а также данные об «омоложении», возрастной инверсии основных ЭЭГ ритмов (16, 17, 26). Данные нейровизуализационных исследований гипноза выявляют более сложные перестройки и активацию левого полушария в гипнозе (17, 26).

Применение. Показания к применению. Ограничения и противопоказания.

Терапевтический диапазон современной гипнотерапии предельно широк. Он включает следующие области терапии.

Пограничная психиатрия (3, 6, 11, 12, 13, 16, 17, 27):

Неврозы, расстройства адаптации, ПТСР, пограничные личностные расстройства, генерализованное депрессивное расстройство, тревожное, паническое, обсессии, зависимости (алкогольная, наркотическая, никотиновая, пищевая, игра), суицидальное поведение, неврозоподобная шизофрения.

Терапия (3, 6, 11, 12, 13, 16, 17, 26, 32):

Психосоматические заболевания, неинфекционные соматические заболевания.

Неврология (3, 6, 11, 12, 13, 16, 17, 26, 32):

Энцефалопатии различного генеза (посттравматические, дисциркуляторные, интоксикационные) (15, 16); Последствия нарушений мозгового кровообращения: Болевые и спастические синдромы (26).

Дерматология (3, 6, 11, 12, 13, 16, 17, 26):

Терапия неинфекционных кожных заболеваний (нейродермиты, экземы, псориаз и др.).

Хирургия (10, 26):

предоперационная подготовка и послеоперационное ведение.

Онкология (26):

Купирование осложнений химио- радио- терапии и терапия личностных расстройств (26).

Профессиональные заболевания в вышеописанном диапазоне (15, 16).

Консультирование:

Решение любых личностных проблем, предъявляемых клиентами (17).

По своей эффективности гипнотерапии принципиально соответствует эффективности иных методов психотерапии (25). Глубина и диапазон ее применения определяются предпочтениями психотерапевтов и пациентов.

Клиническими противопоказаниями к гипнотерапии являются (3, 6, 11, 12, 13, 15, 16, 17): острые психотические состояния, состояния нарушения сознания, эпилепсия, острые ургентные состояния различного генеза, в т.ч. инфекционного.

Практические результаты.

Практика гипнотерапии отражена в сотнях монографий, тысячах статей (16, 17, 26), в последнее время опирающихся на доказательный подход (25).

Литература

1. Бехтерев В.М. Гипноз, внушение, психотерапия и их лечебное воздействие//Вестн. знания. - СПб, вып. 4, 1911.
2. Бехтерев В.М. Избранные произведения. - М., 1954. 528 с.
3. Буль П.И. Основы психотерапии. М., 1974. 302 с.
4. Бурно М.Е. О защитно-психологической структуре гипноза // Актуальные вопросы неврологии, психиатрии, нейрохирургии. - РМИ, Рига, 1979.- с. 68.
5. Бурно М.Е. Клиническая психотерапия. М., 2006, 800 с.
6. Варшавский К.М. Гипносуггестивная терапия. Л., 1973. с. 55.
7. Гордеев М.Н Классический и эриксоновский гипноз: Практическое руководство. – М., 2008, 240 с.
8. Павлов И.П. Полн. собр. соч. Изд. 2-е, т.3 кн. 1-2. - М.; Л., 1951.
9. Павлов И.П. Клинические среды. т. 2. - М. Л., 1954. 386 с.
10. Платонов К.И. Слово как физиологический и лечебный фактор. - М., 1962. 532 с.

11. Рожнов В.Е. Гипнотерапия //Руководство по психотерапии. 3-е изд. - Ташкент, 1985. с. 176-177.
12. Рожнов В.Е. Эмоционально-стрессовая психотерапия // Руководство по психотерапии. 3-е изд. - Ташкент, 1985. с. 29-45.
13. Свядощ А.М. Неврозы. - М., 1982 . 236 с.
14. Слободяник А.П. Психотерапия, внушение, гипноз. - Киев, 1982.. 376 с.
15. Тукаев Р.Д. Феноменология и биология гипноза (теоретический анализ и практическое применение). - Уфа, 1996, 270 с.
16. Тукаев Р.Д. Гипноз. Механизмы и методы клинической гипнотерапии. М., 2006, - 448 с.
17. Тукаев Р.Д. Интегративная Теория Гипноза и Гипнотерапии – российский путь развития современной гипнологии и гипнотерапии . Психотерапия, 2007, № 5, с 41-47.
18. Erikson M. Hypnosis: its renaissance as a treatment modality // Amer. J. Clin. Hypn. 1970. N 13. p.71-89.
19. Erickson, M., Rossi, E., & Rossi, S. Hypnotic Realities. - New York: Irvington, 1976.
20. Erickson, M., & Rossi, E. Hypnotherapy: An Exploratory Casebook. - New York: Irvington, 1979.
21. Erickson, M., & Rossi, E. Experiencing Hypnosis: Therapeutic Approaches to Altered States. - New York: Irvington 1981.
22. Fromm E. An ego psychological theory of hypnosis and the research evidence supporting it // Jerusalem Lectures on Hypnosis and Hypnotherapy. Hypnosis International Monographs Number 1, Munich, 1995, p. 31-44.
23. Hilgard E.R. A neodissociation interpretation of pain reduction in hypnosis // Psychol. Rev., 1973, V. 80, № 5, p. 396-411.
24. Kirsch I., Linn S.J. Hypnotic involuntariness and the automaticity of everyday life // Am. J. Clin. Hypn., 1997, V. 40, № 1, p. 329-348.
25. Kirsch I, Montgomery G, Sapirstein G. Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioural psychotherapy: a meta-analysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1995;63(2):214-220.
26. The Oxford Handbook of Hypnosis. Theory, Research and Practice. Ed. by M.R. Nash, A.J. Barnier. - Oxford University Press, NY, 2008, 791 P.
27. Spiegel D. The use of hypnosis in the treatment of PTSD // Psychiatr. Med.1992. vol. 10. N 4. p. 21-30.

28. Tukaev R.D. The history of hypnosis and hypnotherapy in Russia^ Against the odds/ Part 1 // Psychological Hypnosis. Bulletin of American Society of psychological Hypnosis, 2002, v. 11, N 1, p. 10-11
29. Tukaev R.D. The history of hypnosis and hypnotherapy in Russia^ Against the odds/ Part 2 // Psychological Hypnosis. Bulletin of American Society of psychological Hypnosis, 2002, N 2, p. 4-5, 11-12.
30. Wietzenhoffer A.M. The nature of hypnosis. Part II // Am. J. clin. hypn., 1963, V 10, p 295 - 321.
31. Weitzenhoffer A.M. Erickson and the unity of hypnosis // Jerusalem Lectures on Hypnosis and Hypnotherapy. Hypnosis International Monographs Number 1, Munich, 1995, p. 1-16.
32. Wyler-Harper J. et al. Hypnosis and allergic response // Schweiz. Med. Wochenschr. Suppl., 1994, V. 64, p. 67-76.

Системная семейная психотерапия

Резюме

Определение

Системная семейная психотерапия –

Системная семейная психотерапия является одним из направлений системного подхода. Сегодня можно назвать следующие виды системной психотерапии: классическая системная семейная психотерапия (ССТ) с такими подразделениями, как стратегическая ССТ, структурная ССТ, Миланский подход, подход Мюррея Боуэна; постклассическая системная терапия — нарративная психотерапия, ориентированная на решение краткосрочная психотерапия. Все эти виды психотерапии основываются на системной теории.

Система — это некое образование, состоящее из множества взаимосвязанных элементов, которые как единое целое взаимодействуют с внешней средой и реализуют общие функции. Функционирование элемента системы вторично по отношению к функционированию всей системы. В случае семьи элементами системы являются люди. В данном подходе утверждается, что поведение людей в семье осуществляется не под влиянием их намерений, особенностей личностей, моральных принципов и т.п., а под влиянием законов функционирования тех систем, элементами которых они являются, в частности семьи.

Сущность метода.

В самом общем виде сущность метода заключается в том, что психотерапевтическое воздействие осуществляется на всю семью как на систему. Методологическими принципами системного подхода являются – нейтральность, циркулярность и гипотетичность. В классической системной семейной психотерапии диагностика системы производится с помощью специального метода- циркулярного интервью. Оно позволяет проверить системную гипотезу, выделить симптом в системе. Воздействие осуществляется с помощью предписаний- парадоксальных или прямых предписаний ритуалов, изменения структуры семьи. Для этого используются такие техники как позитивная коннотация, нормализация.

В постклассической системной психотерапии психотерапевт прежде всего концентрируется на ресурсах системы, переходя от проблемной ситуации сегодняшнего дня к будущей конструктивной ситуации. Если это нарративная психотерапия, то воздействие осуществляется с помощью таких приемов как экстернализация, деконструкция, уплотнение функциональных нарративов, если это ориентированная на решение краткосрочная психотерапия - то это техники «Чуда» шкалирования и т.п.

Теоретические основы

Системная теория, или теория систем, является не вполне психологической теорией. Практически одновременно системные идеи развивались в кибернетике (Н. Винер, Р. Эшби и т.п.) в биологии (В. Вернадский, Н. Бернштейн, К. Лоренц, Н. Тинберген) антропологии (М. Мид) и затем проникли в культурологию и психологию (Г. Бейтсон, Т. Лири, Р.А. Вильсон, А. Кожибский).

Главный постулат этого психотерапевтического подхода гласит: семья является видом социальной системы, психологическая помощь ей невозможна без знания и учета законов функционирования систем, аналогично тому, как лечение человека невозможно без знания и учета его анатомии и физиологии.

Развитие системной семейной психотерапии не связано с развитием индивидуальной психотерапии. В своей монографии G.Erickson и T.Hogan (1972) утверждают, что их анализ литературы не выявил никаких данных о том, что системная семейная психотерапия “выросла” из каких бы то ни было ранее существующих теоретических положений в психотерапии.

Системная семейная психотерапия - одна из самых молодых психотерапевтических школ, развивающихся в последнее время. Этот подход возник после Второй Мировой войны, он развивался в тесном сотрудничестве с кибернетикой, и в этом его существенное отличие от других психотерапевтических подходов.

Базовые кибернетические понятия, такие как петли обратной связи, «черный ящик» круговая причинность, тотальность, эквивиальность используются в системной семейной психотерапии. Элементы системы связаны между собой отношениями топологическими – иерархия, структура семьи, границы семьи и динамическими-коммуникативными связями, стереотипами взаимодействия.

Применение. Показания к применению.

Супружеские конфликты, конфликты поколений, нарушения в поведении и развитии детей, предбрачное консультирование, психотерапия развода, трудности создания семьи, дисгармония сексуальных отношений в браке, потеря влечения, проблемы зависимостей в семье.

Практические результаты.

По данным ряда авторов (M.Andolfi, F. Kaslow, J.Haley) эффективность метода оценивается от 60% до 80 % успеха, при сборе катанестических данных после трех лет с момента окончания психотерапии.

Системная семейная психотерапия

А.Я. Варга, Будинайте Г.Л. Хамитова И.Ю.

Системная семейная психотерапия является одним из направлений системного подхода. Сегодня можно назвать следующие виды системной психотерапии: классическая системная семейная психотерапия (ССТ) с такими подразделениями, как стратегическая ССТ, структурная ССТ, Миланский подход, подход Мюррея Боуэна; постклассическая системная терапия — нарративная психотерапия, ориентированная на решение краткосрочная психотерапия. Все эти виды психотерапии основываются на системной теории. Системная теория, или теория систем, является не вполне психологической теорией. Практически одновременно системные идеи развивались в кибернетике (Н.

Винер, Р. Эшби и т.п.) в биологии (В. Вернадский, Н. Бернштейн, К. Лоренц, Н. Тинберген) антропологии (М. Мид) и затем проникли в культурологию и психологию (Г. Бейтсон, Т. Лири, Р.А. Вильсон, А. Кожибский).

К первой половине XX в. накопилось множество фактов в разных областях знания, которые не объяснялись с помощью существующих на тот момент теорий. Чем регулируется динамика численности популяций животных? Почему те, кто болели тифом, не болеют туберкулезом? Почему в определенные исторические периоды разные люди начинают вести себя одинаково? Почему в цитадели европейской культуры Германии была создана армия насильников и садистов? Стало понятно, что нужен какой-то новый способ понимания и анализа действительности. Новую методологию предложила теория систем.

Система — это некое образование, состоящее из множества взаимосвязанных элементов, которые как единое целое взаимодействуют с внешней средой и реализуют общие функции. Функционирование элемента системы вторично по отношению к функционированию всей системы. Всем известны примеры нарушения экологического равновесия, когда изменение численности одной популяции животных приводит к изменению численности другой. Это происходит не потому, что одни животные стали размножаться активнее других, а потому что в экосистемах все элементы связаны между собой и любое изменение одного элемента влечет за собой изменение другого. Такие же механизмы существуют и в социальных системах. Яркий пример приведен Г. Бейтсон в статье «От Версаля до кибернетики» (2000), где он ясно показывает, что события в Германии перед и во время Второй Мировой войны во многом обусловлены условиями Версальского договора. Подобная картина наблюдается и в семейных отношениях. Поведение людей редко определяется их свободной волей или их бессознательными «движениями души», в основном законами функционирования тех систем, к которым они принадлежат — семьей, референтной социальной группой, государством, культурой и цивилизацией.

Системная семейная психотерапия не связана с психологическими теориями, на которых основывается индивидуальная психотерапия. Это стало понятно уже 40 лет назад. В фундаментальном труде по семейной психотерапии G. Erickson и Т. Hogan (1972) утверждают, что осуществленный ими анализ литературы не выявил данных о том, что системная семейная психотерапия “выросла” из каких бы то ни было ранее существующих теоретических положений в психотерапии. В ее основе общая теория систем.

Итак, есть некие общие положения системной теории, которые используются во всех областях ее применения, в том числе и в системной семейной психотерапии.

1. Обратная связь

Обратная связь — это *информация* о результатах функционирования системы, поступающая в эту же систему.

Существует отрицательная и положительная обратная связь. В случае отрицательной обратной связи информация используется системой для уменьшения отклонения результата функционирования от некоторой заданной нормы. Во втором случае информация приводит к существенным изменениям, т.е. к потере стабильности и равновесия. Особый тип отрицательной обратной связи, подробно изученный в биологических системах, называется гомеостазисом. Гомеостазис — это стремление системы сохранять свои сущностные свойства во взаимодействии со средой, обеспечивая выживание системы. Минимизация влияния внешней среды — работа закона гомеостаза. Система стремится сохранить статус кво в каждый момент своего существования.

Известный школьный пример гомеостаза — как человеческий организм поддерживает температуру крови. Стоит измениться температуре в среде, как меняется частота сердечных сокращений, суживаются или расширяются сосуды, срабатывает система потоотделения и т.д. до тех пор, пока не восстановится температура крови. Если в силу

каких-то причин невозможно восстановить температуру тела, человек может умереть либо от переохлаждения, либо от перегрева. Подобным образом действует семейная система для поддержания, например, неизменной дистанции между людьми. Допустим, один из супругов отходит на периферию семейной системы: проводит меньше времени с близкими, а когда находится дома, то ведет себя не заинтересованно, не включенно, потому ли что много работает или завел роман на стороне, или по каким-то другим мотивам. Тогда кто-нибудь другой из членов семьи начинает развивать симптоматическое поведение, т.е. такое поведение, которое потребует большего участия в семейной жизни от ушедшего на периферию элемента. В незапущенных случаях обычно достаточно супружеского конфликта. Во время конфликта дистанция между людьми сокращается. Конфликтующие очень сконцентрированы друг на друге, поглощены друг другом, испытывают сильные переживания по отношению друг к другу в одно и то же время. Скандал от акта любви отличает лишь знак эмоций — плюс или минус. Кроме того, очень трудно помириться без ссоры. Если отдалившийся супруг не вступает в конфликт, на просьбы помириться говорит: “А я ни с кем не ссорился”, на вопрос: “Что происходит?” — отвечает: “А разве что-то происходит? ”, то дело плохо. Оказывается, это запущенный случай. Здесь лучше всего подходят болезни, допустим, детей или супруга/ги. Чтобы вылечить серьезно заболевшего ребенка или супруга, нужно гораздо более плотное участие. Симптоматическое поведение длится до тех пор, пока не восстановится более близкая, привычная дистанция или не разрушится семья.

2. “Черный ящик”

Мы опишем несколько упрощенную модель “черного ящика”, применимую для анализа открытых социальных систем, к которым относится семья.

Модель “черного ящика” применительно к семье используется обществом давно. Поговорки “От осинки не родятся апельсинки” и “Яблочко от яблони недалеко падает” хорошо это иллюстрируют. Существует некий обычный набор факторов, воздействующий на семейную систему. Все они так или иначе структурируют время и содержание жизнедеятельности семьи, могут увеличивать стресс и тревогу в семье или успокаивать и снижать напряжение. Понятно, что с ними нераздельно связаны реакции системы на них.

1. Родственники со стороны мужа и со стороны жены. Это воздействие может быть организационным — дают материальную помощь или получают материальную помощь, помогают по хозяйству и с детьми или сами нуждаются в помощи, требуют регулярных посещений или нет, и т.п.,- а также это воздействие может быть психологическим, например, общение с родственниками увеличивает напряжение и тревогу в семье или уменьшает.
2. Работа, коллеги и начальники. Воздействие этого фактора разнообразно. Работа структурирует время пребывания всех членов семьи вместе (много работают — редко видятся), определяет материальный уровень жизни семьи, в некоторых случаях круг общения семьи. Все это сопровождается определенной динамикой тревоги и напряжения в семейной системе. Премии, проценты от сделок и продаж, веселая компания друзей-коллег могут снижать напряжение, пьянство на работе, конфликты, агрессия начальства приносят тревогу в семью. Работа может быть способом ухода от домашних конфликтов, а может быть горькой повинностью, может разлучать с ребенком и любимыми домашними занятиями.
3. Воспитатели детских садов, школьные учителя, соседи, друзья. Воспитатели и учителя могут серьезно влиять на времяпрепровождение и самочувствие семьи. Ежедневные сообщения о плохом поведении, домашние задания, которые необходимо делать всей семьей — стрессоры для семьи.

Для того чтобы пользоваться моделью “черного ящика”, необходимо установить не только фактор воздействия, но и пространство на границе системы, куда направлено воздействие — вход, а также установить пространство на границе системы, где наблюдается реакция на фактор воздействия — выход.

Допустим, мама жены — стрессогенный фактор. Она требует и обвиняет всякий раз, общаясь со своей дочерью. Дочь каждый раз после самого короткого разговора с матерью по телефону плачет, чувствует вину и злость. Итак, жена в данном случае — тот вход, через который в систему попадает напряжение. После этого в черном ящике происходят некие супружеские конфликтные взаимодействия, после чего муж напивается с друзьями. Скандал с тещей на входе, пьянство мужа на выходе. Применительно к открытым системам правильнее было бы говорить о воздействиях на систему и состояниях системы. Например, появление ребенка — воздействие на семейную систему — неизбежно приведет к изменению состояния системы. Люди, которые выполняли функции супругов по отношению друг к другу, начинают выполнять функции родителей по отношению и к новому существу — ребенку, и по отношению друг к другу. Иногда это состояние системы задерживается надолго: дети выросли, а родители все еще обращаются друг к другу: ”мать”, ”отец”. Вероятно, родительские функции привлекательнее, чем супружеские. Факторы, определяющие желательное состояние системы очень многообразны. Схематично — это некие представления о хорошей семье. Эти представления складываются из культуры общества, общественной модели семьи, верной для текущего момента, семейного мифа, и актуального состояния системы. У семейных систем есть некие правила, или предписания, которые содержат информацию о том, как сохраниться перед лицом внешних воздействий. Это некие так называемые желательные состояния системы. Для российских семей актуальны такие желательные состояния, которые можно назвать ”резерв для выживания”. Внешняя среда существования семей практически во все времена была небезопасной, угрожающей. Семьи вырабатывали многообразные сценарии выживания на случаи разных внешних возмущений. Реакции человеческих систем, таких, как семья или организация, на изменения в среде, фиксируются в виде некоторых предписаний национальной культуры. Например, ”От тюрьмы и от сумы не зарекайся” — каждый может попасть в тюрьму или обнищать и пойти по миру с сумой за подаванием. Анекдоты, пословицы, поговорки — это и есть всем нам хорошо известные культурные предписания норм реагирования на внешние воздействия. В российской культуре существуют многочисленные предписания норм реагирования на негативные воздействия среды. Хуже обстоит дело с предписаниями норм реагирования на позитивные воздействия среды. Семьи скорее распадутся в ситуации благополучия, достатка и успеха, чем вследствие пожара, инфляции, болезни.

3. ”Организмический” взгляд на мир и круговая причинность

Один из основоположников общей теории систем Л. фон Берталанфи показал, что понятие системы вытекает из так называемого ”организмического взгляда на мир”. Для этого взгляда характерны два положения: а) целое больше, чем сумма его частей; б) все части и процессы целого взаимовлияют и взаимообуславливают друг друга.

Положение «Целое больше, чем сумма его частей» в системной теории составляет основу принципа тотальности, или нонсуммарности. Законы функционирования системы не сводятся к сумме законов функционирования ее подсистем (элементов, объектов). Система качественно отличается от своих элементов и их совокупности. Законы функционирования семьи несводимы к особенностям функционирования каждого ее отдельного элемента- человека. Именно поэтому привычная нам линейная логика: А есть следствие Б, в системном подходе заменяется на круговую логику- А есть следствие Б, Б есть следствие А. В системном подходе такая линейная следственно причинная логика существовать не может. Она заменяется на круговую логику, в которой главный вопрос — ”Зачем?” Для того чтобы выявить психодинамику семейной жизни, необходимо перейти к системному мышлению. Почему маленький Ганс* панически боится лошадей и не выходит из дома? Потому что он испытывает эротическую привязанность к своей матери,

боятся гнева отца за это, вытесняет “преступное влечение” и проецирует свой страх на лошадей в упряжке, потому что именно такой вид лошадиной морды напоминает ему лицо отца в очках. Это линейная логическая цепочка, представляющая ход рассуждений психотерапевта, который помещает причину симптоматического поведения внутрь человека. В соответствии с системной логикой причина симптоматического поведения конкретного человека — в механизмах гомеостатической регуляции функционирования той системы, элементом которой этот человек является. Именно поэтому системная логика не отвечает на вопрос “Почему?”, она отвечает на вопрос “Зачем?” Можно предложить много версий того, зачем маленький Ганс боялся выходить из дома:

- 1) чтобы мама меньше занималась сестричкой, чтобы система не переходила на следующую стадию жизненного цикла;
- 2) чтобы родителям было о чем говорить друг с другом, вместо того чтобы: ругаться, заниматься непростым сексом, умиляться на дочку (нужное подчеркнуть);
- 3) чтобы у отца маленького Ганса был предмет для обсуждения с З. Фрейдом, который был его учителем и психотерапевтом.

Системная логика сложна для усвоения и практики еще и потому, что она должна преодолеть законы порождения высказываний, законы вербального взаимодействия. В семье множество событий происходит одновременно. Все, что совершается в семье, является информацией, сообщением для всех членов семьи. Эти сообщения поступают к людям как вербально, так и невербально. Мама моет посуду на кухне и гремит ею больше обычного, потому что она сообщает, что сердита на папу, который пришел с работы позже обычного. Папа в это время смотрит телевизор, но не закрывает дверь комнаты, показывая, что хочет мириться. Сын, который обычно делает уроки сам, сейчас, чувствуя напряжение в атмосфере, просит отца помочь с решением задачи. Отец помогает, но говорит громко, унижает, демонстрирует, что без него сын — пустое место, что он (папа) нужен семье. Мама встает на защиту сына, упрекает папу за то, что он мало занимается ребенком. Однако пусть через скандал, но родители начинают общаться, мирятся в конце концов.

Любые изменения, происходящие в любой из подсистем, отразятся во всех других подсистемах и системе в целом.

Семейная система — это открытая система, она находится в постоянном взаимообмене информацией и материей с окружающей средой. Семейная система — это самоорганизующаяся система, т.е. поведение системы целесообразно. Люди, составляющие семью, поступают так или иначе под влиянием правил функционирования данной семейной системы, а не под влиянием своих потребностей и мотивов. Элементы семейной системы (члены семьи) находятся друг с другом в постоянном взаимодействии, между ними складываются топологические и динамические отношения. Топологические отношения — это отношения близости-отдаленности. Структура семьи, состав ее коалиций — мать и дети, а отец на периферии или коалиция отец — дочь против коалиции мать — сын, или супружеская подсистема и детская подсистема — все это разные варианты топологических отношений элементов.

Динамические отношения — это отношения влияния, зависимости, взаимодействия и коммуникации.

Взаимодействие — очень сложный и многоуровневый процесс. Он обладает рядом закономерностей и особенностей, изучение которых началось в Америке, в Калифорнии в конце 1960-х начале 1970-х годов. Исследовательской группой руководил знаменитый философ и антрополог Грегори Бейтсон. Основные результаты этого исследовательского проекта были описаны в работах Г. Бейтсона (2000) П. Вацлавика, Д. Бивин, Д. Джексона (2000).

Согласно системной теории, любое поведение несет в себе информацию. Фактически элементы социальной системы погружены во взаимодействие и общение, хотя бы этого или нет. Официально это положение было сформулировано группой Бейтсона так:

1. Все поведенческие проявления людей могут рассматриваться как коммуникация. Избежать коммуникации невозможно.

Общение (коммуникация, поведение) строится удивительно сложно. Каждый коммуникативный акт, как многослойный пирог, полон самыми разными начинками, иногда взаимоисключающими содержаниями, посланиями и сообщениями. Мы способны «читать» все эти слои, об одних отдавая себе отчет, а о других лишь «догадываясь». Это сложное содержание схватывается моментально, и вот уже навстречу приходит ответное сообщение с другими начинками.

2. Люди используют как цифровой, так и аналоговый способ коммуникации. Слова, их написание, называние вещей, явлений и пр.— это цифровая коммуникация. Она не имеет сходства с обозначаемым. Почему к-о-р-о-в-а — это корова? Никакого сходства с реальным животным. В цифровом коде даже петухи разных стран кричат по-разному, хотя понятно, что звук-то они издают один и тот же, а язык «оцифровывает» этот звук по-своему. Коммуникации с помощью слов в истории человечества придается огромное значение. Цифровая коммуникация — это не только слова, что будет цифровым, универсальным, а что аналоговым устанавливается только в соотношении. Например, выставить оценки за выступление гимнастки будет универсальным языком. «В начале было слово». Способность пользоваться цифровой коммуникацией отличает человека от животных. И.П. Павлов называл это второй сигнальной системой. Первая сигнальная система — это и есть аналоговая коммуникация. Ею пользуются все теплокровные. Это невербальная коммуникация во всех ее формах. Она очень надежная, универсальная. Например, и собака, и кошка, и даже птица, не говоря уже о младенце, умеют прижиматься к существу для себя приятному, и этим выражать любовь и привязанность. С одной стороны, казалось бы эти знаки все понимают безошибочно, с другой, это не совсем так-проблема как раз в том, что считывание аналоговой коммуникации не универсально и может интерпретироваться по-разному, в особенности в различных культурах, да даже и просто в разных семьях, возрастах и проч. Удачный пример по психологии межличностных коммуникаций — когда мы смотрим фильм на незнакомом языке, то не понимаем ни слова, но содержание примерно ясно из зрительного ряда, из контекста с помощью аналогового языка. Вообще аналоговая коммуникация — потрясающе интересный процесс. Один пример: в ней нет отрицания в том виде, в котором оно присутствует в языке. И в то же время оно есть. Животные играют, по виду это как бы драка, но это игра, хотя все телодвижения очень похожи. В своем исследовании этологи показали, что игра от драки отличается незавершенностью действий. Как бы кусают, но не прогрызают. А как они узнают, как договариваются, что это будет игра?

В разных областях человеческой деятельности преобладают разные языки. Академическое общение, жанр доклада, дипломатические переговоры — это царство слов. Извиваться, размахивать руками, кричать считается дурным тоном. Флирт, ухаживание, любовь, драка, сражение, общение с младенцем, с тяжело больным человеком, с человеком в страдании, в горе — это сфера аналогового языка. Все, что сконструировано человеком и для человека, вся социальная реальность основана на цифровом языке, на словах. Чем сложнее социальные конструкты, тем более условный цифровой язык используется.

В тех случаях, когда общение имеет прямое отношение к эмоциональному взаимодействию, оно становится более аналоговым. В общении оба языка сочетаются и дополняют друг друга. Лет 30 назад большой популярностью пользовалась юмореска. В стране был тотальный дефицит продуктов. Хороший выбор был в так называемых распределителях, куда имели доступ немногие «избранные». Одному человеку, не «избранному» очень повезло, он попадает в такой закрытый распределитель и по списку выбирает себе продукты. Служитель распределителя задает ему только один вопрос «Сколько?» А простачку не верится, что можно сколько угодно и всего.

-Осетрины можно?

-Сколько?

А сколько можно?

-Сколько?

Понятно, что среди посвященных диалог был бы другим — обозначение товара и количества, и все. Служитель в цифровом поле, а счастливец в эмоциональном. Они плохо понимают друг друга. В аналоговых «высказываниях» нет точности, многие сигналы нуждаются в пояснениях. Слезы горя или радости? Сжатые кулаки от сдерживаемой агрессии или от смущения? Прояснить ситуацию может цифровой текст. Словесные высказывания отражают эмоциональные состояния очень приблизительно. Они тонко передают смысл, но довольно грубо — оттенки взаимоотношений. В прекрасном фильме «Развод по-итальянски» влюбленная жена постоянно спрашивает мужа: «Ты меня любишь?», он устало отвечает «Да, дорогая». Понятно, ей этого недостаточно, потому что высказывание не подкреплено аналоговым текстом. Тогда жена спрашивает: «А как ты меня любишь?». Трудности перевода с одного языка на другой возникают постоянно. У людей серьезный роман, и они хотели бы провести жизнь вместе. Жениться или нет? Ухаживание, любовные отношения — аналоговое поле. Оформление брака, брачный контракт — цифровое поле. Трудность этой ситуации определил Джей Хэйли: люди не могут понять: они вместе, потому что так они хотят или потому что они должны. Аналоговое высказывание отражает внутреннее состояние говорящего и может противоречить цифровому тексту. В такой противоречивой ситуации мы бываем очень часто.

Пример патогенного противоречивого сообщения описала группа Грегори Бейтсона (2000).

Они наблюдали семьи детей, которые страдали шизофренией, и обнаружили некий стереотип взаимодействия, который они назвали double bind («двойная связь», у нас принят термин «двойная ловушка»). Это постоянно поступающее к ребенку неконгруэнтное сообщение в ситуации, когда он не может выйти из общения.

Г. Бейтсон (2000) приводит другой пример: в больнице находится мальчик, страдающий шизофренией, к нему приходит мама. Она сидит в холле. Он выходит к ней и садится рядом, близко. Она отодвигается. Он замыкается и молчит. Она говорит: «Ты что же, не рад меня видеть, что ли?» И добавляет «Ты не должен стесняться своих чувств, дорогой». Вот что происходит: на одном коммуникативном уровне она ему показывает, что хотела бы увеличить дистанцию, при этом на вербальном уровне она ничего подобного не делает. А когда он реагирует на невербальный уровень, он получает осуждение, негативную реакцию. И выйти из общения, т. е. покинуть родителей, ни один ребенок не может. Чем меньше ребенок, тем труднее ему вообще помыслить о выходе из этого поля, потому что он жизненно зависит от родителей. Кроме того, он к ним просто всегда привязан. Что бы ни делали родители, ребенок до определенного возраста к ним полностью привязан эмоционально.

Получается двойная ловушка.

На вербальном канале — одно сообщение, на невербальном — другое, и всегда — отрицательная реакция на ответ. В принципе таких двойных ловушек в нормальных семьях очень много, и в обычном общении ни к каким патологическим последствиям они не приводят.

Понятно, что когда сообщение неконгруэнтно, то вы не можете в принципе выбрать, на какой канал реагировать. Это ситуация, когда выбор никогда не является правильным.

Раньше считалось, что когда ребенка постоянно погружают в ситуацию двойных ловушек, т.е. он не может выйти из этой ситуации, он не может быть адекватен, потому что сообщения постоянно противоречат друг другу, и единственное, что он может, — это

аутизироваться, и в дальнейшем наступает психоз. В те годы вообще было очень много идей о том, что шизофрения порождается воспитанием, собственно системой коммуникации в которую оказывается включен ребенок. Сейчас ситуация представляется более сложной, учитывается гораздо больше факторов, нельзя однозначно сказать, что патология может быть чем-то порождена. Ребенок в каждый момент своего существования по-разному реагирует на воздействия своей человеческой среды. Закрепляются те реакции, те формы поведения, которые каким-то образом поощряются, подкрепляются. Например, невключенное, аутичное поведение закрепляется в тех случаях, когда в ответ на него ребенок получает минимум недовольства и критики своих родителей.

3. Все коммуникационные обмены могут быть или симметричными, или комплементарными

Эту особенность общения впервые отметил Грегори Бейтсон в 1935 г. Он описал два варианта взаимодействия разных культурных сообществ, да и людей. Один вариант — отношения взаимодополнительности. Они возникают в тех случаях, когда стремление и поведение двух групп различаются. Допустим, одна группа ведет себя агрессивно, а вторая покорна. Если эти поведенческие паттерны устойчиво сохраняются, то можно говорить о комплементарном схизмогенезе. Различия нарастают: с одной стороны, увеличивается агрессия, а с другой — покорность. Они подкрепляют друг друга, и происходят захват, аншлюс, аннексия, экспроприация.. Вторым вариантом — те случаи, когда поведение двух групп одинаково и их интересы одинаковы. Тогда мы видим при симметричном схизмогенезе взаимное нарастание, допустим, агрессии и в пределе — войну. Или стороны ведут себя мирно и хотят сотрудничать, тогда мы видим объединенную Европу.

Такие же особенности общения свойственны парному взаимодействию людей. При комплементарном паттерне взаимодействия мы видим пары: палач — жертва, самоутверждение — покорность, демонстративное поведение — восхищение и т.п. При нарастании различий один член пары все время приспособляется к другому и теряет себя в отношениях. Он перестает понимать свои желания, мотивы, стремления, не осознает своего внутреннего содержания. Так же как при нарастании комплементарного схизмогенеза групп две равноправные страны заменяются метрополией и колонией, так и в паре вместо двух разных людей возникает то, что Мюррей Боуэн называл «нерасчлененная эго-масса». При симметричном схизмогенезе в паре люди общаются по принципу «око за око, зуб за зуб». При таком взаимодействии различий становится все меньше и меньше. Выстраиваются другие пары: гнев — гнев, агрессия — агрессия, покорность — покорность. Поведение и устремления у людей одинаковые, они представляют собой два зеркала, стоящие друг напротив друга. Понятно, что взаимная агрессия приводит к насилию в семье, а при взаимной покорности люди не могут принимать решений, и динамика семейной жизни практически замирает.

Люди — пленники коммуникативных паттернов. Их поведение подчиняется коммуникативной логике. В дисфункциональной семье многие процессы очень ригидны. Коммуникативные паттерны — не исключение. Возникают стереотипы взаимодействия, и люди им следуют. Коммуникативные паттерны есть и в терапевтическом взаимодействии. Взаимодействие психотерапевта и клиента комплементарно. Психотерапевт в позиции дающего, помогающего, а клиент — нуждающегося, берущего. При нарастании комплементарного схизмогенеза клиент инвалидизируется, терапия не достигает цели. Во всех психотерапевтических школах разработаны приемы, помогающие психотерапевту избегать ловушки комплементарного взаимодействия. Может возникнуть, напротив, и симметричная коммуникация, при потере нейтральности терапевта. Это когда агрессия клиента, встречается со встречной агрессией терапевта, тогда может начаться позиционная борьба за установление правил работы, сеттинга и т.п. Грегори Бейтсон выделял еще один паттерн взаимодействия, который он назвал обоюдность. Под

обоюдностью он понимал быструю и гибкую смену паттернов симметричности и комплементарности. В функциональной семье все устройство гибкое и легко изменяемое, так что в ней, если применять термин Бейтсона, господствует обоюдность.

4. Каждая коммуникация имеет содержательный аспект и аспект отношений

Коммуникация не только передает информацию, но и влияет на поведение. Иногда коммуникацию подразделяют на описательную и побудительную. Представьте себе прибор. Есть его описание — содержательный аспект. Есть инструкция — что надо делать, чтобы им пользоваться — это побудительный аспект, или информация об информации. В человеческом общении все устроено так же, но выглядит более драматично. Побудительный аспект коммуникации, или информация об информации, формирует взаимоотношения людей.

Ребенок хохочет и, допустим, плюется едой.

«Сейчас получишь по попе». Это информация. Ребенок не верит и продолжает безобразничать. «Я не шучу». Это информация об информации.

«Брось меня, командир» — это просьба от нижестоящего к вышестоящему. «Солдат, брось меня». А солдат, преданный своему командиру, понятное дело, его не бросает и тащит на себе. А если «это приказ», то здесь все ясно.

Чаще информация об информации скрыта в общении. Интересные примеры приводит И. Утехин (2004) «Где ты опять оставляешь свои носки, ты никогда не выключаешь свет на кухне, почему за тобой всегда надо убирать, крошки на скатерти, мусор не вынесен...» (с. 1).

Информацией об информации являются слова «всегда», «никогда», «опять». Утехин обобщает их в одном слове «доколе?». Один воспитывает, а другой является жертвой воспитания, если принимает упреки. Метакоммуникация определяет статусную расстановку в паре. Один «выше», он воспитывает, другой — объект или жертва воспитания, он ниже по положению. Если выделить «голую» метакоммуникацию, то она выглядит так: «Я вижу себя главным в контакте с тобой в данный момент».

Жертва находится в комплементарной позиции. Неважно, извиняется она или ворчит в ответ. Если нет ответной агрессии, то побудительный ответ такой: «Я вижу себя подчиненным в контакте с тобой в данный момент».

Ответ может быть и другим. «Еще слово скажешь — уйду, побью, ничего не буду делать». В этом случае позиция партнера симметричная и побудительный аспект коммуникации такой: «Нет, это я вижу себя главным в контакте с тобой в данный момент».

Очень важно то, что побудительные аспекты коммуникационных обменов очень динамичны. Они действительно «играют» только в данный момент. Если отношения тяжелые и конфликтные, то определяющим и самым главным являются именно побудительные аспекты, а содержательные неважны.

В системной теории выделяют три варианта побудительного аспекта коммуникации.

1. Подтверждение самоопределения.

«Я вижу себя таким-то в контакте с тобой в данный момент».

«И я вижу тебя именно таким в контакте со мной в данный момент».

В обыденной жизни это выглядит, например, так: «Правда мне очень идет эта стрижка?» — «Да, дорогая, ты — красавица».

2. Отрицание самоопределения.

«Я вижу себя таким-то в контакте с тобой в данный момент».

«А я не вижу тебя таким в контакте со мной в данный момент».

«Правда мне очень идет эта стрижка?»

«Тебе вообще ничего не идет» или помягче: «Стрижка хорошая, но все-таки надо сбросить вес».

3. Игнорирование самоопределения.

«Я вижу себя таким-то в контакте с тобой в данный момент».

«Я тебя не вижу».

«Правда мне очень идет эта стрижка?»

«Отойди, пожалуйста, ты мне телевизор загромождаешь».

Отрицание и игнорирование самоопределения обижают, особенно если они поступают от значимых людей. Есть люди, которые всю жизнь бьются за признание. Например, нелюбимые дети — это самые преданные и добросовестные дети своих родителей. Неважно, действительно ли их отвергали и игнорировали, или они просто ревновали родителей к своему сиблингу, но такой ребенок всю жизнь может доказывать, что он — лучший ребенок. Мудрый родитель умеет этим воспользоваться.?? Хвалить и благодарить за заботу и успехи, конечно. нужно, но не захваливать. Нет-нет, да и сказать что-то вроде: «Не так поешь, не так летаешь» или похвалить, а еще лучше пожалеть сестру или брата,? и тогда пресловутый стакан воды будет гарантирован в старости.

5. Коммуникативный процесс воспринимается по-разному участвующими в нем сторонами; у каждого человека формируется своя реальность

При обучении системной психотерапии полезно рекомендовать студентам посмотреть фильм А. Куросавы «Расёмон». Это история о том, как на путешествующего самурая с женой напал разбойник. Жена изнасилована, муж погиб. Живые и дух мертвого излагают свою версию произошедшего. Версии драматически различны, люди по-разному увидели и трактовали произошедшее. Показателен и фильм И. Бергмана «Сцены супружеской жизни». Здесь представлен рассказ мужа и жены, зритель понимает, что люди жили в разных реальностях и некоей общей, где могла бы произойти их экзистенциальная встреча, не было. У разных людей всегда создается разная картина последовательности событий. В системной теории это явление называется разная *пунктуация* последовательности событий. Двое подрались на улице. Их привели в милицию и допрашивают. Один сообщает: «Драка началась с того, что он дал мне сдачи». Для него событием было не то, что он ударил человека, а с то, что получил удар в ответ. Есть такой старый анекдот: «У крысы вырабатывают условный рефлекс. Ее учат нажимать на рычаг. Если она нажимает на рычаг, то ей дают еду. В клетку подсаживают крысуню. Старая крыса говорит ему: "Я приучила этих людей. Если мне нужна еда, я нажимаю на рычаг"».

В жизни мы встречаемся с этим постоянно. Муж жалуется на то, что жена все время ворчит. Жена жалуется на то, что муж ничего не делает дома. Жена приходит домой и видит мужа спящим на диване, а носки лежащими на полу. Она будит мужа, упрекает его за то, что он разбрасывает носки, уносит носки в стирку. Муж недоволен тем, что ему не дали поспать, что его грубо разбудили и сообщает, что с дивана сегодня вообще не сойдет. Жена ворчит, но ужин ему на диван приносит, грязные тарелки уносит и продолжает ворчать. Для жены последовательность событий такая: лежит — приходится действовать самой — лежит еще «основательней». Для мужа другая: критикует, при этом делает все сама — лежу — всю активность забрала себе . Это был пример о том, как взаимодействие видится в терминах причинно-следственной связи, в зависимости от того, где видится «начало» Для мужа — причина в жене, а его поведение — следствие и наоборот. На деле — циркулярная зависимость

Понятно, что разные пунктуационные —т.е. зависящие от того, где мы видим «начало» а где ставим «точку», паттерны есть паттерны обмена подкреплениями. Так формируется союз гипо- и гиперфункционала. Они не могут друг без друга и

поощряют друг друга, даже если это им не нравится. Если бы жена не будила, не ворчала и ничего для мужа не делала, то глядишь, он с дивана и встал бы. А если бы жена упорствовала в своем милом безделье, то муж стал бы активнее, и, возможно, уже жена могла бы всюду разбрасывать свои колготки.

Обычно люди спорят о пунктуации последовательности событий. В кабинете системного семейного психотерапевта это происходит все время. Очень трудно убедить людей не искать общую пунктуацию, а с интересом отнестись к картинке каждого. Иной раз это трудно и психотерапевту. Он может потерять нейтральность и принять версию какой-то одной стороны. Спасением от этого является уход от линейной пунктуации одного человека и переход к циркулярному видению. В этом случае психотерапевт учитывает взаимное подкрепление, которое происходит каждый раз, когда возникает взаимодействие. Не было бы сдачи, если бы не было первого удара. Кроме того, психотерапевт учитывает все коммуникативные контексты. Гипофункционалу приятно, когда его обслуживают, в этом он видит знак заботы и любви. А гиперфункционалу нравится осознавать свою нужность и всесильность.

6. В общении могут возникать парадоксальные способы взаимодействия

Парадоксы очень интересовали людей. До сих пор не забыты знаменитые парадоксы античного мира, например: Ахиллес и черепаха или остров Крит, где все лжецы. Парадоксы производят сильное впечатление — завораживают, восхищают и возмущают. Вацлавик (Вацлавик, Бивин, Джексон, 2000) определяет парадокс так: «Противоречие, которое возникает в результате корректной дедукции на основе согласующихся посылок». Выделяют три типа парадокса:

1. Логико-математические парадоксы.
2. Семантические парадоксы.
3. Прагматические парадоксы.

В человеческом общении чаще всего встречаются два последних типа парадоксов. Семантические парадоксы, или парадоксальные определения, хорошо иллюстрируются парадоксом о критянце. На острове Крит все лжецы, сказал критянин. Противоречие. Если он критянин, значит, лжец, поэтому его утверждение о том, что на Крите все лжецы,— ложь. Значит, не все. Значит, и он может сказать правду. Значит надо верить тому, что все критяне врут, а перед нами критянин. Ну и т.д.

Хорошо известна история про брадобрея, который брил всех мужчин в своей деревне, которые не брились сами. А если так, к какой категории — не бреющихся самостоятельно или бреющихся у брадобрея - относится сам брадобрей? Нонсенс.

Прагматические парадоксы — это сфера ежедневного человеческого общения. Бывают парадоксальные предписания. Например, родитель говорит ребенку: «Не будь таким послушным». Если ребенок начнет безобразничать, то это означает, что он послушный. Если он будет продолжать вести себя хорошо, значит, он не выполнил предписание. Ребенок в тупике. Или девушка говорит своему возлюбленному: «Будь властным со мной». Все понятно. Если он станет выполнять ее просьбу, то власть в руках у возлюбленной, а если нет, то просьбу он не выполнит». Или: «Ты должен быть спонтанным». Парадоксальные предписания разрушают деятельность.

Парадокс заключается в том, что требуется симметричный ответ в рамках комплементарного взаимодействия.

Двойная ловушка так же относится к сфере прагматических парадоксов. На одном коммуникативном уровне дается одно предписание, на другом — противоположное, и, кроме того, существует запрет на выход из контакта, на неподчинение. Стой там, иди сюда, это приказ.

Парадоксальные обещания. В книге Вацлавика приводится такой пример. Преподаватель сообщает студентам, что на следующей неделе у них будет внезапный и неожиданный экзамен. После этого экзамен уже не может быть неожиданным, и, если его не будет в четверг, то он совершенно точно будет в пятницу.

Функционирование каждой семейной системы подчиняется двум законам- закону гомеостаза и закону развития. Закон гомеостаза гласит: всякая система стремится к постоянству, к стабильности. Для семьи это означает, что она в каждый данный момент времени своего существования стремится сохранить статус кво. Закон развития утверждает, что каждая семья должна пройти свой жизненный цикл.

В семейной системе постоянно происходят процессы изменений. Эти процессы задаются изменениями физического возраста членов семьи и изменением структуры семьи- рождением и смертью людей. Они и составляют жизненный цикл семьи. Стадии жизненного цикла семьи подробно описаны у А.Я.Варга (2001).Любую семейную систему можно описать с помощью определенных параметров. Можно выделить пять информативных параметров: 1.особенности взаимоотношений членов семьи; 2.гласные и негласные правила жизни в семье;3.семейные мифы; 4.стабилизаторы семейной системы,5.трансгенерационные процессы в семье.

Объем данной публикации не позволяет подробно раскрыть все параметры описания семейной системы.

Особенности взаимоотношений членов семьи описываются с помощью наиболее часто встречающихся коммуникативных обменов (см. выше).

1. О правилах жизни в семье, семейных мифах и стабилизаторах можно прочесть у Варга А.Я. (2001). Отдельно хотелось бы остановиться на пятом параметре – трансгенерационные процессы в семье. Их подробно описал Мюррей Боуэн в своих трудах

В статье 1976 года Боуэн определил основную идею, вдохновившую его на работу. Он пишет: "Я выдвинул теоретическое предположение, определяющее эмоциональное заболевание как нарушение эмоциональной системы, сокровенной части человеческого филогенетического прошлого, которую он разделяет со всеми низшими формами жизни, которая управляется теми же законами, что и все живые существа" (Bowen, 1976).

Теория Боуэна содержит две основные переменные: уровень тревоги (или эмоционального напряжения) и степень дифференциации Я. Все организмы способны адаптироваться к сильной тревоге, справиться с короткими приступами тревоги. Но когда тревожность возрастает и становится хронической, в этот период в организме возрастает напряжение (внутри себя или в системе отношений). Напряжение приводит к появлению симптомов или дисфункций (физической, эмоциональной или социальной). Существует феномен заражения тревожностью - тревога может быстро распространяться в семье или в обществе. Любой человек в разное время может иметь разный уровень хронической тревоги. И выглядеть нормальным при одном уровне тревожности и ненормальным при другом, более высоком уровне.

1. Дифференциация Я - основополагающая концепция теории Боуэна

По Боуэну у любого человека существуют интеллектуальная и эмоциональная системы.

Интеллектуальное функционирование относится к области рефлексии, мыслительных способностей человека. Интеллектуальная система - это функция коры головного мозга,

эмоциональной системе. При этом какой бы ни был у них интеллект, он подчиняется эмоциям. Они могут быть прекрасными математиками, но в межлических отношениях, в личной жизни их поведение полностью контролируется эмоциями. Эти люди менее гибки и адаптивны, более эмоционально зависимы от всех и от всего, легко впадают в дисфункции и с трудом восстанавливаются .

Хотя Боуэн отмечал, что разделение между эмоциями и интеллектом может быть только относительным, однако, люди на другом конце континуума более гибки и способны к адаптации, более эмоционально независимы, в большой степени свободны от проблем любого рода. Во время стресса функционирование интеллектуальной сферы у них может быть относительно автономным

Однако, встречаются люди с высоким уровнем слияния, которые при этом умудряются поддерживать сбалансированные отношения, не испытывают острых стрессов, не проявляют симптомов и выглядят нормальными. Но они плохо адаптируются к жизни, и если у них появляются дисфункции - это состояние может стать хроническим или постоянным. Хорошо дифференцированные люди также могут иметь дисфункции, но они быстро восстанавливаются.

Способность разделять интеллектуальное и эмоциональное функционирование относительна. Стоит тревоге достигнуть определенного уровня, и автоматические реакции эмоциональной системы начинают происходить независимо от когнитивной активности. Даже высоко дифференцированная личность при достаточно высоком уровне тревоги испытывает трудности в мыслительном управлении поведением. С другой стороны, личность с низким базисным уровнем дифференциации может утратить когнитивное функционирование даже при небольшой тревоге. Нужно отметить, что чем выше тревога, тем в большей мере поведение становится автоматическим, или инстинктивным.

Базисный уровень дифференцированности личности обусловлен предшествующими поколениями и родителями, с которыми вырос человек. Чем больше жизнь контролируется эмоциональной системой, тем более она следует всем формам инстинктивного поведения, несмотря на все интеллектуализированные попытки человека объяснить своё поведение. При высоком уровне дифференцированности Я все эти влияния эмоциональной системы тоже присутствуют, но интеллект в достаточной степени автономен, чтобы принимать решения независимо от эмоционального состояния.

Не стоит путать автономную интеллектуальную систему со склонностью к интеллектуализации, когда она выступает как механизм защиты от свободного выражения чувств, которое считается признаком здоровья.

Боуэн пишет: "Недифференцированный человек, находящийся в ловушке своего эмоционального мира, может продуцировать противоречивые, интеллектуально звучащие объяснения своему состоянию, в то время как более дифференцированный человек, может, если хочет, разделить с другими всю полноту эмоциональной близости, не боясь оказаться слитым с ними. Его интеллектуальные процессы совершенно отличны от бессвязных интеллектуализированных объяснений эмоционально недифференцированной личности".

Концепция континуума также выводит за свои пределы такие категории как гениальность, социальный класс, культурно-этнические различия. Она - универсальна и подходит для всех форм жизни человека.

Ещё одна важная составляющая дифференциации Я - Уровень Целостного Я и Псевдо -Я в человеке.

Структура Псевдо-Я -формируется для приспособления к окружающей среде и состоит из множества убеждений, установок, и.т.д., разделяемых потому, что их разделяет и считает правильными та группа, с которой идентифицирует себя человек. Она создается и модифицируется под влиянием эмоционального давления, существующего в любом эмоциональном союзе, будь то семья или общество. Группа требует от члена приспособления к ее идеалам и нормам. При этом, принципы Псевдо-Я случайны и противоречивы, но индивид этого не осознает, находясь под давлением; оно не инкорпорировано, а как бы добавлено к Я. В период эмоциональной близости два Псевдо-Я сливаются друг с другом, одно растворяется в другом. Целостное Я - не участвует в феномене слияния, состоит из четко определенных убеждений, мнений, установок и жизненных принципов. Когда человек делает выбор, он становится ответственным за себя и за последствия своих поступков.

Псевдо-Я развито в нас гораздо больше, а Целостное Я гораздо меньше чем это нам кажется.

Именно на уровне Псевдо-Я люди дают, получают, одалживают, торгуются и обмениваются своими Я. При любом акте обмена один отдает часть себя, а другой получает равное количество. Примером может служить любовь - каждый пытается быть таким , каким его хочет видеть другой, и в свою очередь требует от партнёра подобных изменений. Эта торговля происходит на уровне Псевдо-Я. В браке два Псевдо-Я сливаются в МЫ, где один становится носителем инициативы и ответственным за принятие решений. Этот один получает Псевдо - Я в той степени, в которой теряет другой его теряет. Партнер может отдать свое Псевдо - Я сразу или после непродолжительной торговли. Чем лучше супруги способны чередовать эти роли, тем здоровей брак. То же происходит в любых группах. Обмен Псевдо-Я автоматический эмоциональный процесс, который появляется, когда люди манипулируют друг другом в тонких жизненных ситуациях. Обмен Псевдо-Я может быть коротким (критика, которая заставит человека чувствовать себя плохо в течении нескольких дней) или длительным, в котором приспособляющийся (теряющий Псевдо - Я) партнер настолько теряется, что лишается способности принимать решения и приобретает тяжелую дисфункцию - психоз или серьезное хроническое заболевание. Эти механизмы гораздо менее интенсивны при более высоких уровнях дифференциации.

В зависимости от расположения на континууме, Боуэн разделил всех людей на четыре группы:

1. 0-25 - Слияние

- Недифференцированная эго масса семьи (или общества)
- Не отличают чувства от фактов
- Полностью ориентированы на отношения
- Вся энергия уходит на поиски любви, одобрения, поддержание отношений в гармонии
- На жизненные цели энергии нет
- Если одобрения не находят, то уходят в себя или борются с системой отношений, в которой их не полюбили
- Жизненно важные решения принимаются на основе текущего чувства

- Пытаются привести систему отношений в состояние баланса, ощутить комфорт и избавиться от тревоги
- Не способны поставить конкретных отдаленных целей, кроме как "хочу быть счастливым" и т.д.
- Зависимы от родителей, затем ищут такую же систему отношений, в которой смогут почерпнуть достаточно сил, чтобы функционировать
- Не могут адаптироваться
- Много симптомов и кризисов
- Имеют проблемы со здоровьем, социальные и финансовые сложности
- Проблемы носят хронический характер
- Если в результате терапии они ощущают незначительный комфорт, они удовлетворены

2. 25-50 - умеренная дифференциация Я

- Начало дифференциации эмоциональной и интеллектуальной систем
- Псевдо-Я превалирует
- Жизнь подчинена эмоциональной системе, но жизненные стили более гибки
- Если тревога низкая, функционируют как при высокой дифференциации Я, если высокая - как при слабой
- Ориентированы на отношения. Большая часть энергии уходит на поиск любви и одобрения.
- Чувства выражаются более открыто, чем на первом уровне.
- Ориентированы на то, что подумают другие, стремятся завоевать друзей и одобрение
- Самооценка зависит от других
- Успех в работе завистит и достигается с помощью статуса в отношениях, а не за счет качества самой работы
- Псевдо-Я состоит из произвольного набора противоречащих друг другу принципов и принимает любые формы, чтобы смешаться с разными системами отношений
- Целостное - Я плохо развито. Говорят "я чувствую, что..." перед любым псевдо философским утверждением. Апеллируют к туманным авторитетам: "согласно правилам", "научно доказано", "испокон веков известно", выдергивают нужную информацию из контекста
- Интеллект в приложении к вещам, не касающимся человека, его личности, отношений и т.д может быть хорошо развит
- Интеллект в приложении к личным вопросам недостаточно развит и в их личной жизни царит хаос
- Здесь находятся прилежные ученики и революционеры. Революционер восстает против существующей системы, но ему нечего предложить взамен.
- Крайний вариант открытых чувств. Они хотят эмоциональной близости и прямой коммуникации чувств. Они открыто эмоционально зависимы от другого, очень чувствительны, воспринимают настроение, проявления и позицию другого и отвечают открыто, прямо выражая чувства или действуя импульсивно.
- Всю жизнь ищут идеальных близких отношений. Находят ® слияние ® реагируют дистанцированием и отчуждением ® что затем стимулирует следующий цикл поисков близости или депрессию и отчуждение, или поиск новых систем отношений.
- Демонстрируют большое количество проблем: полный набор физических болезней, эмоциональных болезней и социальных дисфункций
- Эмоциональные расстройства включают: внутренние проблемы невротического уровня, депрессию, расстройства поведения и нарушения характера

- Склонны к алкоголизму и наркомании, чтобы снизить тревогу
- Демонстрируют импульсивное, безответственное поведение

3. 50-75 - хороший уровень дифференциации Я

- Интеллектуальная и эмоциональная системы дифференцированы достаточно для того, чтобы работать бок о бок, в сотрудничестве, как команда
- Интеллектуальная система достаточно автономна. Когда тревога возрастает - она не теряет автономности и не подчиняется эмоциональной системе
- Хороший уровень развития Целостного - Я
- В период низкой тревоги люди применяют логическое мышление, чтобы развить убеждения, взгляды и принципы, которые они затем используют в моменты высокой тревоги и паники для контроля над эмоциональной системой.
- Дифференциация Я имеет здесь тонкую градацию: от людей, которые знают, что есть лучший выход и способ действия, но их интеллект плохо сформирован, и они все равно ведут себя подобно людям на втором уровне - до людей с наиболее развитым Целостным - Я, которые контролируют свою эмоциональную систему.
- Свобода повышается. Эти люди больше не пленники чувственно-эмоционального мира.
- Их эмоциональная жизнь удовлетворяет, гораздо больше
- Они могут жить полноценной эмоциональной жизнью и разделять свои эмоции с другими, зная что если возникнет необходимость они легко смогут выпутаться, используя логическое мышление.
- Могут расслабиться и отдать контроль эмоциональной системе в отдельные периоды жизни, но если возникнут проблемы, контроль вновь передается интеллекту, тревога снижается и кризиса удается избежать.
- Менее ориентированы на отношения
- Имеют цели жизни
- Меньше зависят от того, что думают другие
- Способны твердо стоять на своих собственных убеждениях, не имея необходимости нападать на убеждения других и защищать свои.
- Адекватная самооценка
- Брак - функциональное партнерство
- Супругам нравится эмоциональная близость, но они не теряют собственных Я
- Жена лучше реализуется как женщина, а муж как мужчина, без необходимости спорить о преимуществах и недостатках биологического пола и социальных ролей
- Позволяют детям вырасти и построить собственные Я, не пытаются слепить их по своему образу и подобию
- Каждый из супругов и детей сам отвечает за себя - не обвиняют друг друга за свои поражения и не приписывают другим своих побед
- Могут успешно взаимодействовать с другими людьми и хорошо себя чувствуют, когда находятся одни.
- Хорошо справляются с различными жизненными ситуациями
- Свободны от большинства проблем

4. 75 - 100 уровень дифференциации Я

- скорее гипотетический, чем реальный

2. Концепция о триангуляции

Диада может оставаться стабильной до тех пор, пока уровень тревоги низкий. Как только он повышается, в целях снижения тревоги, привлекается достаточно уязвимый третий, чтобы создать треугольник. Если напряжение в треугольнике слишком велико для троих, включаются другие люди, и все отношения организуются в серию взаимосвязанных треугольников.

Эмоциональный процесс между двумя людьми или группами имеет постоянную тенденцию вовлечения третьего. В этом - суть концепции треугольников. Однако если третья сторона сможет оставаться в активном контакте с каждой из двух других, находясь в то же время вне эмоционального поля их отношений, то эмоциональная интенсивность отношений первых двоих найдет автоматическое разрешение (Bowen, 1966, 1971).

В период покоя (когда тревога низкая) треугольник состоит из двух близких друг другу людей в состоянии комфорта и третьего, аутсайдера, ощущающего себя менее комфортно. Двое защищают свою совместность, а третий чувствует себя неуютно, но при этом имеет возможность образовать собственную совместность где-нибудь еще. Аутсайдер хочет сформировать совместность с кем-то из двоих и есть масса ходов и способов это устроить. Эмоциональные силы внутри треугольника находятся в постоянном движении, даже в периоды спокойствия (когда тревога низка).

В периоды стресса позиция аутсайдера наиболее комфортная и предпочтительная. В силу этого, каждый член треугольника стремится занять аутсайдерскую позицию, чтобы избежать напряжения между двумя другими. Когда невозможно переключить силы в треугольнике, один из двоих подключает четвертого, оставляя предыдущего третьего вовне, чтобы позже вовлечь его снова.

В новом треугольнике эмоциональные силы воспроизводят абсолютно тот же паттерн, что и в предыдущем.

Эмоциональные силы продолжают перемещаться из одного активного треугольника в другой и, в конце концов, оседают в одном треугольнике до тех пор, пока вся система остается достаточно спокойной (тревога низкая).

Когда напряжение в семье достаточно велико, а возможности внутрисемейных треугольников исчерпаны, семейная система триангулирует людей извне, например - полицейских или социальных работников. Попытка выноса напряжения вовне считается успешной, если привлеченные люди вступают в конфликт с семейной системой, а она при этом становится спокойней.

Когда в треугольнике среднее напряжение, две стороны чувствуют себя комфортно, а одна находится в конфликте. Такие паттерны воспроизводятся в треугольнике много раз, участники получают фиксированные роли и закрепленные отношения друг с другом.

Важно отметить, что в вершинах треугольника могут быть не только отдельные личности, но и предметы, проблема, хобби, работа, группы людей и т. п.

Треугольник - не всегда патологическая вещь. Например в семье с маленьким ребёнком он вполне естественен. Но если треугольник обеспечивает стабильную ситуацию в условиях незрелой системы, то он останавливает её развитие.

3. Концепция об эмоциональных процессах ядерной семьи

Концепция описывает паттерны эмоционального взаимодействия в семье на уровне одного поколения. Определенные базисные паттерны отношений между матерью, отцом и ребенком воспроизводят паттерны прошлых поколений и будут воспроизведены в последующих.

Обычно начало нуклеарной семьи - это брак. Супруги вступают в брак с жизненными паттернами и уровнями дифференцированности, унаследованными от их родительских семей. Ухаживание, брак и деторождение в значительной степени регулируются эмоционально-инстинктивными силами. То, как будущие супруги встречаются, ухаживают и планируют брак, дает много информации об уровне их дифференцированности. Чем ниже уровень дифференцированности, тем больше проблем можно ожидать в будущем. Люди выбирают партнеров, имеющих сходный уровень дифференциации. Большинство супругов имеют наиболее близкие и открытые отношения в период ухаживания. Чем ниже их уровни дифференцированности, тем интенсивней эмоциональное слияние в браке. Один партнер доминантный, другой приспособляющийся. Если оба пытаются стать доминантными - конфликт неизбежен. Когда оба приспособляющиеся - возникает паралич принятия решений.

Стремление к доминантной или адаптивной позиции определяется позицией, которую человек занимал в родительской семье. Слияние приводит к появлению тревоги у одного или обоих супругов. На слияние супруги реагируют по-разному. Наиболее распространенный способ - эмоциональное дистанцирование. В некоторой степени этот способ представлен во всех браках, а во многих браках он присутствует в большой степени. Существуют четыре большие области, в которых степень слияния в браке манифестируется в симптомах: эмоциональная дистанция супружеский конфликт, болезнь или дисфункция одного из супругов, проекция проблем на детей. Обычно в семьях действует сразу несколько из этих механизмов, значительно реже - какой-либо один доминирует над остальными.

Чем больше слияние, то есть чем ниже уровень дифференциации в супружеской паре, тем активнее используются эти механизмы, а также тем выше уровень тревоги в семье. При низком уровне хронической тревоги в семье свойственные ей механизмы могут проявляться лишь ситуативно, в периоды острой тревоги.

Активизация механизмов "защиты от близости" неизменно ведет к активизации треугольников.

1. Эмоциональная дистанция. Имеется в виду реагирование на интенсивность эмоционального контакта путем дистанцирования. Чаще это бывает при негативном эмоциональном заряде, но возможно и при чрезмерной позитивности слитности. Дистанция может быть реальной, а может быть результатом внутренних операций. В первом случае, например, один из супругов может проводить много времени вне дома под теми или иными предлогами, или же супруги очень много времени проводят в компании других людей. Иначе говоря, ситуации, благоприятные для интенсивного контакта, избегаются. Во втором случае дистанция создается более тонкими средствами, направленными на снижение эмоционального реагирования. Примеры таких средств - хроническая раздражительность, хобби, "каменное" выражение лица. Интересно, что человек может, устранившись из эмоционального контакта с другим, очень много об этом другом думать.

Обычно партнерами дистанцируются автоматически, без осознания этого. Дистанцирование, по сути, есть "клапан" для выпуска напряжения. Не смотря на то,

что оно происходит автоматически, дистанцирование обычно приводит к большему психологическому расстоянию, чем хотели бы партнеры. Когда у одного из них дискомфорт увеличивается, происходит активизация треугольника с вовлечением значимого третьего лица. В любом случае избегается дискомфорт, который ощущается из-за чрезмерной близости. При этом источником собственных эмоциональных реакций и дискомфорта воспринимается партнер.

2. *Супружеский конфликт.* Его функция - управление тревогой, поддержание равновесия в семье. Степень его может быть от мягкой до тяжелой и зависит от уровня слияния супружеской пары, а также от интенсивности тревоги.

В ситуациях, когда партнеры излишне эмоционально реагируют друг на друга, их мысли часто сконцентрированы на "упрямстве, равнодушии, неразумности" другого. Конфликт может вспыхнуть по незначительному поводу и быстро достигнуть высокого накала. При этом, могут вспоминаться давние обиды. Если интенсивность конфликта такова, что он становится неуправляемым, автоматически возникают тенденции привлечения значимого третьего лица (или организации, например, полиции или службы кризисного вмешательства).

Обычен двухфазный режим: конфликт - последующее дистанцирование. Нередко бывает и так, что конфликты чередуются с периодами теплой близости: близость - напряжение - дистанцирование - конфликт. На фазе дистанцирования каждый из партнеров может поджидать, пока другой "оступится" - что-то сделает "не так". Таким образом, при супружеском конфликте партнеры очень сосредоточены друг на друге. Ошибки и оплошности очень внимательно отслеживаются. Собственной роли в повторяющейся ситуации никто, разумеется, не понимает, в лучшем случае, собственная роль может признаваться, но оцениваться как необходимая самозащита.

Как ни странно, чем больше тревоги канализируется в супружеский конфликт, тем менее вероятен ущерб для развития ребенка. Правда, если родитель начинает тревожиться о влиянии супружеских разногласий на ребенка, это свидетельствует о вовлечении последнего в эмоциональный процесс партнерских отношений.

3. *Передача проблемы ребенку.* Любой ребенок в какой-то степени вовлечен в эмоциональные процессы, происходящие между родителями. Однако иногда эта вовлеченность может быть столь велика или даже тотальна, что нарушает способность ребенка функционировать в жизни. Тревога родителя выражается в сензитивности и реактивности ребенка. Однако нельзя считать родителя виновным, а ребенка - жертвой, поскольку данный процесс вовсе не начался с этого родителя - он может быть прослежен на несколько поколений назад. Кроме того, в этой ситуации речь идет о слитности, в тяжелых случаях достигающей степени симбиоза в биологическом смысле слова. У всех участников симбиоза нарушена способность функционировать и даже самостоятельно выживать в мире.

Эту ситуацию легче описать, чем объяснить. В любом случае, ребенок играет свою роль: он, например, ведет себя таким образом, чтобы оправдывать озабоченность или иной поведенческий стереотип матери по отношению к нему. Впрочем, здесь возможно и влияние случайности - например, неожиданной болезни ребенка или родителя.

Роль отца не менее важна, чем роль матери: вовлеченность ребенка непосредственно зависит от тревоги в отношениях родителей. Недостаточная дифференцированность отца прямо влияет на способность матери объективно смотреть на себя и ребенка. Варианты

отцовского поведения могут быть различны. Он может считать проблемы матери с ребенком объективными, - например, считать ребенка слабым или избалованным, - и пытаться что-то компенсировать. Может быть груб и суров, пытаясь "закалить" ребенка. В результате мать и ребенок еще более сблизятся. В целом, чем больше напряженности в отношениях родителей, тем больше слитность матери и ребенка. Иницирующую роль в этом процессе всегда играет родительская тревога.

4. Дисфункция у супруга. Этот эмоциональный процесс связан с адаптацией супругов друг к другу. Обычно в браке обе стороны постоянно идут на компромиссы, чтобы избежать конфликта. Но в некоторых случаях компромисс становится жестким и выглядит как гиперфункционирование одного партнера и гипофункционирование другого. Тенденция такого рода может быть связана с обоими партнерами. Например, один мог быть обучен в родительской семье принимать решения за других; второй - позволять другим принимать решения за себя.

Это распределение - чисто функциональное: нередко можно наблюдать, как в случае выхода из строя "сильной" стороны "слабая" действует вполне эффективно.

Формирование этого механизма также не вполне ясно. Одним из факторов, однако, считается порядок рождения каждого из супругов. Пока уровень тревоги низок, дисфункция одного из супругов может не проявляться. Однако в ситуации длительного стресса гипофункционал может обнаружить физическую, эмоциональную или социальную дисфункцию. Эта дисфункция, в свою очередь, может вызвать к жизни новые роли или позиции других членов семьи, в конечном счете служащие восстановлению семейного равновесия. Роли сиделок и санитаров при дисфункциональном члене семьи ослабляют межличностную напряженность.

Существует достаточное количество переменных, определяющих способ функционирования семьи в текущем поколении. Тщательно изучая историю семьи и учитывая детали жизни текущего поколения, можно восстановить способы функционирования прошлых поколений. Зная о передаче определенных паттернов через многие поколения, можно предсказать те же самые процессы для будущих поколений.

Все четыре механизма должны поглощать существующую недифференцированность. Для этого могут быть задействованы и все четыре области, и лишь одна из них. Способы обращения с недифференцированностью также имеют свои истоки в семейной истории.

Любые симптомы в нуклеарной семье, супружеский конфликт, дисфункция одного из супругов или нарушения у ребенка, будут менее интенсивными при низком уровне тревоги и более интенсивными при высоком уровне тревоги.

4. Концепция о проективных процессах в семье

Это процесс, посредством которого родительская недифференцированность наносит вред и приводит к ухудшению состояния одного или более детей действующих в треугольнике отец-мать-ребенок.

В каждой супружеской паре существует некое фиксированное количество недифференцированности. И оно может распределяться по четырём каналам. Таким образом, мы можем наблюдать семьи, где практически нет супружеских конфликтов, оба супруга здоровы, а ребенок имеет максимум проблем.

На более тонком уровне проективный процесс связан с материнским инстинктом и степенью, в которой тревога позволяет ему реализоваться во время беременности и в первые месяцы жизни ребенка. Процесс начинается с материнской тревожности, а отец играет поддерживающую роль, помогая ей реализовать тревожность в материнстве. Ребенок отвечает на тревогу матери собственной тревожностью, которую она ошибочно воспринимает как проблему ребенка. Родители начинают гиперопекать ребенка, преобразуя свою тревогу в излишнюю заботу о ребенке. Устанавливается паттерн инфантилизации ребенка, при котором ребенок постепенно становится все более проблемным и требовательным. Как только процесс начался, дальше он может мотивироваться как тревогой матери, так и тревогой ребенка.

Обычно симптомы появляются эпизодически, в стрессовые периоды на протяжении детства, а затем перерастают в более серьезный симптом в подростковом возрасте или после него.

Интенсивное эмоциональное слияние матери и ребенка может проходить в равновесии без симптомов вплоть до пубертатного периода, когда ребенок попытается функционировать самостоятельно. В этот момент отношения ребенка с матерью или с обоими родителями примут негативный характер и у него появятся множество симптомов или один серьезный симптом.

Еще более глубокая степень слияния матери и ребенка может протекать бессимптомно вплоть до ранней юности, когда ребенок впервые попытается жить самостоятельно и рухнет в психоз.

Шизофрения, согласно этой теории, продукт дисфункции во многих поколениях. В каждом следующем поколении симптоматика нарастала, а уровень дифференциации Я снижался, пока, наконец, в очередном поколении не проявилась шизофрения.

Триангулированный ребенок - тот, на котором проективный процесс сфокусирован в наибольшей степени. Он менее всего способен адаптироваться к жизни и в итоге имеет более низкий по сравнению с сиблингами уровень дифференциации Я.

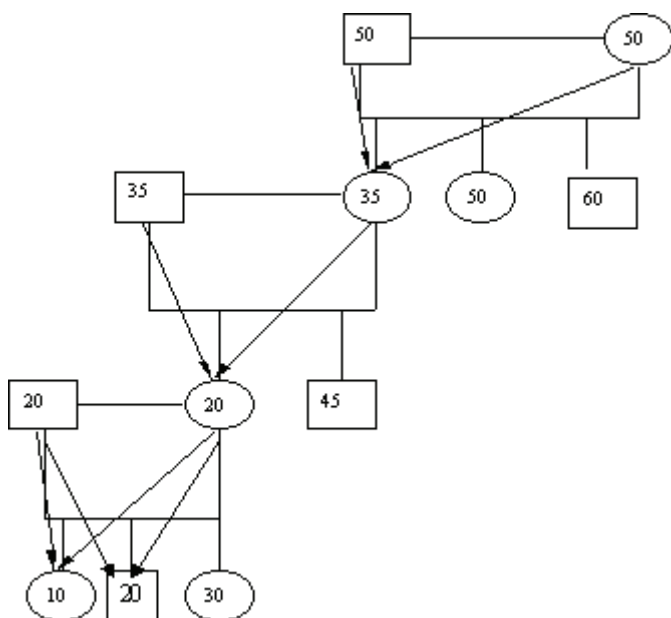
Между детьми недифференцированность распределяется следующим образом: она отдается одному ребенку, а если количество слишком велико для одного, включается еще один, обычно в меньшей степени, чем предыдущий и т.д.

Обычно объектом проекции становятся: старшие дети; единственный ребенок противоположного пола; те, кто особенно эмоционально значим для матери, или те, кто, по ее мнению, особенно эмоционально значим для отца; дети с какими-либо дефектами; единственные дети; единственная дочь или единственный сын, когда остальные дети другого пола; особенные дети, которые были раздражительны, ригидны, находились в плохом контакте с матерью с самого начала. Дети, на момент зачатия и рождения которых пришлось состояние повышенной тревоги. Количество особых эмоциональных вложений в таких детей изначально велико. Женщины, которые в подростковом возрасте больше мечтали о муже, чем о детях, будут скорее иметь супружеский конфликт или дисфункцию (или нефункционального мужа), а женщины представлявшие себя в будущем скорее матерями, чем женами будут склонны к проективным процессам и триангуляции детей.

5. Концепция о многопоколенной передаче

Одной из важных концепций теоретической системы Боуэна является процесс межпоколенной передачи от родителей детям разных уровней незрелости. В большинстве семей родители передают часть своей незрелости одному или нескольким детям. Чтобы проиллюстрировать этот процесс я начну с родителей со средним уровнем дифференциации и допущу, что в каждом поколении родители проецируют основную часть своей незрелости только одному ребенку, таким образом, максимальная нарушенность сосредотачивается в каждом поколении в одном ребенке. Кроме того, я допущу, что один ребенок в каждом поколении вырастает относительно вне эмоциональных требований и нажимов со стороны семейной эгомассы и достигает наиболее высокого уровня дифференциации, возможного в данной ситуации. По существу невозможно, чтобы такая последовательность возникала из поколения в поколение, но она действительно иллюстрирует этот паттерн.

Пример:



Представим себе родителей с уровнем дифференциации 50. У них есть трое детей. Уровень наиболее вовлеченного ребенка - 35, что существенно ниже, чем базовый уровень родителей. У данного ребёнка будут наблюдаться наибольшие нарушения. Уровень другого ребенка 50, такой же, как базовый уровень родителей. Третий вырастает относительно вне семейных проблем и достигает уровня 60, что выше, чем у родителей. Если учесть, что ребенок с уровнем 35, заключает брак с супругом, уровень дифференциации которого в районе 35, то особенности этого брака будут изменяться в зависимости от способа, с помощью которого в этой семье будет решаться проблемы. В семье с наибольшей проекцией будет спокойный брак и почти полная сосредоточенность на здоровье, благосостоянии и достижениях наиболее вовлеченного ребенка, уровень которого будет, в этом случае, ещё ниже, например, 20. Они могли бы иметь другого ребенка, растущего вне семейных проекций, с уровнем 45, то есть выше, чем у родителей. Иметь двоих детей, одного с уровнем 20, а другого - 45 едва ли возможно. Ребенок с уровнем 20 уже находится в зоне риска и подвержен целому спектру проблем. В начале он

может быть сверхуспевающим в школе, а затем, в подростковом возрасте перенести эмоциональный срыв. С особой помощью он, возможно, смог бы окончить школу, провести несколько лет бесцельно, а затем найти супруга, чьи "потребности в другом" так же велики, как и у него. У них, вероятно, будет множество проблем в браке, со здоровьем, социальных проблем, и проблемы будут слишком велики, чтобы их можно было спроецировать их лишь на одного ребенка. Они могли бы иметь одного ребенка с уровнем 10, другого 15, и третьего, растущего вне семейных проекций, с уровнем 30, намного превосходящим уровень родителей. Те дети, чей уровень 10 и 15, являются кандидатами на полный функциональный спад до таких состояний как шизофрения или нарушенное поведение. Это иллюстрирует предыдущие утверждения о том, что необходимо как минимум три поколения, чтобы человек достиг уровня "отсутствия Я" и появления шизофрении. В среднем, незрелость будет прогрессировать существенно медленнее. Кроме того, в каждом поколении есть дети, продвигающиеся вверх по шкале, и в средней семье процесс много медленнее, чем показано в этом примере.

Процесс семейной проекции работает в семье на протяжении многих поколений. Но заметен он только тогда, когда становится достаточно интенсивным. В более мягком варианте это настолько обычный процесс, что люди рассматривают его просто как часть жизни и как естественное единение между детьми и родителями. Как отмечалось ранее, в большей степени этот механизм определяется чувствительностью родителей и только после этого - актуальными потребностями ребенка.

В группе сиблингов один ребенок будет более вовлечен в этот процесс, чем остальные, хотя если процесс достаточно интенсивен, в него могут быть вовлечены и остальные сиблинги. Выделенный ребенок развивает повышенную чувствительность к эмоциям родителей, реагирующую описанным выше способом. Остальные братья и сестры менее чувствительны к эмоциям родителей. Они вырастают более дифференцированными, с большим разделением между чувствами и мыслями., чем у их податливого сиблинга.. Они склонны больше учиться на сильных сторонах родителей. Вовлеченный же ребенок знает о родительской эмоциональной незрелости и стимулирует ее.

Теория Боуэна предполагает, что люди выбирают партнеров по браку с уровнем дифференциации близким к их собственному. Следовательно, из поколения в поколение ребенок, обремененный родительскими проекциями женится и функционирует с большей эмоциональной интенсивностью, чем его родители. Их сиблинги создают семьи по эмоциональным уровням близкие или менее интенсивные, чем родительские. С этой точки зрения, в любой семье существуют ветви с повышающимся и ветви с понижающимся уровнями дифференциации. Конечной точкой такой прогрессии в направлении недифференцированности являются разнообразные дисфункции. Формы шизофрении, хронический алкоголизм, и даже, возможно, хронические физические заболевания, очевидно, являются манифестациями высокоинтенсивных вариантов этого процесса.

В любом поколении случайные события могут замедлить этот процесс. Аналогично, неблагоприятные обстоятельства могут ускорить его. Важной переменной является наличие механизмов в браке, отличающихся от проекции и способных поглощать тревогу. На определенном уровне могут играть роль изменения в обществе и последующие колебания тревоги. Важным фактором социальной тревоги может стать исчезновение необходимых ресурсов и перенаселенность.

Не вполне понятно, как формируется взаимная вовлеченность мать-ребенок. Часто оказывается, что мать вовлекает младшего или старшего ребенка. Также вероятным кандидатом является единственный ребенок данного пола, например, единственный

мальчик, или единственная девочка. Часто вовлекаются дети с врожденным или сформировавшимся физическим дефектом. При этом многие дети в тех же условиях не становятся объектами родительской проекции, и это наводит на мысль, что существуют другие механизмы и факторы, определяющие, какой именно ребенок вовлекается в процесс.

Итак:

- Проективный процесс в семье проходит через многие поколения
- Дети, которые были главными объектами проективного процесса, имеют более низкий уровень дифференциации Я, чем родители и сиблинги
- Дети, минимально вовлекаемые в проективный процесс, имеют потом такой же уровень дифференциации Я, что и родители
- Дети, которые оставались относительно вне эмоциональных процессов в семье, развивают уровень дифференциации Я более высокий, чем у родителей и вовлеченных сиблингов.
- Если проследить судьбу наиболее триангулированного ребенка, с наименьшим уровнем дифференциации Я в следующих поколениях, мы увидим, что его потомки имеют все более и более низкий уровень дифференциации Я. В разных поколениях процесс может убыстряться и замедляться.
- Из-за изменений темпов, чтобы нарушения перешли на уровень шизофрении нужно не 3, как было показано выше, а 8-10 поколений.
- В результате этого процесса образуются наиболее слабо функционирующие люди, представители самых низких социальных слоев
- Если люди сталкиваются с сильными стрессами в 5-6- поколениях из 10, то более вероятно, что в них начнет воспроизводиться паттерн хронической социальной неудачи, а не шизофрении
- Шизофрения скорее появится у тех малофункциональных людей, которые оказались неспособными поддерживать состояние баланса в течении нескольких поколений
- Если проследить судьбу ребенка, который развил примерно тот же уровень дифференциации Я, что и родители, мы увидим постоянство функционирования семьи на протяжении многих поколений
- Проследив же судьбу ребенка, развившего более высокий уровень дифференциации Я, мы увидим поколения функциональных и успешных людей
- Семья с наивысшим уровнем дифференциации может дать одного ребенка, который опустится по шкале, и, наоборот, семья с низким уровнем дифференциации может иметь одного ребенка, который поднимется по шкале.

Шизофрения - это естественный процесс, который помогает расе оставаться сильной. Слабость семьи фиксируется в одном ребенке, который вряд ли женится и будет иметь потомство.

6. Эмоциональный разрыв

Паттерн эмоционального разрыва определяет то, как люди обращаются со своими незавершенными эмоциональными привязанностями.

Основными проявлениями эмоционального разрыва являются:

- отрицание интенсивности эмоциональной связи с родителями,

- действия и претензии направлены на то, чтобы казаться более независимым, чем есть на самом деле,
- наличие эмоциональной дистанции, достигаемой при помощи внутренних механизмов или физического дистанцирования.

Проявлением незавершенной эмоциональной привязанности к родителям может служить поведение подростка во время пубертатного периода. Большинство людей, в той или иной степени, присущи незавершенные эмоциональные связи с родителями. Это подтверждается большинством психологических теорий, считающих эмоциональные кризисы - нормой для подросткового периода. Теория же семейных систем не поддерживает подобную точку зрения. Хорошо дифференцированный молодой человек, с раннего детства правильно и систематически переживающий процесс взросления и отделения от своих родителей, гладко продолжит процесс взросления и на протяжении подросткового периода. Пубертатный период становится благоприятной возможностью для начала принятия ответственности за себя, а не для борьбы с незавершенной эмоциональной привязанностью к родителям. Для значительной части людей в подростковом периоде будет характерно отрицание связи с родителями и принятие, в некоторой степени, крайних позиций с претензией на взрослость. Интенсивность отрицания и претензий в подростковом периоде является достаточно точным индикатором степени незавершенных эмоциональных связей с родителями. Какую-то степень незавершенной эмоциональной привязанности имеют все люди. Чем ниже уровень дифференциации Я, тем интенсивней эмоциональная привязанность. Паттерн эмоционального разрыва касается того, как люди отделяют себя от прошлого, чтобы начать жизнь в настоящем. Чтобы достичь эмоционального разрыва годятся различные способы: изоляция, уход в себя, бегство или отрицание важности родительской семьи, комбинации эмоциональной изоляции и дистанции. Тип механизма, используемый для достижения эмоциональной дистанции, не является индикатором интенсивности или степени незавершенности эмоциональной привязанности. Человек, убежавший из дома, так же эмоционально зависим и привязан, как и человек, оставшийся дома и использующий внутренние механизмы для контроля привязанности. У убежавшего из дома другой жизненный путь. Ему нужна эмоциональная близость, но он испытывает к ней неприязнь. Он убегает, обманывая себя, что этим он достигает "независимости". Чем сильнее эмоциональный разрыв с его родителями, тем более он подвержен повторению того же самого паттерна в будущих взаимоотношениях. У него могут быть интенсивные взаимоотношения в браке, которые он будет считать временами идеальными и незыблемыми, но паттерн физической дистанции остается частью его. Когда в браке нарастает напряжение, он будет использовать тот же самый паттерн бегства. Он может сбежать от одного брака к другому, или устроить свою жизнь, окружив себя многочисленными партнерами, или его взаимоотношения могут становиться всё более кратковременными. Яркий пример этого - взаимоотношение "бродяги", переходящие от одних взаимоотношений к другим, каждый раз обрывая эмоциональные связи с прошлым и отдаваясь нынешним взаимоотношениям. Тот же самый паттерн может применяться к взаимоотношениям на службе и к другим областям жизни, где существует эмоциональная зависимость в отношениях. Человек, добивающийся эмоциональной дистанции при помощи внутренних механизмов, имеет трудности другого порядка. Он в состоянии оставаться на месте события в периоды эмоционального напряжения, но более подвержен внутренним дисфункциям, таким, как психическая болезнь, эмоциональным дисфункциям подобным депрессии, социальным дисфункциям подобным алкоголизму и состояниям эпизодической безответственности по отношению к другим. Лучшим примером является депрессия. Чем выше тревога в окружении, тем больше такой человек эмоционально изолирует себя от других, при этом создается впечатление, что он поддерживает нормальные отношения в группе. Значительная часть людей использует разнообразные

сочетания внутренних механизмов и физической дистанции при работе над незавершенными эмоциональными связями со своими родителями. Чем более интенсивен эмоциональный разрыв с прошлым, тем больше вероятность того, что у человека возникнут те же проблемы в браке, что и у его родителей, но, возможно, в более ярко выраженном виде. В следующем поколении, его дети тоже прибегнут к эмоциональному разрыву, но, возможно, еще большей силы. Чем выше уровень тревоги у слабо дифференцированных людей, тем вероятнее разрыв между поколениями. Чем лучше нуклеарная семья поддерживает эмоциональный контакт с родительскими семьями, тем меньше проблем и симптомов в обоих поколениях.

Понятно, что каждый вариант системной семейной психотерапии имеет свои методики и техники работы с семьей. Если психотерапевт специально концентрируется на трансгенерационных процессах, то он использует техники, разработанные М.Боуэном. Они более всего напоминают работу тренера со спортсменом (работа ведется с одним человеком, самым дифференцированным) и нуждаются в отдельном изложении, к сожалению не здесь. Классический семейный психотерапевт работает с целой семейной системой

В постклассических направлениях системного подхода применяются другие техники. Довольно много текстов есть о нарративном подходе (см. Комбс и Фридман, 2001) меньше описан ориентированный на решение подход.

Направление Ориентированной на Решение Краткосрочной Терапии (Brief Solution Focused Family Therapy (BSFT)) формировалось в конце 70-ых годов прошлого столетия. Наиболее известная модель этого подхода разработана в Милуокском Центре Краткосрочной терапии. Основоположниками подхода являются Стив де Шезер (Steve de Shazer) и Инсу Ким Берг (Insoo Kim Berg). Краткосрочная терапия является потому, что средняя продолжительность работы с клиентами в ней составляет, как правило, 12-14 сессий. Однако, при том, что Стив де Шезер Инсу Ким Берг приводят достаточное количество случаев из практики, где значимый и, главное, устойчивый эффект достигается уже после 1-3 сессий, не собственно ориентация на краткосрочность, а ориентированность на решение является наиболее принципиальным отличием подхода от других методов работы.

В Краткосрочной ориентированной на решение терапии *в качестве системы выступает сам процесс терапевтического взаимодействия как некая экосистема, куда включены клиентская подсистема (один или несколько человек) и подсистема терапевта (терапевтическая команда).*

Следствием такого взгляда на терапевтический процесс является то, что:

- В терапевтическом фокусе этого подхода оказывается не клиентская семейная система как терапевтический объект, а собственно процесс терапевтического взаимодействия указанных подсистем. Терапевт в этом направлении исходит из того, что настоящим содержанием процесса терапии оказывается тогда не собственно процесс воздействия терапевта на клиентскую систему, а циркулярный процесс взаимодействия - обмена информацией (эффективный или неэффективный) между двумя указанными подсистемами;

- Поведение человека обусловлено и опосредовано внутренними понятийными структурами (фреймами). То, как видит человек себя и свою ситуацию, опосредует его действия в ней, а опыт действия в этой ситуации (успешное-неуспешное) определяет видение ее и себя и наоборот, т.е. это циркулярная зависимость. В этом смысле проблема человека – это некий проблемный текст, складывающийся из определенного видения клиентами себя как проблемных, и соответствующих вытекающих из этого видения “фактов”. Последние, в свою очередь, определяют восприятие ими самих себя и т.д. Представление об этой круговой зависимости, также как и о циркулярности

происходящего в терапии взаимодействия, определяет логику работы краткосрочного терапевта. Именно в этот “текст” (в широком смысле), складывающийся в процесс коммуникации человека с миром и собой, в случае его “проблемности” вносит необходимую интервенцию коммуникация, осуществляющаяся в процессе терапии.

- Преодоление симптома тогда связывается не столько собственно с перестройкой семейной системы взаимодействия (это здесь следствие), сколько, в первую очередь, зависит от возникновения в процессе этого терапевтического информационного обмена приемлимого для клиентов и взятого ими на вооружение “внепроблемного” жизненного текста и соответствующих жизненных стратегий.

-Для “запуска” этого необходимо, чтобы в процессе терапевтического информационного взаимодействия двух подсистем удалось внести в проблемный текст клиентов то “различие”, которое “порождает различие” (Г.Бейтсон) т.е. окажется основой необходимых множественных изменений.

-Это оказывается возможным только тогда, когда терапевт определенным образом «настраивает» свое собственное видение ситуации и проявлений клиентов. А именно, готов выделять и находить исключения из “проблемного текста” клиентов и готов способствовать созданию непроблемного текста как, по крайней мере, не менее вероятного, нежели проблемный. Это означает, что видение терапевтом семейной системы должно быть двойственно, поскольку предполагает умение видеть существующую (проблемную) ситуацию сквозь будущую (непроблемную, желаемую); Неспособность создать эту разность видений интерпретируется в этом подходе как потеря терапевтом нейтральности;

-С другой стороны, представление терапевта об изменениях, необходимых семье не должны быть “оторваны”, независимы от реальности жизни клиентов. Отсюда вытекает другой принцип – изоморфности, т.е. соответствия, органичности представления терапевта о необходимых изменениях - реальной жизненной ситуации клиентов.

Эти два требования иллюстрируются представлением о *принципе бинокулярности* (de Shazer, 1985). В зрительном восприятии возникновение изображения любого предмета как объемного возможно только при передаче информации на сетчатки обоих глаз, которые при этом, будучи симметричными, разнятся. Если проекции на оба глаза окажется полностью идентичными (потеря нейтральности терапевтом), совпадут полностью - предмет будет плоским, а информация о нем обедненной. Если будут слишком различаться (отсутствие изоморфности между видением ситуации клиентом и терапевтом), то предмет не будет воспринят вовсе. Наконец, способность вносить “различие порождающее различие” предполагает необходимость опираться на представление о клиентской подсистеме как постоянно изменяющейся реальности.

Основные принципы SFBT (OPKT):

- фокус терапии - решение (solution), а не проблема

Если большинство классических направлений исходят из необходимости выявить и систематизировать все факты из жизни клиента или семьи, так чтобы появилась возможность прояснить природу и причины возникшей проблемы, а также исследуют саму “историю” проблемы, то в SFBT считается, что более конструктивным для достижения стратегической цели терапии –желаемом изменении- является фокус на цели, которую хотел бы достигнуть клиент. С самого начала процесс терапии должен определяться и направляться детально выявленным представлением клиентов о желаемой ситуации, необходимым решением.

-сфокусированность на настоящем и будущем

Терапия базируется на сегодняшнем описании проблемы и желаемом будущем клиентов. Желание обсуждать историю проблемы уважается, никогда не оспаривается, но не становится целью терапии. “Прошлое “ можно использовать как средство изменения, выявляя и опираясь на позитивные моменты свершенного в прошлом, полученный опыт

преодоления или частичного достижения цели, на успехи и достижения в других, помимо проблемной сферах жизни, которые могут быть «зачислены» (прежде всего самим клиентом) в потенциал клиента и т.п.

-конструктивистский взгляд на реальность

учет циркулярной зависимости, существующей между конкретными поведенческими проявлениями человека (фактами) и внутренними понятийными, структурами (фреймами), посредством которых он воспринимает себя и свою жизненную ситуацию, ведет к отказу от представления о единой, неизменной, фиксированной реальности. Желаемая ситуация клиентов, в этом смысле, является для терапевта по крайней мере такой же реальностью, как и “проблемная”. Присоединяясь к реальности желаемой ситуации клиентов, терапевт стремится к тому, чтобы эта реальность наполнилась все большим количеством фактов, получила плотность и жизненность, а также была подкреплена реальными поведенческими изменениями в жизни клиента и изменением его представления о своих возможностях, качествах и проч.

- изменение в жизни клиента (семьи) – постоянно и неизменно

В отличие от концепций, которые полагают, что существование семьи определяется двумя тенденциями – стремлением к поддержанию равновесия и развитием, стремлению к изменениям, в SFBT, опираясь на более поздние кибернетические идеи, а также в силу представленных выше теоретических принципов, исходят из того, что изменения в живой системе происходят постоянно и неизбежно. По сути, это означает убежденность, что изменения есть всегда и в-, и вне терапии, что они происходят также и между сессиями. Поэтому главная задача терапевта выявить их, присоединиться к ним, фасилитировать их, превратить их в основу тех изменений, которые необходимы клиентам для достижения желаемой ситуации. При этом опора на изменения означает также и такую логику взаимодействия терапевта с клиентами, которая изначально исходит (ориентируется) из возможности клиентов достигать изменений.

-Клиент является экспертом в своей проблеме и необходимой цели, терапевт-фасилитатор процесса определения цели, построения средств ее достижения

Терапевт в этом подходе не является экспертом по интерпритации проблемы – он избегает аналитической позиции в понимании и исследовании проблемы. Он является экспертом по организации взаимодействия, ориентированного на решение, на выявление потенциала и продуктивных (в контексте желаемой цели) стратегий клиента. Содержательное развитие терапевтического процесса не определяется также и экспертными представлениями терапевта о необходимом функциональном состоянии семейной системы. Именно идеи и представления о необходимом для клиентов, сформулированные на языке их реальной активности и внутрисемейного взаимодействия, являются такой терапевтической целью. При этом опыт показывает, что прорабатываемые с помощью терапевта терапевтические цели по своему содержанию весьма близки теоретическим представлениям о функциональности классической ССТ.

-Цели терапии специфичны, реалистичны, измеряемы, краткосрочны, достигаемы, бросают вызов клиенту и его потенциалу развития

Краткосрочная терапия ориентирована на достижение конкретных целей, а не, например, личностного роста и т.п. Именно достижение конкретных, наблюдаемых поведенческих изменений полагается основной целью и показателем эффективности терапии. При этом решающим для развития терапевтического процесса является первое минимальное поведенческое изменение, которое совершает клиент для достижения желаемого решения, желаемой жизненной ситуации. Этот момент является поворотным для терапевтического процесса. Поэтому процесс терапии в SFBT условно можно разделить на два смысловых отрезка: первый – выявление желаемого (вместо проблемного) положения дел и принятие его в качестве терапевтической цели клиентом, и второй - пошагового

приближения к желаемой ситуации. В SFBT всегда говорят на языке конкретных поведенческих задач в контексте желаемой цели клиента.

4. Основные приемы и техники SFBT.

Деконструкция проблемы

-Нормализация – техника аналогична классической технике нормализации, ее основная задача – такое воздействие на видение своей ситуации клиентами, которое позволяет воспринимать ее в большей степени как “часто встречающуюся”, “обычную для этого возраста”, “естественно возникающую в подобной ситуации”. Это позволяет “встраивать” проблему в ряд обычных жизненных трудностей, поддающихся решению, и не рассматривать как признак “серьезного неблагополучия” или жизненного “падения” клиентов, блокирующих необходимую активность по изменению своей ситуации

-Экстернализация проблемы – отделение проблемы от личности или характера клиента, вынесение ее за пределы его персональной ответственности как чего-то “внешнего” ему. Это позволяет, отделив эту “внешнюю часть” и сняв чрезмерную ответственность или стыд клиента, более эффективно ставить вопрос о его контроле за собственной жизненной ситуацией. Например, говорят о “нападении” страхов и подготовленности клиента к этому нападению, о “воздействии привычки, и противостоянии этому воздействию,” локализируют трудности в области “повторяющихся спадов настроения” и обсуждают подготовленность к этим периодам жизни и то, что можно делать тогда, когда они “отступают”.

-*Переопределение проблемы, переименование* - максимальное использование возможностей, которое дает иное название, определение проблемы и, в частности, “позитивное переопределение”, т.е. использование идеи о том, что любое качество или особенность имеет полезную или эффективную сторону в определенных обстоятельствах или в определенных масштабах (напористость – высокая ответственность за достижение цели, ложь – щадящая по отношению к другим линия поведения, замкнутость – деликатность, ненавязчивость и т.д.) Например, проблема с навязчивой чистоплотностью мужа воспринимается иначе после комментария о том, что эти качества очень пригодятся тогда, когда клиентке придется ухаживать за будущим грудным ребенком.

-*“нетотальность” проблемы* – все техники, позволяющие, выявить “зоны”, в которых проблема не представлена или ощущается в меньшей степени - времени дня, места, времени года, жизненных сфер, где проблемности нет, сфер, где клиент напротив успешен, несмотря на проблему. Это позволяет, во-первых, осуществить интервенцию в самовосприятие клиентов как “глубоко” проблемных, а во-вторых, использовать эти сведения при построении исключений (см.ниже .вопросы об исключениях)

Выявление связи проблемы с другой проблемой – интервенции, направленные на снижение проблемности в восприятии клиентов за счет обнаружения связи проблемы с той или иной другой проблемой, жизненной ситуацией, следствия уже существовавшей ситуации. Это “объективирует” проблему, позволяет снять тревогу и чувство вины, использовать уже существующие стратегии преодоления трудностей. Например, “неуспех” девочки у мальчиков переопределенный как трудность построения контактов “вообще” (которые наблюдаются и в ее общении с девочками) позволяет видеть трудность более конструктивно и работать над поиском более конструктивных стратегий, нежели переживание соев непривлекательности

Полезность проблемного опыта – подход к проблемам, существовавшим в прошлом или к другим проблемам, существующим в настоящем, как к источнику нового опыта и умений, полезных для преодоления актуальных трудностей.

Кооперация, установление сотрудничества с клиентом

-*Выявление особенностей клиента, образа жизни* - необходимый этап установления контакта, позволяющий составить более широкое представление о жизненной ситуации и потенциале клиента, нежели ориентированная на исследование проблемы беседа. Предполагает настроенность и готовность терапевта выразить интерес ко всем “сильным”, непроблемным сторонам жизни клиента.

-*Лингвистическое соответствие клиенту* - это не только определенный строй речи, использование речевых оборотов и выражений, близких клиентам, но и построение решения на языке и в контексте жизни клиентов (чудесный вопрос).

-*Выражение уважения, комплименты* - выявление и акцентирование достижений, положительных качеств, умений клиента и т.п. Стратегическая цель комплимента на этапе установления сотрудничества – не только выражение уважения и поддержки, но и неявное указание на сильные стороны как потенциал в широком смысле (пока не конкретизированный) для изменения.

Основные типы вопросов в SFBT:

-*Вопросы об исключениях из “проблемного” хода жизни* (прошлого, настоящего). Эти вопросы ставят своей целью выявить тот пласт фактов из жизни клиентов, которые в первую очередь ими самими могут восприниматься как исключение из проблемы и которые могут быть переопределены терапевтом в качестве таковых (что, однако, требует проверки у клиентов) Это вопросы типа: Когда началась проблема, сколько времени удавалось справляться без нее (с воспитанием ребенка, работой, строить без глубоких конфликтов семейную жизнь и т.п.) В какие периоды жизни дела обстоят чуть лучше? В какое время суток боль напряжение ощущается все же чуть меньше?. Это позволяет 1) изменить самовосприятие клиентов как “проблемных” 2) создать задел для осознания и использования клиентом уже работающих, уже существующих в его арсенале стратегий поведения

-*Вопросы о способах преодоления и достижения в прошлом или в настоящем* . Такие вопросы ставят своей целью актуализацию опыта преодоления, совладания, которые наверняка есть в жизни каждого человека, и “подключения” этого опыта к решению актуальной жизненной проблемы. Это вопросы типа: Как удалось справиться с тем периодом депрессии, который был у Вас после окончания университета? Как Вам удастся так долго существовать с этой болью и продолжать все же жить и работать? Чему научил Вас тот жизненный кризис, о котором Вы упоминали? Вы находитесь в этом конфликте уже месяц. Благодаря чему, Вам все же удастся удерживаться на работе?

-**“Чудесный” вопрос** - Эта техника является наиболее известной техникой SFBT. Она нацелена на построение клиентами ясной и жизненной (насыщенной конкретными деталями) картинке той жизненной ситуации, которую они хотели бы получить, когда проблема будет решена.

Содержание вопроса следующее. Клиентов просят представить, что после того как они были на терапевтическом приеме, провели вечер и т.д и т.п. (обычно детально воссоздается реальная жизненная ситуация клиентов подводящая их к главному последующему вопросу, снимающая напряжение и проч.) они пошли спать. Далее их просят представить, что во время сна произошло чудо, а именно, та проблема, которая их беспокоит, благодаря чуду исчезла. (Обычно терапевт комментирует вербально и невербально необычность, “забавность” этого предположения) Однако, поскольку они спали, то они не знают об этом. Далее следует главный вопрос: Как, по каким признакам они поймут проснувшись на утро, что чудо произошло и проблемы больше нет? Такой способ задавания этого вопроса ориентирован на максимальное извлечение собственно поведенческих паттернов клиентов в построении картинке желаемой для них жизненной ситуации.

В ситуации работы с двумя и более клиентами это взаимодействие строится по принципам близким к циркулярному интервью: Мужу: _ Когда Ваша жена Вам утром улыбнется, что

Вы сделаете в ответ? Поцелуете ее? Жене: Когда Ваш муж Вас поцелует, что сделаете Вы? Пойду скорее готовить ему что-нибудь вкусное на завтрак. Мужу: Если жена пойдет и приготовит Вам что-то вкусное, что сделаете Вы? ...

Не смотря на кажущуюся простоту, техника вопроса (и “задания” его и “получения ответа”) детально разработана, что позволяет решать целый ряд принципиальных для этого подхода терапевтических задач. Эффективное использование этой техники:

1) позволяет внести в рассмотрение проблемы ту необходимую перспективу, которая является решающей интервенцией в проблемное видение ситуации клиентами. Иногда в связи с этим говорят даже о ее суггестивном характере, поскольку ее реализация как бы помещает клиента, при удачной работе, в состояние подобное трансовому и эмоционально позитивное, радостное;

1) позволяет формулировать представление о желаемом на языке жизненной ситуации самих клиентов и на уровне конкретных поведенческих им необходимых составляющих – позволяет выполнять требование изоморфности, т.е. адекватности терапевтических целей жизненной реальности клиентов;

3) задает четкие, универсальные и для клиентов. и для терапевта рамки, терапевтической работы, того, от чего и к чему движется клиент в терапевтической работе, т.е. задает процессу терапии необходимую центростремительную силу - выполнение требования внесения “различия, которое порождает различие”, поскольку благодаря ему в процесс взаимодействия вносится второе - относительного проблемного- видение жизненной ситуации. И движение понимается как направленное от одного жизненного состояния к другому, достаточно четко и детально определенному.

Шкалирование – Техника шкалирования является еще одним ноу-хау подхода. Она используется как совместно с вопросом о чудесном изменении, так и самостоятельно. Диапазон ее использования очень широк. Но ее главная цель – перебросить мостик от проблемного к непроблемному существованию, продолжить конкретизацию задач клиента, наполнить реальным содержанием наиболее актуальный первый шаг к изменению ими своей жизненной ситуации, т.е. обеспечить уже реальное пошаговое движение клиентов от проблемного состояния к желаемой ситуации. Иначе говоря, именно посредством этой техники осуществляется перевод общих целей (построенная ситуация чуда) в конкретные задачи, сформулированные на языке конкретных поведенческих действий (необходимые для изменения конкретные шаги). Техника состоит в том, что клиентам предлагают представить шкалу, на верхних делениях (например на “10) которых располагается “чудесная ситуация”, а на нижних - на 0 – ситуация “прямо противоположная”, самая неблагоприятная. На этой шкале клиентов просят “разместить” свою жизненную ситуацию. (Шкалы – их шаг, количество делений и проч. - легко модифицируются и могут быть очень разнообразны в соответствие с конкретным контекстом терапевтической ситуации. Детям вместо делений с цифрами можно рисовать картинки, отражающие градацию состояний, достижений, проч.)

Такое размещение позволяет:

1) получить универсальное, конвертируемое (цифровое, а не аналоговое см. в главе 1 о теории коммуникации) выражение актуального состояния клиентов, вместо заведомо различающихся у терапевта с клиентами, строящихся на аналоговой информации и теряющихся в считывании представлений и догадок об этих представлениях

2) позволяют самому клиенту выразить и осознать степень приближенности к необходимой ситуации

3) психологически встроить актуальную жизненную ситуацию в единый с “чудесной” ситуацией континуум, переопределив тем самым первую как некоторое, пусть пока небольшое, но приближение ко второй

4) задать шаг минимально необходимого для продвижения изменения в жизни, которое бы приблизило к желаемой ситуации

Созданная шкала используется как необходимый инструмент далее на протяжении всего процесса терапии. Именно на ее основании строится представление о необходимом минимальном изменении (одном шаге по шкале), которое необходимо совершить для приближении к цели.

Техника одного шага – в соответствии с принципом решающего значения минимального конкретного поведенческого (и, соответственно, в восприятии себя и ситуации) изменения для запуска всего процесса терапевтического изменения, с использованием шкалы строится картинка той жизненной ситуации, которая на один (на пол, на два) бала “выше” по шкале, нежели сегодняшняя. В процессе ее построения происходит дальнейшая конкретизация необходимых для изменения шагов – от общей картинки улучшения до конкретного действия, которое должно быть произведено к следующему приему у терапевта

Техника комплимента – обратная связь обычно в конце приема (хотя комплименты используются и на более ранних этапах работы), позволяющая обобщить сильные стороны и потенциал клиента. Подчеркивается именно те качества, возможности, достижения, которые, с точки зрения терапевта могут быть основанием для необходимых усилий по изменению. В этом смысле говорят о передаче клиентам стратегического комплимента.

Терапевтическая метафора – юмор, анекдоты, истории из практики, использование личного опыта, техника переименования и называния проблемы – во всех этих элементах работы используется возможность емкого и образного переопределения ситуации, предоставления примера или способа решения ситуации, дающегося не явно, не дидактически или консультационно, а именно терапевтически, некий возможный алгоритм решения поведения в той или иной проблемной ситуации, что обычно воспринимается клиентами более адекватно и продуктивно. “Рассказывание” историй сближает Краткосрочную терапию с нарративной.

Техники вызова способности клиентов решать проблему и стимуляция активности

-техника пари

-техника предсказания

-техника отслеживания клиентом улучшений, способов преодоления проблемных побуждений

Использование возможностей команды

-открытое обсуждение ситуации и потенциала клиентов командой

-групповые решения проблемы, решения “на выбор”

Домашние задания

В направлении используются домашние задания, и они обычно оговариваются, ими становятся либо выработанные в результате определения продвижения по шкале шаги (см. выше), либо сформулированное специально задание терапевта. Основная задача – дать пережить опыт изменения, иного состояния.

Более подробное изложение основных принципов и методов Ориентированной на решение краткосрочной психотерапии можно прочесть (Будиайте Г.Л. 2001).

Системная семейная терапия – не замкнутый в себе раздел знания. Она имеет сложную историю развития, которая позволяет ее классифицировать по школам лишь с некоторой долей условности. Выше мы представили основные методологические основания и теоретические принципы Системного подхода, а также наиболее заметные школы, способствовавшие развитию системной мысли (М.Боуэн) или развившееся на базе

системного подхода в терапии (как ОРКТ). Необходимо иметь в виду, что и в смысле теоретических подходов и идей, как и в смысле предложенных ноу-хау в виде техник и методов, ССТ представляет собой чрезвычайно обширный раздел знаний и практики, требующий конечно, гораздо более подробного изложения и методичного освоения.

Литература

2. Ахола Т. Фурман Б. Краткосрочная позитивная психотерапия (Терапия фокусированная на решении).// Краткосрочная позитивная психотерапия.-Спб.: Изд-во "Речь", 2000.
3. Бейтсон Г. Экология разума. М., Смысл; 2000
4. Будинайте Г.Л.Варга А.Я. Теоретические основы системной семейной психотерапии. в сб. Системная семейная психотерапия: Классика и современность. М. Класс, 2005г.
5. К.Бейкер, А.Варга (ред.)Теория семейных систем Мюррея Боуэна. Сборник статей. М. Когито-центр. 2004.
6. Будинайте Г.Л. Классическая системная семейная терапия и постклассические направления: свобода выбора.- Московский психотерапевтический журнал 2001 № 3, с79-90.
7. П.Вацлавик, Д.Бивин, Д.Джексон. Психология межличностных коммуникаций. Спб.: Речь, 2000.
8. Варга А.Я.Системная семейная психотерапия. Курс лекций. С.Петербург, из-во «Речь», 2001.
9. Варга А.Я..Системная семейная психотерапия. В сб. Основные направления современной психотерапии.М.Когито-центр, 2000, 379с., 180-222с.
10. . Фридман Джилл, Комбс Джин. Конструирование иных реальностей: истории и рассказы как терапия. М., 2001.
11. Хамитова И.Ю. Повышение дифференции «Я» . в сб. Системная семейная психотерапия: Классика и современность. М. Класс, 2005г.
12. И.Утехин Язык русских тараканов. В сб. Семейные узы: Модели для сборки: Сборник статей. Кн.1 / Сост. и редактор С. Ушакин. - М.: Новое литературное обозрение, 2004. - 632 с., ил.

Экзистенциальная психотерапия (Резюме)

Определение. Экзистенциальная психотерапия (ЭП) – собирательное понятие для обозначения психотерапевтических подходов, в которых делается акцент на “свободную волю”, свободное развитие личности, осознание ответственности человека за формирование собственного внутреннего мира и выбор жизненного пути (Психотерапевтическая энциклопедия, 1998). Наиболее антропологически и методически разработанной концепцией в рамках экзистенциального направления является современный экзистенциальный анализ(ЭА). Современный ЭА можно определить как феноменологическую психотерапию, которая имеет цель помочь пациентам получить свободный доступ к собственной эмоциональности, отыскать аутентичные внутренние позиции и обрести способность к ответственному поведению как по отношению к самому себе, так и по отношению к окружающему миру (А.Лэнгле).

Существо подхода-направления заключается в оказании помощи человеку жить в согласии с собой и окружающим миром, в формировании ответственных отношений с собой и окружающим миром

Теоретическая основа. Современная ЭП и ЭА базируются на обширной, детально разработанной антропологии. ЭА является подробным прикладным вариантом достижений экзистенциальной философии и психологии. В этой парадигме человек рассматривается в рамках трехмерной картины предложенной В.Франклом (тело, психика, духовность). Такой взгляд позволяет увидеть соотношение духовности и психодинамики в поведении. Центральным понятием ЭА антропологии является Персона (свободное в человеке) и способность к занятию персональной позиции, в которой человек переживает свою целостность. Соотнесение Персоны и психодинамики в современном ЭА рассматривается не только в форме антагонизма, но и в форме сотрудничества. В духовной сфере человек следует четырем фундаментальным мотивациям, предполагающим принятие и выдерживание реальности (могу быть), работу чувств (хочу быть), нахождение правильного (имею право), определение того, что имеет смысл (должен). В рамках этих четырех мотиваций при подготовке консультанта рассматривается большой спектр духовных и психодинамических феноменов с помощью обширной программы самопознания. В учении о болезни раскрываются также механизмы симптомообразования и формирования основных форм нозологии. Показывается как заблокированность антропологических механизмов приводит к возникновению различной патологии. Клинический ЭА входит в программу подготовки психотерапевта.

Применение. Показания к применению. ЭА может применяться в консультировании, клинической психотерапии, педагогике, бизнес-консультировании. Он может применяться при работе с различными возрастными группами, представляет возможность работы со сновидениями, с образами, на поведенческом уровне, в сочетании с системным подходом и в семейной психотерапии.

Наиболее известные методы и приемы экзистенциального анализа: метод осмысления смысла, дерефлексия, парадоксальная интенция, метод укрепления воли, проработка потери, персональное нахождение позиции, интервенция кризиса, проработка вины, обиды, метод персонального экзистенциального анализа и многие другие.

Современный экзистенциальный анализ имеет подробно разработанную концепцию болезни, психопатогенез основных нозологических форм и специальные разделы по психотерапии невротических нарушений, депрессии, расстройств личности, психозов, зависимостей, сексуальных расстройств, шизофрении.

Практические результаты. Опыт практического применения экзистенциальной психотерапии и экзистенциального анализа свидетельствует об их эффективности не только в отношении клиентов имеющих проблемы, но и в отношении пациентов с различной тяжестью патологии. К несомненным достижениям экзистенциального анализа следует отнести его эффективность при тяжелых личностных расстройствах, депрессиях и шизофрении в случаях, когда удается развить отношения с духовно-персональной глубиной пациента, реконструировать и укрепить его духовно-персональные способности.

Об успешных результатах экзистенциально-аналитической психотерапии свидетельствует то, что человек живёт с чувством внутреннего согласия с собственными действиями в постоянном диалоге с внутренним и внешним миром. По этому критерию психически больные люди могут превосходить здоровых. Хотя все основные направления психотерапии обладают сходной эффективностью, важной особенностью экзистенциального направления является отмеченное выше качество субъективного переживания, получаемое в результате психотерапии.

ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Баранников А.С.

Экзистенциальная психотерапия – одна из современных концепций психотерапии, раскрывающая характер взаимодействия человека с окружающим миром. Она занимает особое место среди других психотерапевтических направлений и помогает человеку стать целостным. В статье показаны исторические корни экзистенциальной психотерапии и некоторых ее разновидностей, различные стороны их теоретического и методологического своеобразия, формы интеграции в российскую психотерапию. Наибольшее внимание уделяется современному экзистенциальному анализу как наиболее разработанной в антропологическом и методическом аспектах ветви экзистенциальной психотерапии.

Ключевые слова: экзистенциальная психотерапия, экзистенциальный анализ.

В своем развитии экзистенциальное направление прошло ряд этапов от философского знания до практически ориентированного. Его возникновение связывается с именем датского философа Серена Кьеркегора (1813-1855). Он заложил основы экзистенциальной философии, создав понятие экзистенциального существования, существующего мыслителя, экзистенциальной личности, выбора, историчности, повторения.

Трагические события первой и второй мировых войн и сопровождавшие их социальные кризисы стали внешней причиной оживления интереса к экзистенциальной тематике. Внутренне-психологической проблемой человечества стала проблема жизнедеятельности и мироощущения индивида в обществе, пережившем кризис, поиски своего «Я» в самых трагических и безнадежных ситуациях.

Направление сложилось вначале в Германии (Ясперс К., Хайдеггер М.), а затем распространялось и за ее пределы. Французский экзистенциализм приобрел особое влияние во время второй мировой войны (Сартр Ж.-П., Камю А.). Представителями российского религиозного экзистенциализма были Н.А.Бердяев (1874-1948) и Л.И.Шестов (1866-1938). М.М.Бахтин (1895-1975) создал полноценную экзистенциальную теорию и философию поступка основанную на первоначально наращиваемой значимости индивидуально-единственного Я, отданного в жертву «другому».

Экзистенциальная психотерапия – единственное из направлений психотерапии, основанием которого явилась философия. Ее соединение с феноменологическим подходом, разработанным Ф.Брентано, Э.Гуссерлем и М.Хайдеггером позволило приобрести этой системе знаний прикладную направленность. Исследования двух учеников Э.Гуссерля (М.Шелер и М.Хайдеггер) предопределили развитие таких направлений как экзистенциальный анализ (ЭА) и Dasein-анализ (ДА).

Основоположником экзистенциального анализа стал известный венский психиатр В.Франкл (1905-1997), выживший после холокоста. Основы теории экзистенциального анализа он заложил между 1926 и 1933 годами. Он разработал также направление, которое назвал логотерапией (исцеление посредством нахождения смысла) и постулировал поиск смысла, как фундаментальную и наиважнейшую мотивацию человека.

Л.Бинсвангер (1881-1966) явился основоположником другой ветви экзистенциальной психотерапии - Dasein-анализа. Dasein означает бытие человека в Мире, где Я и Мир слиты воедино. У Л.Бинсвангера и В.Франкла мы видим отчетливое стремление по-новому, в сравнении с психоанализом, взглянуть на человека. Однако они это делают совершенно по-разному. Л.Бинсвангер, расширяя антропологию, достраивает фрейдовского homo natura, сохраняя во многом интерпретативность и технику работы с пациентом принятые в психоанализе. Он дополняет взгляд на человека духовностью, рассматриваемой в Dasein. ДА ориентирован на анализ взаимосвязей окружающего мира.

В.Франкл движется совершенно другим путем. Он задает хороший ресурс интегративности, вводя трехмерную картину человека, раскрывая в основном духовные содержания с позиций психологии ценностей М.Шелера. При этом В.Франкл развивал мысль, высказанную, но не развитую А.Адлером, о том, что человек живет, отвечая на запросы окружающего мира.

ДА как направление сформировался раньше, чем ЭА. Он возник еще до Второй Мировой Войны и оказался на одно поколение старше. Тогда В.Франкл только лишь приступил к разработке концепции ЭА и логотерапии (ЛТ), которые получили значительное развитие лишь в послевоенные годы и во второй половине 20 века. Несмотря на то, что Л.Бинсвангер также называл себя экзистенциальным аналитиком, его концепция, все же сохраняла значительные психоаналитические корни. Это проявлялось и в теоретических разработках, и в герменевтике, и даже в способе контакта с пациентом. Известно, что Д-аналитики использовали в работе кушетку также, как и в психоанализе. М.Босс, несмотря на различия с Л.Бинсвангером в трактовке М.Хайдеггера, сохранил общетеоретическую и методологическую направленность Д-анализа.

Последовательный ЭА был полностью оторван от психоаналитических корней. Его теоретические основы, заложенные В.Франклом, напрямую выводили характер общения с клиентом, всю методологию работы с ним из общефилософского и психологического экзистенциального наследия.

В настоящее время такая точка зрения на разделение ДА и ЭА является общепринятой. Она зафиксирована в виде признания самостоятельности этих направлений и в профессиональном сообществе и на государственном уровне в ряде европейских стран.

Закреплению такого разделения во многом способствовало и развитие современного ЭА. Оно в значительной степени связано с развитием 3-й Венской школы психотерапии, приведшим к открытию в 1982 году первого в Европе Общества логотерапии и экзистенциального анализа, в котором с 1983 года началась образовательная деятельность под руководством А.Лэнгле.

Разработки А.Лэнгле в области теории и практики ЭА привели к расхождению с В.Франклом по ряду принципиальных вопросов. Главное расхождение возникло во взглядах на духовно-антропологическое основание экзистенции и ноодинамики. Оно повлекло за собой расхождения во взглядах на психотерапию и образовательный процесс. Заслугой А.Лэнгле стала разработка современного ЭА, как самостоятельной психотерапевтической парадигмы, включающей ЛТ как один из разделов (сам В.Франкл считал ее приложением к психотерапии).

Отличия современного ЭА от ЛТ заключаются в различных целях, антропологических основаниях, показаниях и методологии. Если ЛТ ставит своей целью обращение к миру и нахождение смысла, то ЭА помогает еще и найти «Да» к жизни с ясным и определенным внутренним согласием. Воля к смыслу, как одна из фундаментальных мотиваций, раскрываемых ЛТ, дополняется в ЭА тремя другими фундаментальными мотивациями (мочь быть, хотеть жить, иметь право быть самим собой), раскрывающими человека взаимосвязям окружающего мира. Эти три дополнительных мотивации являются предпосылкой к нахождению смысла. Современный ЭА предназначен для терапии всех психических расстройств.

В.Франкл применял в своей работе методы осмысления смысла, парадоксальной интенции и дерефлексии. В ЭА их арсенал значительно расширен за счет разработки метода персонального экзистенциального анализа как глубинной психотерапии. Дополнительно вводятся также около десятка диагностических тестов и ряд психотерапевтических методов (укрепления воли, изменения отношения, персонального нахождения позиции и др.). Современный ЭА использует в собственной трактовке когнитивно-поведенческие подходы к терапии, работу с образами и сновидениями. Принципиально отличается система образования в ЭА, которая основана на обширном опыте самопознания, включенном в учебно-терапевтический процесс [16].

Одним из современных европейских центров развития ЭА является Англия. Лондонское общество экзистенциального анализа продолжает философские традиции Ж.-П.Сартра и других экзистенциальных философов. Его возникновение связано с именем М.Спинелли. Это направление также институировано как международная ассоциация. Тесные контакты с ней имеет Восточноевропейский институт экзистенциальной психотерапии (ВИЭП), возглавляемый Р.Кочюнасом, и Ассоциация экзистенциальной психотерапии, включающая ВИЭП и объединение экзистенциальных психотерапевтов в Ростове-на-Дону. Характерной особенностью этого разветвления современного ЭА является акцент на экзистенциальных духовных философских содержаниях. Это направление менее ориентировано на психопатогенез и клинические аспекты психотерапии, чем Венское объединение экзистенциальных аналитиков, и крупнейшая международная ассоциация в рамках экзистенциального направления (GLE-international) возглавляемые А.Лэнгле.

Начало развития экзистенциально-гуманистической психотерапии в России несомненно связано с началом образовательных программ учеников Дж. Бьюджентала (представителя североамериканской ветви экзистенциальной психотерапии, к которым относятся также П.Тиллих, Р.Мэй, И.Ялом) с группой российских психологов в 1992 году [27]. Результатом этой работы стало появление в основном в Москве и Санкт-Петербурге психотерапевтов, использующих в своей работе понятия поиска, субъективности, присутствия, а также принципы ведения беседы и влияния на интрапсихические процессы, разработанные Дж. Бьюдженталем [8]. Концепция Дж. Бьюджентала позволяет увидеть многомерность процесса психотерапии, его тонкие нюансы и составляющие мастерства психотерапевта. Разработки Дж.Бьюджентала в основном сосредоточены на инструментах и условиях воздействия на клиента. Несмотря на общую гуманистическую направленность, представления об инструментах и содержаниях воздействия этого направления существенно отличаются от применяемых в ЭА.

Самым крупным и авторитетным объединением российских экзистенциальных психологов является Институт экзистенциальной психологии и жизнестворчества, возглавляемый доктором психологических наук Д.А.Леонтьевым. В своей работе институт развивает и пропагандирует все направления экзистенциальной психологии и психологически ориентированной философской антропологии. Последние образовательные программы, проводимые учениками Дж. Бьюджентала, проходят в рамках работы этого института. Конференции, проводимые институтом с 2001 года, являются важным событием в развитии экзистенциально-гуманистических представлений в России.

В рамках Профессиональной Психотерапевтической Лиги (ППЛ) с 2001 года существует секция экзистенциальной психотерапии, которая привлекает к своей работе психологов и психотерапевтов, имеющих специальное образование в рамках экзистенциально-гуманистического направления, а также использующих этот подход эклектически. На ежегодных конференциях и конгрессах ППЛ в работе секции освещаются важные вопросы экзистенциальной антропологии и практики. Заседания секции были посвящены общеантропологическим вопросам, теории чувств, 100-летию со дня рождения В.Франкла, феноменологии, психотерапии депрессий и истерии. Эта работа проводится при участии Российско-австрийского института экзистенциально-аналитической психологии и психотерапии, образованного в 1999 году группой московских психотерапевтов совместно с Международной ассоциацией возглавляемой А.Лэнгле.

В России экзистенциальная психотерапия включена в общий процесс интеграции новых направлений, в российскую психотерапию. Основные формы интеграции экзистенциальной психотерапии представляют собой интуитивно-эмоциональную экзистенциальную поддержку, последовательную экзистенциальную и экзистенциально-аналитическую психотерапию, а также, сложные интегративные формы в виде теоретической и практической эклектики [1]. Перспективы ее распространения и развития

определяются большим потенциалом интегративности, который заключен уже в трехмерной картине человека, примененной В.Франклом. Это направление не отрицает роль психодинамики, а включает работу с ней и в теоретические разработки и в практические шаги. Благодаря этому, система современного ЭА, разработанная А.Лэнгле, оказывается эффективной не только на проблемном уровне, но и при работе с различными патологическими состояниями. Направление является эго-центрированным и персона-центрированным. Оно представляет собой одну из наиболее поздних школ психотерапии, развившуюся на этапе высокой степени доработки и дифференциации других парадигм.

ЭА помогает человеку стать целостным. Это направление, завершая историю психотерапии 20 века, может быть противопоставлено ортодоксальному психоанализу, исследующему расщепленную психику.

Современный экзистенциальный аналитик-терапевт (в отличие от консультанта), является клиническим диагностом. Клиника помогает ему в определении направления работы и тем, рассматриваемых с пациентом духовных содержаний. Симптом, при этом, не является досадной помехой в жизни человека. Проблемой является не сам симптом, а то, каким образом человек с ним обходится. Эта позиция является принципиально важной и приближает современный ЭА к российской клинической психотерапевтической традиции. Отмечается полярность в отношении к клинике внутри направления. Часть экзистенциальных аналитиков в Европе придают большое значение сбору клинического анамнеза, определению симптомов и синдромов. Другая часть отдает предпочтение феноменологическому исследованию экзистенциальных механизмов симптомообразования.

В качестве иллюстрации практического использования экзистенциального анализа мы приводим далее фрагмент публикации А.Лэнгле [20] в переводе О.Осипова под редакцией В.Шумского, содержащий пример терапевтической беседы по методу Персонального экзистенциального анализа.

Практическое применение современного экзистенциального анализа в методе Персонального экзистенциального анализа.

Основной метод ЭА, который позволяет помочь пациентам в получении свободного доступа к переживанию, называется «Персональный экзистенциальный анализ (ПЭА)».

Отправной точкой для создания ПЭА стала теория Франкла, но методологически ПЭА выходит далеко за рамки логотерапии. Это связано с радикальным поворотом в сторону внутреннего опыта пациента, что уводит от характерной для логотерапии концентрированности на внешнем – на тех предложениях и требованиях, которые адресуют человеку ситуации внешнего мира.

Далее приведена терапевтическая беседа, которая демонстрирует типичную процедуру метода ПЭА. В терапевтической сессии, из которой взята эта беседа, основной акцент был сделан на том, как пациентка может практически справиться с ситуацией, представляющейся ей непреодолимой. В связи с этим большая часть терапевтического процесса посвящена нахождению адекватного способа поведения пациентки. Эта специфическая часть процесса терапии по методу ПЭА больше связана с поведенческими аспектами, нежели с эмоциональным опытом и мотивацией, которым, в свою очередь, уделяется пристальное внимание при психодинамическом применении ПЭА.

Активизация базовых функций Person(Персона-свободное в человеке) в рамках реальной жизненной ситуации, как будет показано ниже, имеет терапевтическое воздействие также и на способность справляться с конфликтами прошлого. В приведённом ниже примере ПЭА нацелен на обнаружение потенциалов Person и обучение их практическому применению в повседневной жизни.

Краткое описание ПЭА

Так как многие читатели могут быть не знакомы с ПЭА, приведём краткое изложение этого метода (для более подробной информации см. 56,58). ПЭА состоит из трёх основных шагов, которым предшествует фаза получения информации:

ПЭА 0: **ИНФОРМАЦИОННАЯ** фаза.

ПЭА 1: Тщательное изучение персональных субъективных **ВПЕЧАТЛЕНИЙ** с помощью феноменологического анализа.

ПЭА 2: Нахождение аутентичной внутренней **ПОЗИЦИИ** по отношению к ситуации.

ПЭА 3: Поиски того, как **ВЫРАЗИТЬ СЕБЯ** в соответствии со своей внутренней персональной позицией и реальными внешними обстоятельствами.

Пациент начинает с рассказа о своих проблемах и о себе. Терапевт, в свою очередь, старается убедиться, что **ИНФОРМАЦИЯ** пациента достаточно полная, ясная, реалистичная и не содержит противоречий. В процессе описания своих проблем пациент снова переживает их.

Затем более детально исследуется то, что пациент пережил в какой-либо конкретной проблемной ситуации из своего настоящего или прошлого. Для этого важно тщательно рассмотреть то **ВПЕЧАТЛЕНИЕ** (ПЭА 1), которое оказала ситуация на пациента. Это впечатление состоит из спонтанного реагирования на двух уровнях: на уровне бессознательно возникающей «первичной» эмоции или ощущения, и на уровне также бессознательно возникающего импульса немедленно совершить какое-то конкретное действие. Это спонтанное реагирование отражает субъективное восприятие пациентом объективных фактов ситуации.

На следующем шаге, ПЭА 2, пациент сначала работает над пониманием того, почему в этой ситуации у него спонтанно возникли именно такая эмоция и импульс к совершению именно такого действия. Он также старается понять, что объективно представляет из себя эта ситуация. Это делается с целью углубления интеграции пережитого в общий контекст прошлой и настоящей жизни пациента. Достигнутое понимание представляет основу для персональной оценки произошедшего с точки зрения совести пациента и, таким образом, для вынесения суждения о ситуации. Это закладывает прочный фундамент для занятия персональной **ПОЗИЦИИ**, исходя из которой пациент способен встретиться лицом к лицу с ситуацией, до сих пор представлявшейся ему неразрешимой.

Персональный процесс работы с «жизненным миром» (Husserl) завершается, когда пациент нашёл способ **ВЫРАЗИТЬ СЕБЯ** (ПЭА 3) – то есть, определил как то, *что* он может и хочет сделать, так и то, *когда, как* и с помощью *каких средств* он сможет это реализовать. Это представляет собой основу для персонального поведения в конкретной ситуации.

Посредством этих трёх шагов актуализируется способность Person к диалогу и, соответственно, способность человека к подлинной встрече, что является основой исполненной экзистенции [42; 60; 62; 63].

Информация о пациентке

Так как мы не ставим цель полностью изложить весь процесс терапии данной пациентки, приведём только ту информацию о ней, которая поможет лучше понять описанную ниже терапевтическую беседу.

Клаудии почти 30 лет. Она так сильно боится эмоциональной близости в отношениях, что установить с ней контакт оказывается возможным только при сохранении определённой психологической дистанции, что, в то же время, вызывает дискомфорт и у неё, и у того, с кем она общается. В процессе изложенной ниже терапевтической беседы этот симптом почти исчез за исключением некоторого страха физического контакта. Её страх остаться одной также значительно уменьшился. Этот страх существовал многие годы и был настолько сильным, что Клаудиа была готова идти на всё, что угодно, лишь бы не испортить отношений. Примерно за полгода до этой терапевтической сессии она смогла освободиться от отношений, которые продолжались несколько лет. Вначале ей трудно было справиться с одиночеством. Она заметила, как часто за последнее время старалась быть «хорошей девочкой», стремясь производить благоприятное впечатление на других людей и благодаря этому избегать ощущения одиночества. В конце концов она научилась жить одна.

Хотя её отношения с отцом также улучшились, однако она замечала, что всё ещё не может установить с ним настоящую близость. Она не может открыто проявлять при нём свои негативные и агрессивные чувства и считает, что именно в этом и состоит причина того, что их отношения временами бывают весьма поверхностными. То, что Клаудиа не может рассказать отцу о своих негативных чувствах, связано, по её мнению, с особенностями характера отца. Она говорит, что это человек, который абсолютно не выносит критики, потому что она заставляет его чувствовать себя беспомощным. И, поскольку Клаудиа ценит свои отношения с отцом, то предпочитает, чтобы всё продолжалось как прежде.

Похожую внутреннюю дистанцию Клаудиа ощущает также и в отношениях с другими людьми, особенно когда она «позволяет им «расширяться»». Некоторым из своих знакомых она позволяет говорить о самих себе, не прерывая их. При этом сама она как будто исчезает. Это приводит к абсолютно неравноправным отношениям: одна сторона бесконечно говорит, другая при этом чувствует, что становится всё меньше и меньше вплоть до ощущения себя «маленькой, как мышка». Клаудиа считает, что другие люди имеют право говорить всё, что они хотят. «Они делают это так непосредственно, что я чувствую себя абсолютно беспомощной», - говорит она. Тем не менее, если кто-либо выражает по отношению к ней агрессию, то она вполне может постоять за себя и дать отпор. Она говорит, что её проблема состоит в том, что она чувствует себя «изнасилованной благодаря своему дружелюбию».

Теперь обратимся к той стадии терапии Клаудии, на которой она находится в настоящее время.

Описание конкретной ситуации, в которой проявляется проблема, и подведение пациента к проживанию и исследованию того впечатления, которое оказала на него эта ситуация.

После того, как Клаудиа изложила свою проблему в целом, ей был задан вопрос о конкретной ситуации, в которой она чувствовала себя «изнасилованной благодаря своему дружелюбию». Ей было не сложно рассказать о конкретном случае, который произошёл с ней за последние дни, потому что её мысли постоянно были заняты этим.

Комментарии

К: Даже не знаю, сколько раз я слышала в автоответчике её голос: «Это Эльфи. Мне просто захотелось поговорить с тобой». Эльфи – моя подруга, с которой я разговариваю по

телефону почти каждый день. Когда я перезваниваю ей, она рассказывает мне массу всякой всячины, а за это время у меня копится всё больше и больше работы, которую я не успеваю сделать. Это здорово действует мне на нервы, но у меня не хватает смелости прервать её.

Т: А что вам на самом деле хотелось бы ей сказать? Вы можете произнести это спонтанно, не раздумывая?

К: «Я понимаю тебя, Эльфи, но у меня сейчас нет времени разговаривать».

Т: Что произойдёт, если вы ей это скажете? Как вы думаете, что она почувствует?

К: Она воспримет это как что-то вроде того, что я её отвергаю. После некоторых размышлений... Может быть, я должна была сказать: «У меня нет времени сейчас, однако не могли бы мы поговорить позже, скажем, часов в 11 вечера?»

Т: И как это для неё прозвучит?

К: Не слишком оскорбительно.

Т: А что бы вы сами почувствовали, если бы вы кому-нибудь позвонили, а этот человек сказал бы вам: «Не могли бы мы поговорить об этом не сейчас, а вечером?»

К: Я перезвонила бы вечером. Но если бы этот человек говорил мне такое каждый день подряд в течение трёх недель, я бы очень сильно обиделась.

Т: Вы бы восприняли как отвержение, если бы вам сказали: «Давай обсудим это не сейчас, а вечером?»

К: В общем да.

На этом месте нам следует

Для лучшего понимания ситуации и того, что происходит с самой Клаудией, терапевт задаёт вопрос о спонтанном импульсе к действию, который она ощущает (ПЭА1), но которому, однако, не решается последовать («у меня не хватает смелости»).

Для того, чтобы показать Клаудии, что именно пугает её и мешает произнести эту фразу, ей задают вопрос о том, что, по её мнению, произойдёт, если она всё-таки скажет это (ПЭА 2).

Для проверки того, действительно ли проблемная ситуация разрешилась, терапевт ставит пациентку на место другого человека («самотрансцендентное отзеркаливание»).

фокусировать внимание на страхе Клаудии быть отвергнутой - страхе, который управляет её поведением. В её жизни проблема «отвержения» всегда была и остаётся до сих пор очень серьёзной. Однако в этой части беседы нас больше интересует понимание её поведения в конкретной ситуации и нахождение способа справиться с этой ситуацией, а не работа с биографией. Это оправданно, поскольку проблема «отвержения» присутствует также и в рассматриваемой ситуации. Она проявляется в том, что её собственный базальный страх быть отвергнутой удерживает её от такого поведения, которое, как ей кажется, может быть воспринято другими людьми как отвергающее.

Т: Что касается телефонных звонков, то здесь я пока кое-что не совсем понимаю. Например, зачем вы вообще перезваниваете Эльфи после того, как она вам позвонила, или почему вы всё-таки не скажете ей от том, что вы чувствуете?

К: Я тоже не совсем понимаю.

Т: Тогда давайте снова посмотрим на эту ситуацию. Итак, вы перезваниваете Эльфи: вот вы набрали её номер, услышали её голос – что именно вы хотите сказать ей в этот момент?

К: Дорогая Эльфи. Извини, но сейчас я совершенно не расположена тебя слушать. Не сердись, но сегодня у меня на это просто нет сил!

Т: Представьте, что кто-нибудь сказал вам: «Дорогая Клаудиа. Извини, но сейчас я совершенно не расположен тебя слушать. Не сердись, но сегодня у меня на это просто нет сил!» Как бы вы это восприняли?

К: (саркастически усмехаясь) «Дорогая

В этом месте терапевт касается событий из биографии только в той степени, которая позволяет понять страх спонтанно выразить свои чувства в более широком контексте её жизни. Имея это в виду, терапевт возвращается к ПЭА 1, чтобы Клаудиа смогла прочувствовать свою первичную эмоцию и первичный импульс к действию в полную силу.

Этот вопрос вывел на поверхность первичный импульс и первичную эмоциональную оценку разговора. Клаудиа сыта по горло и не хочет слушать многое из того, что вынуждена выслушивать. Она не приемлет данную ситуацию. Но, в то же время, она не хочет, чтобы подруга на неё обижалась. Для того, чтобы вывести её подавленные и неосознаваемые эмоции по

Клаудиа... – это сокрушительный удар». (небольшая пауза) У меня было бы ощущение, что я действую этому человеку на нервы, что я ему не интересна и что вообще я ему надоела.

Т: Насколько я вас знаю, могу предположить, что вы бы прореагировали гораздо более сильно. Вероятно, вы бы содрогнулись, и вам стало бы очень обидно. Мы уже видели вашу реакцию, когда кто-либо вёл себя по отношению к вам подобным образом. Вы думали: «Ну и ладно. Ну и катись. Больше я тебя вообще никогда ни о чём не попрошу».

К: Да, верно. Я бы начала дрожать.

Т: Насколько вы знаете Эльфи, как вы думаете, стала бы она реагировать также, как и вы?

К: Да, я в этом уверена. Потому что она всегда рассказывает мне, как переживает, если её отвергают... (небольшая пауза) А вот с моим отцом было бы всё по-другому: он стал бы орать, я это знаю.

Т: Вы ведь понимаете, почему ваш отец так реагирует? Я имею в виду, что в случае с Эльфи вы понимаете, почему она так реагирует, не так ли?

К: Он страдает от ужасного комплекса неполноценности, не осознавая этого. Если бы кто-нибудь дал понять отцу, что он ничего из себя не представляет, то это ранило бы его очень сильно. (небольшая пауза) Самое ужасное во всём этом то, что мне кажется, что почти все реагируют так же...

Т: Послушайте теперь, как это произнесу я: «Дорогая Эльфи. Извини, но сейчас я совершенно не расположена тебя слушать. Не сердись, но сегодня у меня на это просто нет сил!» Как это прозвучало для вас?

отношению к подруге на поверхность, ей задают вопрос о том, как бы она сама восприняла (ПЭА 1) эту же самую фразу, но уже обращенную к ней самой. Таким образом она может прочувствовать ситуацию на себе.

Терапевт, опираясь на своё знание Клаудии, стремится помочь ей быть честной с самой собой – стремится помочь ей нащупать и почувствовать присущий ей способ реагирования.

Для того, чтобы подготовить Клаудию к подлинному диалогу с Эльфи, терапевт просит её подумать о том, как, по её мнению, стала бы реагировать подруга.

Внимание к другим поднимает на поверхность комплекс неосознаваемых проекций: Клаудиа полагает, что подруга будет вести себя точно также, как и она и/или, в то же самое время, как её отец («мне кажется, что почти все реагируют так же...»). Теперь она постепенно начинает различать свои эмоции и эмоции чужие.

В этой части беседы видна попытка Клаудии интегрировать первичную эмоцию (чувства, вызванные ситуацией) и первичный импульс в свою жизнь. Представив, как в данной ситуации реагировала бы она сама и как прореагировали бы другие, она приходит к лучшему пониманию, потому что эмоциональные содержания уже заметно интегрированы в соответствующие контексты. В то же самое время становится ясным, почему Клаудии трудно показывать другим свои истинные чувства: это может

К: Вполне понятно. Я понимаю, что человек не всегда может быть в состоянии выслушивать чепуху и банальности, которые произошли с другим человеком за день. То, как это произнесли вы, звучит вполне дружелюбно. Проблема в том, что когда то же самое говорила я, оно звучало гораздо более обидно.

Т: Для меня в этой фразе всё равно содержится что-то обидное, даже если я произнесу её таким мягким тоном, как только что это сделал. Слова «совершенно не ...» как-то не оставляют шансов, они такие же резкие и нетерпимые, как «Всё, на сегодня мы закрыты. Приходите завтра». (небольшая пауза) Они звучат также, как «Ну говори, чего тебе?» Словно вы хотите сказать: «Опять придётся заставлять себя слушать эту ерунду». И я начинаю чувствовать, что вы не ожидаете от меня ничего, кроме пустых банальностей.

К: Да, для меня эти слова означают: «Ну вот, опять придется её выслушивать».

Т: А могут ли эти слова означать что-нибудь вроде: «Мне это не интересно»? Это звучит почти как «Я не хочу тебя слушать...» Как будто кто-то постоянно жалуется мне на что-то и перегружает меня проблемами, к которым я не имею совершенно никакого отношения. Мне кажется, что «я не имею к этому никакого отношения» тоже содержится в этих словах.

К: Это ужасно, но как раз именно это я и чувствую! Я не могу больше справиться с этим. Потому что я всегда слишком долго жду, прежде чем сказать ей об этом, и в результате так и не говорю. А потом на следующий день я опять её слушаю, и через день тоже...

Т: Мы как раз об этом и говорим:

испортить отношения, чего она совсем не хочет.

До сих пор не была замечена важная информация, содержащаяся и выражаемая в фразе «Извини, но сейчас я совершенно не расположена...». Поэтому терапевт снова повторяет эту фразу, чтобы Клаудия смогла взглянуть на неё поближе.

Терапевт видит, что Клаудия не может полностью прочувствовать всё то, что она только что выразила спонтанно. Для того, чтобы подвести её к действительно полному проживанию ситуации, он заполняет пропущенное звено в её впечатлениях от сказанной фразы своими впечатлениями от этой фразы (работа над «различением впечатления»). Он чувствует, что она слишком охотно готова следовать модели, предложенной терапевтом («это звучит вполне понятно»), тем самым стараясь оправдать свое собственное поведение («не всегда возможно быть в состоянии выслушивать...»). Она слишком быстро успокаивается, тем самым отгораживаясь от того, что реально чувствует.

Терапевт продолжает интерпретировать фразу, объясняя в деталях как свои собственные впечатления, так и различные аспекты того, как это может быть воспринято другими людьми.

Завершение работы с первичной эмоцией подводит Клаудию к её

«Почему же я поступаю так, как поступаю?» Знаете ли вы теперь ответ на этот вопрос? Или, может быть, у вас есть какие-либо предположения по этому поводу? (пауза) Мне ответ на этот вопрос ещё не понятен.

К: Мне тоже. То есть, кроме того, о чём я вам уже говорила - что не хочу, чтобы она почувствовала себя отвергнутой.

Т: Я думаю, что если бы мне кто-то сказал всё то, чего вы на самом деле хотите сказать Эльфи, то я бы почувствовал себя отвергнутым.

К: Конечно. Ведь на самом деле я хочу сказать ей: «Отстань от меня!»

Т: Это действительно то, чего вы хотите? Чтобы она отстала от вас?

К: В этот момент да.

Т: Только в этот момент?

К: (кивая) Да. Но я бы не хотела, чтобы она отстала от меня насовсем.

Т: По-видимому, вы всё-таки не хотите положить конец этим отношениям ...

К: Правильно.

Т: Чувствуете ли вы, что в той ситуации, которую мы рассматриваем, вы действительно хотели бы сказать Эльфи нечто такое, что обидело бы её? Чувствуете ли вы себя в этой ситуации самой собой, когда вы в таком сильном гневе?

К: Да, я в страшном гневе. Я бы попыталась сказать ей мягко, но в то же время так, чтобы она почувствовала мой гнев.

Т: А что будет, если вы мило и дружелюбно кого-нибудь пошлёте?

К: Человек просто этого не поймёт. Он

«внутренним запретам».

Терапевт, говоря о своем собственном восприятии ситуации, показывает, что именно чувствует Клаудиа и чего она боится.

Теперь Клаудию спрашивают о её глубинной внутренней позиции по отношению к подруге (ПЭА 2).

Осознание последствий такого поведения.

будет звонить опять. Даже моя мама, которая знает меня очень хорошо, совершенно не замечает, когда я очень сильно разгневана.

Т: Получается, что из-за того, что вы говорите всегда так мило и дружелюбно, никто и не замечает того, что вы на самом деле чувствуете?

К: Правильно. И я от этого очень страдаю.

Т: Мне кажется, что то определение, которое вы дали вначале - «изнасилованная благодаря своему дружелюбию», может быть понято ещё и следующим образом - фактически вы насилуете сами себя, когда вот так дружелюбны с другими.

К: Круто. Однако вы правы.

Т: И я вижу ещё вот что. По-видимому, вам так трудно сформулировать то, что вы хотите сказать, потому что вы боитесь обидеть другого человека и тем самым поставить под удар ваши с ним отношения. Это объяснило бы, почему вы ведете себя так мило и дружелюбно: просто потому, что не хотите, чтобы ваши отношения закончились.

Подготовка к поиску подходящей формы самовыражения: подвергать себя оценке и выносить суждение о самом себе

Этот шаг ПЭА был введён следующим вопросом:

Т: Что вам нужно было бы сказать Эльфи, чтобы все поняли, что именно вы хотите ей сказать, и чтобы при этом ваше желание сохранить отношения также было бы выражено? Как вы сможете сформулировать это в приемлемом виде, не используя таких

Терапевт ставит Клаудию перед лицом его собственного восприятия ситуации. Он также даёт оценку её отношения к себе самой.

Становится понятным, почему Клаудия бессознательно блокирует свою первичную эмоцию и спонтанный импульс к действию. Благодаря жизненному опыту, она стала более сдержанной, чтобы невольно не подвергнуть отношения риску. Теперь проблема состоит в том, как обрести способность проживать и адекватно выражать то, что чувствуешь, а не становиться «маленькой, как мышка».

Клаудиа не даёт прямого ответа на вопрос терапевта. Такое впечатление,

обидных фраз, как «совершенно не ...» и «Ну говори, чего тебе?» Но, в то же время, объясните мне, как вам удастся избежать подобных фраз, когда по сути дела именно это вы и хотите ей сказать?

К: Я бы хотела видеться с ней один раз в полгода. Этого было бы вполне достаточно. (...)

Т: Почему для вас это только: «Ну говори, чего тебе?» Почему для вас это только неинтересная и обременительная обязанность?

К: Это тоже проблема.

Т: (возвращаясь к ПЭА 2) Вам это действительно не интересно?

К: Вначале я так и думала. Но теперь я больше в этом не уверена. (долгая пауза, затем немного растерянно) Я больше не уверена. (...) Может быть это слишком односторонний взгляд... На самом деле я не уверена в том, действительно ли я хочу слушать всё то, что она мне рассказывает, или же я просто хочу быть с ней милой. (пауза) Это серьёзная проблема. Мне самой очень хотелось бы это знать.

Т: (в поисках более глубокого понимания) О чём бы вы хотели поговорить с Эльфи? Было бы лучше, если бы она перестала говорить о своих личных проблемах?

К: Да нет. Бывало, по вечерам мы вели очень глубокие разговоры.

Т: Ваши разговоры сейчас остались такими же глубокими, какими были раньше?

К: Нет. Потому что ничего существенного не происходит. Она просто болтает. Иногда, конечно, интересно узнать, что может расстроить такого человека, как Эльфи, и что вообще её занимает.

что она ещё не готова приступить к поиску подходящей формы поведения в отношениях с Эльфи (ПЭА 3) – она теперь даже не может найти никаких причин для того, чтобы общаться с подругой достаточно часто. Терапевт понимает, что процесс нахождения её позиции по отношению к Эльфи и ситуации телефонных разговоров (ПЭА 2) ещё не закончен, так как он произошёл только на уровне взаимоотношений в целом, а не на уровне содержания конкретной ситуации (т.е. «общий смысл» как объединяющий элемент для встречи, см. Längle, 1986). Поэтому терапевт вновь спрашивает Клаудию о её позиции по отношению к ситуации (действительно ли это для неё «Ну говори, чего тебе?» и «Опять придётся заставлять себя выслушивать эту ерунду») – то есть, вновь ставит в центр внимания содержание разговора и причину, по которой Клаудиа стремится поддерживать отношения. Это означает возвращение к ПЭА 2.

Потому что иногда она может увидеть то, чего бы я сама даже и не заметила.

Т: (занимая позицию) У меня сложилось впечатление, что в ваших отношениях чего-то не хватает. Что вы об этом думаете?

К: Я с вами согласна. Мне следовало бы относиться к ней более серьёзно.

Т: Что это потребует от вас? Вы думаете, вам это будет легко?

К: Это вопрос. Возможно, я не должна всегда быть такой уж милой и дружелюбной и выслушивать всё то, что она мне рассказывает, а (смеётся) открыто говорить ей, если, по моему мнению, она несёт чушь, или если её рассказы нагоняют на меня скуку. Мне также следует рассказывать ей о себе, пускай даже поначалу это её и ошеломит. Но я должна поверить, что она в состоянии справиться с этим. А сейчас я отношусь к ней просто как к идиотке. (пауза) На самом деле быть вот такой дружелюбной означает принижать другого человека до уровня идиота.

Поиск адекватного способа поведения и самовыражения (ПЭА 3)

Т: Я думаю, что сейчас нам не хватает детальной проработки того, как вы теперь будете вести себя в этой ситуации. Например, знаете ли вы, какую внутреннюю позицию займете, когда она позвонит вам и вы станете ей перезванивать? Если нет, мы можем попробовать найти эту позицию вместе.

К: Ну, я должна сказать ей правду. Я просто должна сказать: «Эльфи...» (смеется). Это не так-то просто. (пауза) Я просто пытаюсь найти что-нибудь не слишком грубое, что-то достаточно сдержанное; что-то, что оставило бы ей возможность, но также

Терапевт, говорит о собственном видении ситуации и просит Клаудию определить свою позицию по отношению к подруге.

После того, как найдена внутренняя позиция как по отношению к взаимоотношениям в целом, так и по отношению к конкретной ситуации частых и долгих телефонных разговоров, можно начинать стадию ПЭА 3 (поиск адекватной формы поведения). Посредством проигрывания ситуации в деталях можно почувствовать экзистенциальные смыслы её позиции и, возможно, внести поправки в предыдущие интерпретации.

оставило бы возможность и мне тоже. Я хочу узнать, чего же она хочет. На самом деле это важный момент: выяснить, в чём состоит её проблема. И, с другой стороны, я также хочу сказать: «Извини, но у меня сейчас так много работы, что я совсем не могу уделить тебе времени». (Затем четким голосом, живо) Если бы она стала рассказывать о чем-то действительно важном, то я внимательно стала бы её слушать. Но я не хочу слушать о том, что масло растаяло, пока она ходила по магазинам.

Т: (смеясь) Да, это действительно не самое интересное. Как вы думаете, что вы будете чувствовать, когда будете говорить ей всё это? Я заметил, что в том, что вы хотели бы сказать Эльфи, не хватает того, как конкретно вы к ней обратитесь. Не хотите ли попробовать ещё раз?

К: Это сложнее, если я должна сказать всё так максимально реалистично. Но теперь, я думаю, что я поняла. И, мне кажется, внутри себя я пришла к согласию относительно того, как мне нужно это сказать. Ну, попробую: «Привет, Эльфи! Прошло так мало времени после выходных, а ты уже звонишь. Как это приятно! Но у меня сейчас куча работы, и поэтому очень мало времени. У тебя что-нибудь важное?»

Т: И как это звучит?

К: Неплохо.

Т: Это может обидеть?

К: Не должно. Потому что это не звучит как отказ разговаривать вообще. Я думаю, это звучит хорошо. Я пытаюсь выразить, что мне действительно интересно, как у неё дела. И, возможно, она ответит: «Всё в порядке. Ничего особенно серьёзного. Просто хотела поболтать».

Терапевт убеждается, что Клаудиа не пытается уклониться, и просит её попробовать проговорить подходящую форму обращения к Эльфи. Клаудиа должна пережить эту ситуацию так, как будто она происходит на самом деле, а не утопать в туманных словесных формулировках.

Из этой части беседы ясно видно, что необходимо найти надлежащую форму выражения своей позиции и своих чувств. Если человек не может себя выразить, то, не смотря на всю внутреннюю ясность и обоснованность, Person остаётся замкнутой внутри самой себя и не подготовленной к тому, чтобы воплотить свои намерения в реальность.

При поиске адекватной формы самовыражения иногда становится ясно, что ещё далеко не все возможные внутренние позиции были приняты во внимание; они могут быть рассмотрены и на этой стадии тоже, как это видно из примера. Поэтому поиск формы самовыражения выполняет

Т: Мне тоже нравится, как это звучит. Одновременно вы также устанавливаете границы, так что после этого разговор уже не будет бесконечным.

ретроспективно-объяснительную функцию и одновременно имеет мотивирующе-перспективное значение.

К: Да, я тоже это чувствую.

Т: Хорошо. Эту же модель поведения можно использовать для многих похожих ситуаций, не правда ли?

Завершение сессии

Т: Что вы думаете о нашей сегодняшней беседе?

Для углубления понимания терапевт предлагает проделать небольшую рефлексию.

К: Я думаю, что она была впечатляющей. Она изменила моё восприятие.

Вначале я очень нервничала: «Больше никакой Эльфи!» Но в процессе нашей беседы я каким-то образом примирилась с ней. Я заметила, что если я определяю свои границы, то могу принимать другого человека таким, какой он есть. На самом деле мне нравится Эльфи. Теперь мне не нужно защищаться, не нужно становиться агрессивной или чувствовать себя «маленькой, как мышка». Теперь я снова могу видеть других людей такими, какие они есть, не вступая в борьбу против того, что мне в них не нравится.

Т: И только поступая так, начинаешь принимать другого человека всерьёз. И самого себя принимать всерьёз тоже.

К: Да, это очень важно: как только я принимаю другого всерьёз, я принимаю всерьёз и саму себя.

Т: Теперь нам остается дождаться того, как вы будете себя чувствовать в реальной ситуации общения с Эльфи и что вы реально ей скажете.

К: Вообще-то теперь эта задача кажется мне какой-то совсем простой.

Думаю, что теперь я подобным же образом могла бы наладить отношения и со своим отцом.

Краткий итог сессии

В процессе этой терапевтической беседы Клаудиа смогла допустить до осознания и выразить связанные с ситуацией эмоции и аффекты. Однако ей было нужно не просто «выпустить пар», а понять, в чём была причина возникновения этих чувств. Поняв это, ей уже не нужно было больше эти чувства прятать (ПЭА 1). Определение внутренней позиции как по отношению к подруге в целом, так и по отношению к конкретной ситуации долгих телефонных разговоров, позволило ей понять эту ситуацию во всей её полноте. (Понимание как результат ПЭА 2: ситуационная эмоциональность интегрируется в более широкий жизненный контекст).

Благодаря принятию собственных чувств (ПЭА 1) и интеграции их в биографический контекст (ПЭА 2) сократилась ощущаемая Клаудией внутренняя дистанция между ней и подругой - дистанция, которая едва не привела к разрыву их отношений.

Не менее важным было найти адекватный способ поведения и опробовать его (ПЭА 3). Благодаря этому Клаудиа почувствовала, что подготовлена к ситуации и может справиться с ней. Она также ощутила, как уменьшилась её потребность внутренне защищаться от подруги, и нашла способ оставаться самой собой во взаимоотношениях с ней.

Эта сессия стала важной вехой в её терапии. Пациентка получила хороший доступ к своим персональным способностям воспринимать получаемые ею впечатления (доступ к спонтанной эмоциональности), выносить суждения и занимать позицию (доступ к пониманию, доступ к глубинному чувству тому, что является правильным) и адекватно выражать себя (осознанное поведение). Через несколько недель терапия Клаудии была завершена.

Заключительные комментарии

Специфическая особенность использования метода Персонального экзистенциального анализа состоит в том, что его процедура может быть применена для эффективной терапии существующей в настоящем проблемной ситуации без обращения к биографическому материалу. Тем не менее не следует думать, что этот метод исключает работу с биографией. Напротив, точно тем же самым способом, каким мы его применяли в вышеописанном примере, ПЭА может быть успешно использован также и для проработки травматического опыта, который хранит биография человека (Längle, 1991). Однако эффективность феноменологического подхода всё же в значительно большей степени связана с активацией ресурсов Person и её духовной силы.

Для психотерапевтов, в основном работающих в психодинамической парадигме, это может показаться весьма необычным. Тем не менее, в ПЭА есть определённые параллели с психодинамическим подходом - особенно в ПЭА 1 (аффекты и импульсы) и частично в ПЭА 2, где присутствуют моменты, аналогичные инсайтам и интерпретациям.

Приведённая в этом примере структура терапевтического диалога является базовой для ПЭА. Абстинентность терапевта редка и довольно строго регламентирована. В основном она состоит в том, что большую часть времени терапевт воздерживается от интерпретаций или советов. Сами же терапевтические отношения проникнуты диалогичностью: терапевт эмоционально включён, он ясно показывает пациенту свои эмоции и своё видение ситуации, которую проживает вместе с ним. У неопытных терапевтов подобный вид терапевтических отношений с сильной эмоциональной

вовлечённостью может вызывать такие сложности как неадекватный терапевтический альянс или не терапевтическая близость с пациентом, переход к дружеской болтовне или дружеским советам, что фактически прекращает терапевтический процесс.

Терапевтическая беседа, описанная в данной статье, имеет много сходного с процессом когнитивно-поведенческой психотерапии. Однако так бывает далеко не всегда. В случае с Клаудией это стало следствием того, что пациентка была плохо научена навыкам поведения в социуме. Тем не менее, следует отметить, что, возможно, терапия могла бы проходить быстрее, если бы терапевт немного дольше задержался на уровнях ПЭА 1 и ПЭА 2. По-видимому, он был больше озабочен развитием практических навыков (ПЭА 3). Его способ ведения терапевтической беседы представляется довольно негибким. Однако в данном конкретном случае это может быть оправдано тем, что пациентка относится к истерическому личностному типу.

Многие или даже большинство современных методов психотерапии успешно справились бы с этим случаем. Сегодня основанием для выбора метода терапии является не его эффективность, поскольку эффективность практически всех психотерапевтических методов приблизительно одинакова. Сегодня выбор метода в гораздо большей степени зависит от личных предпочтений терапевта и от того, насколько хорошо он владеет тем или иным методом, а также от того, хочет ли пациент, чтобы с ним работали именно этим методом. В первую очередь, психотерапия, конечно, должна приносить пользу пациенту. Однако, кроме этого, она также должна быть интересна и для самого терапевта и приносить ему моральное удовлетворение. Если же этого нет, то тогда наша работа не стоит того человеческого доверия, с которым в своих страданиях обращаются к нам наши пациенты.

Подводя итог настоящей публикации, мы можем отметить, что современная экзистенциальная психотерапия являет собой пример психотерапевтической парадигмы, демонстрирующей теоретическую и практическую универсальность, отражающую высокий уровень психотерапии, смотрящей в 21 век.

1. Баранников А.С. О некоторых предпосылках различных форм интеграции экзистенциальной психотерапии в российскую психотерапию//Развитие личности. М.: МПГУ. №1. 2003. С.155-161.
2. Баранников А.С. Экзистенциальный анализ и другие психотерапевтические направления//Психотерапия. М.,2004. №3. С.25-28.
3. Баранникова Д.А. Этапы становления европейской экзистенциальной психологии. Автореферат дисс. на соиск уч. степени канд. психол. наук. М.: МПГУ, 2006, -21с.
4. Брентано Ф. О происхождении нравственного познания. С-П. Алетейя, 2000, 185с.
5. Бинсвангер Л. Бытие в мире. М.: Рефл-Бук., Ваклер, 1999, -300с.
6. Больнов Ф. Отто. Философия экзистенциализма. С-Пб., Лань, 1999, -222с.
7. Бубер М. Два образа веры. М.: Республика, 1995, -463с.
8. Бьюдженталь Д. Искусство психотерапевта. СПб., 2001. -304с.
9. Гуссерль Э. Логические исследования. Картезианские размышления. Мн.: Харвест. М.: АСТ, 2000, -743с.
10. Dasein-анализ в философии и психологии. Под ред. Г.М. Кучинского, -203с. А.А. Михайлова. Мн.: Европейский гуманитарный университет, 2001.
11. Кривцова С.В. Некоторые актуальные вопросы создания экзистенциально-аналитической теории развития// 2 Всероссийская научно-практическая конференция по экзистенциальной психологии (Звенигород, 2-5 мая 2004г.). М., 2004. С.80-93.
12. Кривцова С.В. Экзистенциально-аналитическая теория личности Альфрида Лэнгле // Развитие личности. М.: МПГУ. №1. 2005. С.105-127.

13. Кочунас Р. Контуры экзистенциальной терапии// Экзистенциальная традиция: философия, психология, психотерапия. Ростов-на-Дону. 2008. №12. С. 44-55.
14. Лэнгле А. Экзистенциальный анализ – найти согласие с жизнью //Московский психотерапевтический журнал. 2001.№1.С.5-23.
15. Лэнгле А. Стоит ли полагаться на свои чувства?//Педология.Новый век.2002.№3. С.5-12.
16. Лэнгле А. Значение самопознания в экзистенциальном анализе и логотерапии: сравнение подходов//МПЖ.№4.2002.С.150-168.
17. Лэнгле А. Жизнь, наполненная смыслом. М.,Генезис. 2003.
18. Лэнгле А. Введение в экзистенциально-аналитическую теорию эмоций: прикосновение к ценности//Вопросы психологии. 2004.№4. С.3-21.
19. Лэнгле А. Фундаментальные мотивации человеческой экзистенции как действенная структура экзистенциально-аналитической терапии //Психотерапия. М.2004.С.41-48.
20. Лэнгле А. Терапевтический случай нахождения собственного Я (применение метода персонального экзистенциального анализа)//Психология. – Журнал Высшей школы экономики.М.Т.2.№2.2005.С.81-88.
21. Лэнгле А. Зайцев С.Н., Шумский В.Б.Экзистенциальный анализ в практике телефонного психологического консультирования //Психология. Журнал Высшей школы экономики.М.Т.2.№2.2005.С.99-109.
22. Лэнгле А. Person.Экзистенциально-аналитическая теория личности. М., Генезис.2005.
23. Лэнгле А. Что движет человеком? Экзистенциально-аналитическая теория эмоций. М., Генезис.2006.
24. Лэнгле А. Лекции на психологическом факультете МПГУ. 2003-2007 годы.
25. Лэнгле А. Экзистенциальный анализ депрессии. Возникновение, понимание и феноменологический подход к лечению//МПЖ.№1. 2006. С.53-82.
26. Лэнгле А. Психотерапия депрессивных расстройств в современном экзистенциальном анализе//МПЖ.№2.2006.С.29-44.
27. Мазур Е.С. Экзистенциально-гуманистический подход в психотерапии. М.: Смысл, 2003.-52с.
28. Мэй Р. Искусство психологического консультирования. М.: Класс, 1999.
29. Орлов А.Б. Шумский В.Б. Ноэтическое измерение человека: вклад Виктора Франкла в психологию и психотерапию//Психология. Журнал Высшей школы экономики.М.Т.2.№2.2005.С.65-80.
30. Проблема смысла в науках о человеке (к 100-летию Виктора Франкла)//Материалы международной конференции (Москва, 19-21 мая 2005г.) под редакцией Д.А.Леонтьева. М.:Смысл. 2005.
31. Тихонравов Ю.В.Экзистенциальная психология. М.:ЗАО «Бизнес-школа» Интел-Синтез, 1998, -236с.
32. Франкл В. Психотерапия на практике. СПб.: Ювента, 1999, -251с.
33. Франкл В. Воля к смыслу. М.: Апрель Пресс, ЭКСМО-Пресс, 2000,-368с.
34. Франкл В. Основы логотерапии. Психотерапия и религия.СПб.:Речь,2000. -284с.
35. Франкл В. Теория и терапия неврозов. СПб.: Речь, -232с.
36. Хайдеггер М. Бытие и время. М.:Ad Marginem,1997, -452с.
37. Шелер М. Избранные произведения. М., 1994,-413
- 38.Шумский В.Б.Экзистенциальная психология и психотерапия: онтологическое и персоналистическое направления// Экзистенциальная традиция: философия, психология, психотерапия. Ростов-на-Дону. 2007. №11. С.29-41.

39. Экзистенциальная психология. Под ред. Р. Мэя. М.: Апрель-Пресс, Эксмо-Пресс, 2001, -644с.
40. Эмми Ван Дорцен. Практическое экзистенциальное консультирование и психотерапия. Ростов-на-Дону. 2007, -215с.
41. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. М.: «Класс», 1999. 576 с.
42. Buber M.: Das dialogische Prinzip. Heidelberg: Lambert Schneider, 1973.
43. Frankl V.E.: Zur geistigen Problematik in der Psychotherapie. Zentralblatt, der Psychotherapie 10, 1973 33-45
44. Frankl V.E.: Ärztliche Seelsorge. Wien: Deuticke 1946/1982.
45. Frankl V. E.: Grundriß der Existenzanalyse und Logotherapie. In: Frankl V.E., v. Gebattel V. E., Schultz J. H. (Ed.): Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie. München: Urban & Schwarzenberg, 1959.
46. Frankl V.E.: Psychotherapy and Existentialism. Selected papers on Logotherapy. New York: Washington Square Press, 1967.
47. Frankl V. E.: Ärztliche Seelsorge. Wien: Deuticke, 10°, 1982a.
48. Frankl V. E.: Der Wille zum Sinn. Bern: Huber, 1982b
49. Frankl V. E.: Theorie und Therapie der Neurosen. München: Reinhardt, 1983.
50. Frankl V. E.: Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie. Bern: Huber, 1984.
51. Frankl V.E.: Man's Search for Meaning. New York. Washington Square Press, 1985.
52. Jaspers K.: Existenzphilosophie. Berlin: de Gruyter, 4°, 1974
53. Längle A.: Existenzanalyse der therapeutischen Beziehung und Logotherapie in der Begegnung. In: Tagungsbericht der GLE, 2, 1, 1986, 55-75.
54. Längle A.: Sinnvoll leben. Angewandte Existenzanalyse. St. Pölten: NÖ Pressehaus, 1987.
55. Längle A.: Entscheidung zum Sein. Logotherapie in der Praxis. München: Piper, 1988.
56. Längle A.: Personale Existenzanalyse. In: Längle A. (Ed.): Wertbegegnung. Phänomene und methodische Zugänge. Wien: GLE-Verlag, 1989 133-159
57. Längle A.: Die biographische Vorgangsweise in der Personalen Existenzanalyse. In: Kolbe Ch. (Ed.): Biographie. Verständnis und Methodik biographischer Arbeit in der Existenzanalyse. Wien: GLE-Verlag, 1991, 9-33
58. Längle A.: Personal Existential Analysis. In: Proceedings, 16th Intern Congress Psychotherapy, Seoul: Korea Academy of Psychotherapy, 1994, 318-335
59. Längle A., Orgler Ch.: Existenzskala. GLE-Verlag (Hogrefe in press), 1989.
60. Plessner H.: Lachen und Weinen. Eine Untersuchung nach den Grenzen Menschlichen Verhaltens. Bern, 2°, 1950.
61. Scheler M.: Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik. Bern: Franke, 6°, 1980.
62. Scheler M.: Die Stellung des Menschen im Kosmos. Bonn: Bouvier, 10°, 1991.
63. Strasser S.: Das Gemüt. Freiburg: Herder, 1954.
64. Wicki B.: Die Existenzanalyse von Viktor E. Frankl als Beispiel zu einer anthropologisch fundierten Pädagogik. Bern: Haupt, 1991.

Телесно-ориентированная психотерапия

Л.С Белгородский

Телесно-ориентированная психотерапия (ТОП) – направление психотерапии, объединяющее ряд авторских методов, общим принципом которых является психокоррекционная работа с телом. Среди частных методов ТОП наиболее известны: вегетативная терапия (В. Райх); биоэнергетический психоанализ (А. Лоуэн); комплексы двигательных упражнений, связанных с выявлением и улучшением привычных телесных поз (Ф. Александер), а также осознанием и развитием телесной энергии (М. Фельденкрайз); стержневая (Core) энергетика (Д. Пьерракос); радикс (Ч. Келли); хакоми (Р. Курц); соматический процесс (С. Келеман); организмическая психотерапия (М. Браун); первичная терапия, или терапия первичного крика (А. Янов); структурная интеграция, или рольфинг (И. Рольф); биодинамическая психология (Г. Бойсен); бодинамика, или психология соматического развития (Л. Марчер); чувственное осознание (Ш. Селвер); психотоника (Ф. Гласер); соматическая терапия – биосинтез (Д. Боаделла); процессуальная терапия (А. Минделл). В сферу ТОП входит также ряд оригинальных отечественных методик, в первую очередь танатотерапия (В. Баскаков) и АМПИР (М. Сандомирский).

Близкими к ТОП являются ряд методик, фрагменты которых могут использоваться в телесной психотерапевтической работе с клиентами: розен-метод (М. Розен); БЭСТ (Е. Зуев), различные виды танцевальной и двигательной терапии (ТДТ), включая анализ движений (Р. Лабан) и техник актерского мастерства (школа К.С. Станиславского), телесно-дыхательные и звуковые психотехники, а также восточные виды телесных практик (йога, цигун). Отдельные технические приемы и упражнения ТОП могут иметь внешнее сходство с техниками клинических методов работы с телом (рефлексотерапия, мануальная терапия, физиотерапия и массаж), отличаясь от последних активным участием пациента в процессе терапии и осознанностью протекающих во время психотерапевтических процедур телесных ощущений.

В целом же ТОП представляет собой интегративный психотерапевтический подход, который в сравнении с другими терапевтическими техниками в наибольшей мере опирается на психосоматические взаимоотношения, использует понимание физиологических основ психики. Иными словами, эта модальность наиболее близка к физиологически-ориентированному направлению, развивающемуся в последние годы благодаря внедрению в теорию и практику психотерапии современных достижений нейронаук.

Телесно –ориентированная психотерапия
Аннотация

Краткая история

В теоретическом плане исторические корни ТОП лежат в работах Ф. Месмера (о телесном «магнетизме»), Ш. Рике и Ж.-П. Шарко, И. Бернхайма, В. Джемса и П. Жане (о принципах устройства человеческой психики, применительно к психопатологии и психотерапии). В одном ряду с ними стоят представления И.М. Сеченова о «мышечном чувстве» и И.Р. Тарханова об идеомоторных движениях. В рамках физиологически-ориентированного подхода ТОП представляет собой практическую реализацию представлений В.М. Бехтерева об объективной, или психо-рефлекторной психотерапии.

В практическом плане исторически близкими к ТОП являются работы И. Шульца и Е. Джейкобсона, разработавших техники мышечной релаксации (соответственно ментально-индуцированной и телесно-индуцированной). Широкою же известность и систематизированное оформление это направление получило с конца 30-х гг. благодаря работам В. Райха – ученика З. Фрейда, разработавшего метод “анализа характера” как дальнейшее развитие психоанализа. Как известно, Фрейд ввел представление о патологических фиксациях и психологических защитах, формирующихся в детском возрасте и входящих в структуру личности взрослого человека. Райх же, опираясь на принцип психосоматического единства, считал, что психологические защиты имеют телесное отражение. Структура характера, или сложившаяся у индивида совокупность защитных стереотипных форм поведения (по Райху, “характерный панцирь”) проявляется в также стесненном дыхании, а также в привычном мышечном напряжении, которое образует защитный “мышечный панцирь”. В последнем рассматривается 7 анатомических сегментов: верхняя часть лица (глаза и лоб), нижняя часть лица (рот), шея, грудная клетка (и плечевой пояс), диафрагма, живот, таз (и нижние конечности). В отдельных сегментах обнаруживаются области застойного напряжения мышц, в клинической терминологии именуемые участками локального мышечного гипертонуса, в психологической терминологии – «мышечными зажимами» (термин К.С. Станиславского).

Соответственно для снятия избыточного напряжения мышц Райх начал использовать в терапевтической работе различные процедуры контакта с телом - массажирование, контролируемое надавливание, мягкое прикосновение, ритмические движения (к которым его ученик А. Лоуэн добавил статические напряженные позы – «арка», «дуга» и другие) и регулируемое дыхание (главным образом гипервентиляцию). Целью этих процедур являлся анализ структуры характера клиента на телесном уровне, то есть выявление мышечных зажимов и их проработка, приводящая к высвобождению подавляемых чувств (отреагирование) и коррекции связанного с ними негативного опыта (через осознание).

Базовые принципы ТОП

Соответственно изложенному выше, общей основой всех методов ТОП, исторически обусловившей отделение их от психоанализа, является:

А) использование в процессе терапии контакта терапевта с телом клиента;
Б) акцент на телесных ощущениях, возникающих в терапевтической сессии, как у клиента, так и у терапевта (см. далее «телесный резонанс»).

Эти или главные принципы терапии, в свою очередь, основаны на представлении о психосоматическом двуединстве, или неразрывной связи тела (body) и духовно-психической сферы (mind; в англоязычной литературе используется термин, подчеркивающий эту связь - body-mind therapy). При этом полагается, что неотреагированные эмоции и травматичные воспоминания клиента вследствие функционирования физиологических механизмов психологической защиты сдерживаются и запечатлеваются в теле – контейнируются, или соматизируются (М. Шур). С одной стороны, достигается «тактическая» цель терапии, или телесный аналог фрейдовского катарсиса: повторное переживание и осознание заблокированных негативных эмоций способствует их устранению (А. Янов). С другой стороны, преследуется еще и «стратегическая» цель терапии, личностная трансформация. Работа с телесными проявлениями соматизированных эмоций помогает клиенту наладить канал сознательной коммуникации с подсознанием. В свою очередь, это позволяет по принципу обратной связи проводить коррекцию психологических проблем, помогая клиенту осознать и принять вытесненные аспекты личности, интегрировать их как части своей глубинной сущности (self).

Интеграция тела и разума основывается на функционировании интуитивных, правополушарных компонентов психики, иначе именуемых естественным организменным оценивающим процессом (К. Роджерс), или телесным «Эго» (З. Фрейд). Поэтому в работе терапевта с клиентом поощряется доверие последнего к телесным ощущениям и сигналам, к “жизни тела” (А. Минделл) - или интуитивной "внутренней мудрости" собственного организма.

Технические основы ТОП

Таким образом, методы ТОП ставят акцент в терапевтической работе на знакомстве клиента с собственным телом, подразумевающим расширение сферы осознания глубинных организмических ощущений, а также исследовании телесных проявлений чувств, желаний и потребностей. Это достигается тем, что в процессе работы внимание клиента направляется на его телесные ощущения для повышения способности к их осознанию (процедура ревизии ощущений) и в дальнейшем – сознательному контролю. Для проработки наблюдаемых ощущений может также производиться усиление наблюдаемых ощущений (амплификация) для поощрения выражения чувств. Либо, напротив, коррекционные техники могут быть направлены на нейтрализацию дискомфортных ощущений, причем постепенно клиент обучается самостоятельному применению этих техник.

Особое внимание в терапии уделяется ощущениям, связанным с распределением в теле вегетативной (В. Райх) или биологической энергии (А. Лоуэн) и соответственно устранению нарушений, блокирующих ее нормальную циркуляцию (райховская “вегетативная терапия”), от поверхности кожи и регуляции до глубинных процессов метаболизма (М. Браун). Считается, что свободное протекание вегетативной энергии лежит в основе как физического, так и психического здоровья (К. Рудестам).

От первоначальных простых телесных ощущений терапевт помогает клиенту перейти к эмоционально окрашенным, образным телесным переживаниям. Зачастую это дает возможность осознать их историю, вернуться к тому времени, когда они впервые возникли (регрессия), чтобы прожить их заново и тем самым освободиться от них (катарсис). При этом достигается интеграция терапевтических принципов “там и тогда” (возвращение к первичным травматическим ситуациям) и “здесь и теперь” (сосредоточение на настоящем моменте), позволяющая оптимальным образом переработать негативный биографический материал (Б.Д. Карвасарский).

Тем самым человек избавляется от неадекватных защит, неадаптивных эмоциональных и поведенческих стереотипов, иллюзорных убеждений и обретает более прочный контакт с реальностью, уверенность в себе, способность контролировать свои эмоции. В ТОП это повышение адаптивности человека, его стрессоустойчивости и способности контролировать эмоции включает несколько рефлекторных элементов (позно-тонических и двигательных стереотипов), одновременно служащих «якорями» произвольной телесно-эмоциональной саморегуляции.

1) Во-первых, это наиболее известное телесное отражение контакта с «реальной почвой», именуемое «заземлением» (А. Лоуэн). Оно включает как соматическую часть – комплекс ощущений в ногах, связанный с физической опорой и устойчивостью, так и ее психологическое «отражение» - опору и устойчивость применительно к жизненным условиям, а также тесный сознательный контакт с собственными эмоциями и отношениями с близкими людьми (С. Келеман).

2) Ощущения, связанные с осознанием центра тяжести тела, в нижней части туловища – «центрирование» (Д. Боаделла; М. Фельденкрайз).

3) Набор ощущений, определяющихся осанкой, положением грудного отдела позвоночника «вторичный контроль» (модель телесного локуса контроля в методе Ретри).

4) Положение головы и шеи, а также связанный с этим комплекс ощущений - «первичный контроль» (Ф.М. Александер).

5) Ощущения в области лица, связанные с глазным контактом – «видение» (Д. Боаделла).

Осознавая связанный с травматическими ситуациями телесный эмоциональный опыт, избавляясь от «мышечных зажимов» и вырабатывая навык эмоциональной саморегуляции с использованием перечисленных телесных «якорей», человек обучается реалистичному разрешению как

внутренних конфликтов (особенно в области эмоций), так и внешних конфликтов, в сфере межличностных взаимодействий. Это происходит еще и потому, что раскрепощение, "включение в жизнь" тела приближает человека к его первичной природе и помогает ослабить отчужденность, испытываемую большинством людей (А. Лоуэн). Восстановление «естественности» распространяется как на эмоциональную сторону жизни человека, так и на его психосоматические взаимоотношения, становясь основой коррекции психосоматических расстройств.

Помимо работы с внутренними переживаниями клиента, подвергаются анализу также и отношения клиента с терапевтом, представляющие взаимное проецирование ими друг на друга отношений с другими личностно значимыми персонами (перенос и контрперенос). При этом процессы переноса рассматриваются как в традиционном для психоанализа психологическом плане, так и в физическом, или энергетическом, на уровне телесных ощущений. Терапевтическая интроспекция является двусторонней, поскольку терапевт в процессе взаимодействия с клиентом наблюдает появление собственных, «отраженных» телесно-эмоциональных ощущений, являющихся соматическим отражением контрпереноса. Подобный феномен телесного резонанса терапевта и пациента называется "вегетативной идентификацией" (В. Райх).

Диагностический арсенал ТОП, помимо внешнего наблюдения и телесной интроспекции, осознания телесных ощущений, включает также интерпретацию последних. «Расшифровка» телесных ощущений клиента проводится с опорой на особый, символический «язык тела», рассматривая тело как некоторый текст, элементами которого являются отдельные ощущения (телесная герменевтика).

В собственно терапевтическом арсенале ТОП, помимо телесного контакта, имеются также различные упражнения: дыхательные, двигательные и медитативные, помогающие человеку овладеть навыками самонаблюдения и саморегуляции. Все они построены на основе «повторения онтогенеза», или регрессионного воспроизведения элементов детского телесного опыта, являющихся закономерными звеньями возрастного психофизического развития (М. Сандомирский).

Показания к применению

Методы ТОП особенно эффективны для лечения психосоматических заболеваний, неврозов, последствий психических травм (среди которых выделяются травмы развития и шоковые травмы) и посттравматических стрессовых расстройств, депрессивных состояний (до средней тяжести последних включительно). ТОП является также инструментом личностного роста, позволяющим добиться более полного раскрытия личностного потенциала, увеличения числа доступных человеку способов

самовыражения, расширения самоосознания, раскрепощения коммуникации, а также улучшения физического самочувствия.

Л.С.Белгородский, М.Е.Сандомирский

Телесно-ориентированная психотерапия: современное состояние Л.С.Белгородский, М.Е.Сандомирский

Общие положения

Задачей нашего обзора является рассмотрение основных тенденций развития современной ТОП в русле российской интегративной психотерапии, в сравнении с западными аналогами. Иными словами, анализ современного положения дел в сфере ТОП с целью ответа на актуальные для нашего времени вопросы методологии психотерапии. Рассмотрение представлений об идентичности: что есть телесно-ориентированная психотерапия и что – психотерапия телесная? Какие основные положения лежат в основе этого направления психотерапии, как направления человеческой деятельности? Тем более, что в последнее время в европейских странах принято считать, что психотерапия – это отдельная профессия. Именно поэтому так важно вычленил, что же именно мы понимаем под ТОП.

Телесная психотерапия прошла достаточно долгий и плодотворный путь развития, насчитывающий порядка 70 лет. В итоге к настоящему моменту на Западе имеется большое количество ассоциаций и школ «телесной психотерапии», например в Европе более 20 организаций, входящих в так называемый «Форум» и представляющих собой как бы отдельные модальности телесной психотерапии, принятые ЕАВР. С другой стороны, это своего рода бренды, которые сформировались десятилетия назад давно и теперь продолжают успешно продвигаться. Руководители школ презентуют эти методы по всему миру, в том числе и в нашей стране.

Каково же позиционирование этих брендов? Иначе говоря, чем же телесная психотерапия отличается от других, по-своему хороших, но принципиально иных видов психотерапии? Классическое определение, когда-то послужившее причиной отделения данного метода от психоанализа: телесная психотерапия – та, где используется прямой контакт терапевта с телом пациента, – на сегодня уже устарело. С одной стороны, подобный контакт сегодня «разрешен», допущен и вполне распространен в самых разных терапевтических методах, свободных от пуританских нравов ортодоксального психоанализа. С другой стороны, и в самой телесной психотерапии все большее значение придается техникам, лежащим за пределами телесного контакта, расширяя представления о контакте.

При этом в последнее время имеется тенденция как фиксирования брендов, так и их взаимопроникновения на базе каких-то общих положений. И в последнее время все более занимает специалистов вопрос: что такое в целом «телесная психотерапия». Тем самым как бы возвращение к истокам. И когда возникает вопрос о том, чтобы ограничить поле телесной психотерапии, то основной принцип, на котором строится определение – это *body-mind*, или представление о неразрывной связи тела и духовно-психической сферы. Как один из вариантов решения основной психологической проблемы, или психосоматической дилеммы: что первично, тело или психика. Психотерапевтическое представление о человеке описывается как единство психики и соматики, связанных взаимным однозначным соответствием. Нездоровье в психике напрямую отражается в соматике, и наоборот. В телесной психотерапии эта модель прописана явно, в других направлениях психотерапии она присутствует в неявном виде.

При этом можно говорить о физическом теле, но и об эмоциональном и других телах. В основе подобной телесной модели лежит антропный принцип, представление о том, как устроен человек. У человека есть «тело», или «тела». Соответственно человек в данной модели – это совокупность «тел», понимаемых узко, буквально или расширенно, символически.

В этом смысле телесная психотерапия опирается на признание наличия тела. Признание его самим клиентом (и конечно, терапевтом). Причем признание тела не отдельно от психики, а именно вместе с ней. Признание, определяющее движение к интеграции тела и психики, и тем обеспечивающее достижение доступа к важнейшим внутренним ресурсам. (Особый акцент на тело как канал доступа к ресурсам делается в упомянутой выше ресурсно-ориентированной телесной психотерапии.) Движение, приобретающее все большую популярность.

И хотя поначалу появление телесной психотерапии было воспринято как своего рода психотерапевтическая революция - так как ранее в психотерапии тело как будто бы жило отдельно от психики – зато в последнее время все большее количество психотерапевтических практик, можно сказать, приближаются к телу. Это связано с общемировыми культуральными тенденциями, с новой парадигмой культуры и науки. В гештальт-терапии также есть телесные техники, присутствуют они и в психодраме, и в системных расстановках по Б.Хеллингеру, и в НЛП. Все эти (и многие другие) методы тоже обращают внимание на тело. Просто в телесной психотерапии на тело обращается превалирующее внимание, ему отдается первоочередной приоритет.

Нужно также подчеркнуть отличия телесной психотерапии от других телесных методик, объединяемых понятием *bodywork*, буквально – телесной работы. Методик как лечебных (массаж, мануальная терапия, в т.ч. миофасциальный рилизинг), так и оздоровительных (фитнес, боди-флекс, метод Пилатеса и др.). Первое отличие состоит в субъектно-субъектной психотерапевтической коммуникации между клиентом и терапевтом, когда клиент берет на себя ответственность за происходящее, проживает это. Под «проживанием» имеется в виду осознанное отношение к телесным ощущениям. А это, в свою очередь, возможно при наличии запроса клиента и разделяемой им с терапевтом карты, в которой увязаны телесные и психологические проблемы.

Во-вторых, телесная психотерапия работает не только с телом, но и с личностью клиента. Работает с его глубинными убеждениями, с личностными установками. И она успешна тогда и только тогда, когда эти установки меняются. А в *bodywork*, в отличие от психотерапии, в качестве цели ставится только определенная нормализация самочувствия состояния клиента, поддержание того способа функционирования, который привычен для него. В целеполагании клиента и работающего с ним терапевта нет запроса на изменение, а есть запрос на поддержание. Для психотерапевтической же практики подобная нормализация функционального состояния клиента может служить лишь как предварительный, подготовительный этап, как создание фундамента для дальнейшей работы. В современных методах телесно-ориентированной психотерапии (в частности, РОСТ, Ретри) этот этап работы рассматривается как *неспецифический*, решающий промежуточные задачи терапии – создание позитивного, ресурсного психоэмоционального состояния клиента через его обучение навыкам телесной саморегуляции. Соответственно на следующем, *специфическом* этапе с помощью опоры на выявленные и созданные ранее ресурсы достигается личностная трансформация.

«Мы» и «они»: чего нет в своем отечестве...

Как хорошо известно, в своем отечестве не бывает пророков. Но как оказывается, в нашем отечестве нет не только пророков, но нет и «телесных психотерапевтов». Почему? «У них» на Западе есть «телесная психотерапия» и bodywork – а «у нас» в России психотерапия телесно-ориентированная, она же «ТОП». Это очень странно и символично, что в нашей стране нет того, что является общепринятым мировым стандартом, глобальным брендом - «телесной психотерапии» (по крайней мере, это название у нас так не зафиксировано). А есть самобытная и самостийная телесно-ориентированная психотерапия отечественного «разлива». И в этой странности есть очень глубокий смысл.

В нашей стране нет столь ярко выраженных школ и столь сильного брендинга. ТОП – младшая сестра телесной психотерапии. И она представляет собой подход более широкий, хотя и более мозаичный, свободный от узко-корпоративных и брендовых ограничений. И к тому же более гибкий и, как это ни удивительно, более современный в силу большей открытости для новых веяний и в особенности для внедрения передовых достижений фундаментальной науки (психофизиология, нейрофизиология, физиология ВНД).

В этом смысле можно утверждать, что в нашей стране психотерапия в сфере телесной оказалась «впереди планеты всей». Потому что когда в 90-е годы в Россию стали приезжать западные тренеры, у нас люди стали интегрировать опыт разных школ. Не говоря уже о том, что были и свои оригинальные методы. И в результате, когда формировалось отечественное «телесное» психотерапевтическое сообщество, в него вошли специалисты, которые проходили много разных учебных курсов, представлявших самые разные школы. И это сильно отличается от западной ситуации, где если ты учишься в рамках какой-то одной школы, то ты в ее рамках и остаешься в дальнейшем. Как в прокрустовом ложе, из которого не вырвешься, даже если перерастаешь старые узкие границы, ставшие тесными и препятствующие дальнейшему росту и творческой инициативе.

И возвращаясь к смыслу названия ТОП, давайте задумаемся: психотерапия телесно-ориентированная подразумевает «ориентацию на тело». А что же именно мы ориентируем на тело? Прежде всего, ориентируем внимание клиента и терапевта. Работа с клиентом заключается в том, что с помощью фокусирования внимания на телесных процессах, с использованием тела мы движемся в сторону ресурса. Вот почему, в частности, название «телесно-ориентированная психотерапия» представляется более обоснованным, чем просто психотерапия телесная.

Что же касается упомянутого «движения к ресурсу», то наряду с обозначением конкретной терапевтической стратегией, это название может в то же самое время служить метафорой движения, или точнее развития, ТОП как таковой. А возможно и шире, выходя за рамки собственно телесного терапевтического подхода. Ведь в конечном счете вся психотерапия, если посмотреть на нее под «ресурсным» углом зрения, представляет собой помощь клиенту в нахождении его собственных внутренних ресурсов, в создании сознательного доступа к ним (кроме психотерапии телесной, особенно ресурсно-ориентированной, это также ярко проявляется в эриксоновской терапии и в НЛП).

Важно подчеркнуть, что описанное положение служит наглядным примером важнейшей закономерности: современная телесная психотерапия не стоит на месте, она меняется, развивается, живет и движется. И еще одно ее заметное движение, или «телодвижение» – все большая пристройка к

моменту, ситуативность работы с клиентом. Последняя проявляется в двух аспектах.

1) Гибкий подход. Если ранее телесная психотерапия, как и многие другие терапевтические методы, рассматривалась в значительной мере как работа в типовых кейсах, основанная на дискретности: «что делать, если...» Здесь проглядывает прямая аналогия с клиническим, нозологическим подходом: «если у пациента обнаруживается симптом X – выполняем действие Y». Противоположным, и главное – более современным подходом выступает процессуальность, или отказ от следования жесткому шаблону, сценарию терапевтической техники, заранее заданному алгоритму (характерному для поведенческой терапии или для НЛП). Вместо этого предлагается следование за клиентом, за его подсознательными процессами, находящими отражение в процессах телесных. Эта процессуальность, зародившаяся в рамках минделловской процессуальной терапии, все больше входит в практику различных телесно-терапевтических техник.

2) Индивидуализация подхода к каждому клиенту. От стандартных упражнений, одинаковых для каждого клиента, на которых строилась «ранняя» телесная психотерапия (методы Лоуэна, Фельденкрайза, Александера) происходит переход к специфическим, индивидуализированным терапевтическим интервенциям.

И наконец, главная перспектива развития и самодвижения ТОП – интеграция различных методик, модальностей внутри телесной психотерапии, на описании которой остановимся подробнее.

От дифференциации к интеграции

На наш взгляд, магистральным направлением развития современной психотерапии выступает интеграция разных методов, являющаяся обратной стороной их предшествовавшей диверсификации и дифференциации. В психотерапии мы приходим к такому этапу, когда большое разнообразие порождает стремление к унификации, к объединению. Наглядным примером может служить современное состояние НЛП (оно же DNE – SHE – NHR), где сам метод изначально представлялся как набор психотерапевтических инструментов, а клиент – как объект, к которому эти рабочие инструменты прикладываются. В качестве инструментов выступали различные частные техники, когда же их стало необозримо много, то проявилась тенденция к ревизии техник и возврату к их истокам.

Те же самые процессы – диверсификация и интеграция – происходят в телесной психотерапии. И здесь нередко наблюдается дублирование, когда разные методы повторяют друг друга, называя одни и те же вещи разными словами, интеграция различных методик на общих, единых методологических основаниях и поиск этих основ для объединения. И тогда возникает вопрос о наличии общего основания, фундамента для такой интеграции. Если мы говорим, что в телесной психотерапии самым общим фундаментом является представление о единстве телесных и психических процессов, то к описанию этого единства и его возможных нарушений возможны два подхода.

- Первый подход: психика и соматика рассматриваются как два множества, сопоставленных одно с другим таким образом, что для каждого элемента из одного множества имеется соответствующий ему элемент из другого множества. Это своего рода линейное соответствие, или взаимное отражение психики и соматики.
- Второй подход: мы говорим о телесном «симптоме», за которым лежит его внутриспсихический «организатор». Здесь мы сталкиваемся с соответствием нелинейным, иерархическим, в качестве конкретного примера которого может

выступать известный райховский принцип единства тела и психики. Согласно последнему, общность психики и соматики на глубинном уровне организма (являющаяся для личности источником ресурсов), в то же время на поверхностном уровне перерастает в их противостояние, приводящее к трансформации психологического конфликта в соматические расстройства (см. рисунок).

Можно утверждать определенно, что это глубинное единство имеет материальную, физиологическую основу – в рамках объективного, биологически обоснованного подхода к психосоматической взаимосвязи, называемого холистическим (по Ф.Александрю). И здесь мы приходим к тому важнейшему выводу, что *телесный психотерапевтический подход является в значительной мере офизиологическим* – особенно, когда мы говорим о дальнейших перспективах развития ТОП. Практических следствий этого теоретического вывода как минимум два:

1) Верификация эффективности психотерапии – через объективизацию результатов последней.

Уточним, что речь не идет о традиционной медицинской диагностике для психосоматических пациентов и мониторинге их состояния в клиническом смысле (что и так используется в лечебных учреждениях). Имеются в виду более тонкие, нежели клинические, но настолько же объективные показатели функционального состояния человека – клиента, который возможно даже не имеет нозологического диагноза, а лишь «диагноз» психологический. В качестве таковых могут использоваться не клинко-физиологические, а именно психофизиологические методики диагностики и показатели, служащие чувствительными индикаторами динамики психоэмоционального состояния клиента, динамики телесных проявлений разрешения его внутриспсихического конфликта, которое достигается в процессе психотерапии.

2) Интеграция различных телесно-терапевтических техник на единой физиологической основе.

Имеется в виду поиск тех общих, повторяющихся механизмов, которые используются отдельными частными техниками психотерапии и которые на самом деле заложены в самом устройстве человеческого организма, на физиологическом уровне. Примером является описанный авторами ранее феномен физиологической возрастной регрессии как основы терапевтических трансовых состояний. При выявлении подобной психофизиологической основы, общей для различных телесно-терапевтических приемов, можно думать о возможности и целесообразности их объединения.

Литература

1. Белгородский Л.С., Сандомирский М.Е. Телесно-ориентированная психотерапия // Энциклопедия традиционной народной медицины: Направления. Методики. Практики. / Сост. И.М.Минеев. – М.: ООО “Издательство АСТ”; “Сопричастность”, 2001. – 702 с.
2. Сандомирский М.Е., Белгородский Л.С. Способ объективной оценки эффективности телесно-ориентированной психотерапии // Интеллектуальный продукт, зарегистрирован ВНИИЦ 04.09.2001
3. Сандомирский М.Е. Психосоматика и телесная психотерапия: Практическое руководство // М.: «КЛАСС», 2005. – 592 с.

Позитивная психотерапия

Резюме

Определение: «Позитивная психотерапия – психодинамический, гуманистически ориентированный метод психотерапии с транскультурной точкой зрения и инновационными техниками в русле ориентированной на клиента и его ресурсы краткосрочной психотерапии". (Н. Пезешкиан)

Распространение: Позитивная психотерапия, созданная в 1968 году Носсратом Пезешкианом, практикуется более чем в 80 странах с центрами в более чем в 25 странах.

Образовательные стандарты позитивной психотерапии аккредитованны Германской государственной медицинской палатой последипломного образования врачей по психотерапии, лицензированы Гессенским контрольным ведомством врачебно-медицинских профессий; признаны Европейской Ассоциацией¹ и комиссией² Европейского и Всемирного сертификатов по психотерапии.

Публикации: книги по позитивной психотерапии опубликованы на 20 языках, защищено более 20 кандидатских и докторских диссертаций в разных странах.

Награды: в 1997 г. позитивная психотерапия награждена самой престижной в Германии наградой в области гарантии качества медицинских услуг, Премией Ричарда-Мартина.

Основная концепция: позитивный образ человека предполагает, что человек хорош по природе и от рождения обладает всеми способностями, сравнимыми «с семенами скрытых возможностей, которые, однако, ещё нужно развить»

Сущность метода. Пять ступеней дифференциального анализа позволяют провести анализ эмоционального содержания и происхождения конкретного конфликта, физического или психического расстройства (**стадия 1: наблюдение; стадия 2: инвентаризация**). Для ориентировки в общей жизненной ситуации используется модель баланса четырёх областей жизни: тело, отношения, достижения, фантазия. Внутренний конфликт рассматривается как болезненное переживание базового конфликта концепций активированное и проявившееся «здесь и сейчас» в реакциях актуального конфликта. Конфликты описываются в терминах актуальных способностей – повседневных навыков и норм поведения (вторичные способности), отношения, устремления и мотивации (первичные способности). Для выяснения и описания структурных особенностей личности используются четыре области примеров прошлого (Я, ТЫ, МЫ и ПРА-МЫ). На **стадии 3: стимуляция** подчеркивается конструктивная интенция обнаруженного патогенного паттерна. Это делается с помощью позитивной интерпретации, ситуативного поощрения и использования символической функции расстройств и конфликтов. На **стадии 4: Вербализация** обсуждаются дисфункциональные стороны динамики конфликтов, происхождения и поддержания расстройств или осуществляются интервенции, способствующие развитию личностной структуры. **Стадия 5. Расширение целей** помогает человеку освоиться с полученными в терапии изменениями и спланировать свою жизнь после лечения. Позитивная психотерапия активно использует истории и юмор; семью как жизненный контекст интенсивного тренинга, как терапевтический инструмент и как терапевтическую группу; стандартизированное первое интервью и WIPPF - Висбаденский Вопросник Позитивной и Семейной Психотерапии

Показания: дифференциальный анализ дает возможность эффективной краткосрочной терапии расстройств, основанных на конфликте (ОПД-2), особенно в семейном и транскультуральном контексте. Модель баланса, четыре области примеров

¹ В соответствии с пунктом 5 Положения о Европейском сертификате по психотерапии от 29 июня 1997 г. (European Association for Psychotherapy, 1997)

² European Association for Psychotherapy, 1998

прошлого и детально разработанный инструментарий стимуляции ресурсов позволяют успешно справляться с большинством структурных расстройств и расстройств, связанных с конфликтами в условиях структурных ограничений (по ОПД-2)

Позитивная психотерапия

Кирилов И.О.

I. История

«Достоевский считал, что жизнь это рай от которого человечество потеряло ключ. Вместе мы сможем отыскать пропажу.»

Н. Пезешкиан

Основатель Позитивной Психотерапии Носрат Пезешкиан (N. Peseschkian 1933-2010) родился в 1933 году в Иране. С 1954 года он живет и работает в Висбадене (Германия). Он учился в Германии, Швейцарии, США.

В 1968 году Носрат Пезешкиан, опираясь на масштабные транскультуральные исследования, создал новый конфликт-центрированный гуманистический метод.

К 1977 году был создан Висбаденский институт последипломного образования по психотерапии и семейной терапии (WIPF), аккредитованный государственной медицинской палатой для последипломного образования врачей в области психотерапии. Согласно с новым германским законом о психотерапии, в 1999 году была сформирована Висбаденская академия психотерапии (WIAP), получившая лицензию Гессенского контрольного ведомства по врачебно-медицинским профессиям на проведение полного психотерапевтического обучения психологов, детских и юношеских психотерапевтов.

С 1974 г. метод позитивной психотерапии распространился более чем в 80 странах, и в конце 80-х – начале 90-х были основаны первые центры позитивной

психотерапии. В 2008 г. Международный Центр Позитивной Психотерапии (ICPP) реорганизован во Всемирную Ассоциацию Позитивной Психотерапии (WCPP), которая объединяет коллег более чем из 25 стран; книги по позитивной психотерапии переведены на 20 языков и более чем в 60 странах проведены обучающие семинары. Программа WIPF признана Европейской Ассоциацией³ соответствующей этическим⁴ и профессиональным стандартам Европейского сертификата по психотерапии. Европейская федерация центров позитивной психотерапии (EFCPP) была признана Европейской Ассоциацией Психотерапии (EAP) как Европейская расширенная организация (EWO) и как Европейская расширенная сертифицирующая организация (EWAО) (24.10.1998).

По темам, связанным с позитивной психотерапией и транскультуральными исследованиями и успешно защищено около 20 кандидатских и докторских диссертаций, опубликовано множество книг и исследований на различных языках.

С 2003 года новым президентом ICPP избран сын основателя метода – Х. Пезешкиан. Х. Пезешкиан 8 лет прожил в России и под руководством профессора Б. Д. Карвасарского защитил диссертационную работу на соискание степени доктора медицинских наук в НИИ Психоневрологии им. Бехтерева.

В 1997 г. В Германии работа по оценке эффективности позитивной психотерапии, возглавленная Н. Пезешкианом, была награждена самой престижной в Германии наградой в области гарантии качества медицинских услуг, Премией Ричарда-Мартина.

В 2005 г. завершился первый университетский курс с присуждением студентам Мастерской степени по Позитивной Психотерапии в университете UTEPSA (Боливия). Программа этого курса служит основой других университетских программ, которые появятся в ближайшие годы.

³ В соответствии с пунктом 5 Положения о Европейском сертификате по психотерапии от 29 июня 1997 г. (European Association for Psychotherapy, 1997)

⁴ European Association for Psychotherapy, 1998

II. Позитивный образ человека.

*«Взирайте на человека, как на прииск,
полный драгоценных камней, которым нет цены»*

Бахаулла

Развивая гуманистическую традицию Н. Пезешкиан предложил принципиально новую - позитивную (от **positum** - данное, имеющееся в наличии) концепцию человека. Согласно этой гипотезе, каждый человек хорош по своей природе и от рождения обладает «всеми способностями, которые сравнимы с семенами скрытых возможностей, которые, однако, ещё нужно развить» (Пезешкиан Х., 1998). Внешний мир предоставляет условия и инструменты самопознания и развития, подобно тому, как плодородная почва и подходящий климат помогают зерну превратиться в дерево. Иными словами, человек изначально не “tabula rasa” (чистый лист), на котором родители и педагоги гордо вписывают собственные изречения знания и мудрости, скорее можно сказать, что он – лист непрочитанный потенциально способный проявить определённый уровень совершенства всех мыслимых способностей...

III. Принципы позитивной психотерапии

Три основных принципа позитивной психотерапии

1. Принцип надежды - сфокусированность на ресурсах предполагает направленность аналитической процедуры не только на локализацию конфликта, но, и в большей степени, на понимание устремлений и ресурсов, проявленных в симптоме или конфликте и имеющихся в распоряжении человека. Такая направленность помогает человеку почувствовать свои способности и принять на себя ответственность⁵.

⁵ Orlinski, D., Grawe, K., Parks, B.K. (1994). Process and outcome in psychotherapy.

2. Принцип баланса – рассматривает жизнь и развитие личности в четырёх областях, стремящихся к естественному балансу. Конфликты и заболевания возникают в тех сферах, где наблюдается дисбаланс (дефицит или гиперкомпенсация).
3. Принцип консультирования – направлен на помощь человеку в осознании и коррекции своих реакций с помощью пятиступенчатой модели.

Пять вспомогательных принципов позитивной психотерапии

1. Принцип самопомощи. Внимание, понимание и поощрение создают энергию, которая проявляется в ответственных решениях и активных осознанных действиях, направленных на достижение желаемых изменений.
2. Принцип уникальности личности: рассматривает болезнь, симптомы и реакции не просто как особенность индивида, но и как отражение качества его уникальных отношений с семьёй, обществом и идеалами.
3. Принцип простоты и универсальности (терминологии, концепций и метода). Носсрат Пезешкиан разработал терминологию и методику, понятную каждому и легко применимую в повседневной жизни.
4. Принцип транскультуральной чувствительности предлагает сконцентрироваться не на различиях, а на сходстве культур, чтобы обеспечить каждому доступ к бесчисленным сокровищам нашей столь разнообразной цивилизации.
5. Направленность на развитие и будущее. Суть этого принципа прекрасно отражена в народной мудрости: «Если ты хочешь иметь завтра то, чего у тебя никогда не было, тебе нужно принять решение и сделать сегодня то, чего ты никогда не делал».

IV . Основные понятия

1. Модель баланса четырёх областей жизни

Человек живёт и развивается в четырёх измерениях (Рис. 1).

Рисунок 1. Модель баланса.



В каждом из этих измерений мы стремимся реализовать себя. Нереализованность в какой-либо из областей рождает голод, естественно стремящийся к удовлетворению, и мобилизующий энергию, которая переживается как тревога и страх (в случае не удовлетворённости и неосознанности потребностей) или воодушевление (в случае удовлетворения и осознанности потребности). Очевидно, что в идеале распределение интересов и сил должно быть сбалансировано, однако в разных семьях и культурах в разные времена предпочтение придаётся различным областям жизни.

2. Базовые способности: познание и любовь.

Каждый человек от рождения наделён двумя основными способностями/потребностями: *любить и познавать*. Развитие ребёнка направляется потребностью в положительной оценке значимого окружения (любовь). Спонтанные действия ребёнка в разной степени поощряются или подавляются окружающими. Что бы сохранить их положительное отношение человек подстраивается, зачастую фальсифицируя свои переживания. Со временем эта фальсификация начинает восприниматься как естественное, субъективно отделённое от социального окружения поведение (познание). Развиваясь в этих условиях *базовые способности* дифференцируются и превращаются в *актуальные способности*.

3. Актуальные способности.

Актуальные способности - повседневные навыки и нормы поведения, устремления и мотивации, проявляющиеся в актуальных ситуациях. Актуальные способности позволяют

отделить личность от поведения. В конце концов, они – лишь сложные рефлексy, навыки, которые можно измерить и тренировать. Выделяют:

первичные способности – производные способности любить, называющие устремления и мотивации, эмоциональные составляющие нашего характера (терпение, время, контакты, доверие, надежда, нежность/сексуальность, любовь, вера/смысл/религия) и

вторичные способности – производные способности к познанию, описывающие повседневные навыки и нормы поведения (аккуратность, чистоплотность, пунктуальность, вежливость, искренность, усердие/деятельность, обязательность, бережливость, послушание, справедливость, верность).

4. Три стадии взаимодействия

*«Есть три стадии развития мужчины: он верит в Санта Клауса;
он не верит в Санта Клауса; он сам Санта Клаус»*

Боб Филипс

В индивидуальном развитии и в отношениях можно выделить три стадии взаимодействия:

1. **привязанность** – основана на опыте биологического симбиоза матери и ребёнка, который позднее сменяется эмоциональным, а затем социальным симбиозом. Потребность в зависимости сохраняется на всю жизнь. Если она становится определяющей в следствии гиперопеки, говорят о *наивно-первичном, реактивном*⁶, зависимом поведении и о депрессивной, невротической структуре личности.

Предпочитаемая реакция - «бегство» в одиночество или «бегство» в общение. Такая зависимость создаёт ощущение защищённости.

Развиваемые концепции: оптимизм - пессимизм, самопрятие - самоотвержение

Концепции ЖЕРТВЫ: «я не справлюсь один», «другие должны мне помочь», «если они этого не сделают, всё рухнет»

⁶ Н. Пезешкиан, Психосоматика и позитивная психотерапия – М, Медицина, 1996

2. **дифференциация** – характеризуется приобретением навыков, знаний и/или привычек поведения, заимствованных у объекта привязанности. Эти новые черты эмоционально заряжены, ведь они обеспечивают социальное приятие и интегрированность, защиту и одобрение. С другой стороны, на этой стадии проявляется стремление отделиться и подчеркнуть свою самостоятельность. Это может проявляться конфликтом с объектом недавней привязанности/подражания и с потребностями и/или ожиданиями других людей. Если дифференциация становится определяющей тенденцией, говорят о *вторичном реактивном типе*, ориентированном на вторичные способности и успех. При этом проявляется навязчивая невротическая структура личности.

Предпочитаемая реакция: «бегство» в активность обеспечивает иллюзию контроля и безопасности.

Развиваемые концепции: «правильно- не правильно», «могу – не могу».

Концепции ДЕСПОТА: «я всё могу сам», «заставь других работать на себя», «я всегда прав, если я не прав – смотри пункт первый».

3. **отделение** происходит на основе интеграции отдельных способностей. Человек начинает руководствоваться своими, уже сложившимися представлениями, осознанными и понятыми чувствами – с одной стороны. С другой стороны он способен понимать других людей, отделять информацию от персоны. Основываясь на внешних условиях и своих потребностях, он принимает решения и берёт на себя ответственность. Такое отношение называется зрелостью.

Завершение цикла «зависимость – усвоение навыка – самостоятельность» означает обращение к новому объекту или личности. Так происходит расширение контактов и углубление отношений, расширение кругозора и возможностей.

5. Четыре области примеров прошлого, отношений и ответственности.

«Важно не то, что сделали из меня, а то, что я сам сделал из того, что сделали из меня»

Жан-Поль Сартр

Человек развивается и живёт в четырёх видах отношений (Я- отношение к себе, ТЫ – отношение к партнёру, Мы – отношение к обществу, Пра-Мы – отношение с будущим и мировоззрение). И каждое из этих отношений проходит три стадии развития.

Примеры прошлого (формирование концепций)

Первая стадия пассивная. Характер ребёнка формируется на этом этапе за счёт активного воздействия на него окружающих. Спонтанные проявления базовых способностей малыша (любить и познавать) в разной степени поощряются или подавляются окружающими, чьи отношения и установки становятся моделью для подражания и формирования четырёх концепций (Peseschkian, 1987)

Эти базовые концепции первичной социализации определяют основу личности, которая может дополняться новым опытом. Именно возможность пополнения первичных моделей позволяет нам учиться, меняться и совершенствоваться. Рассмотрим каждую из этих областей для подражания, т.к. их исследование даёт ключ к пониманию базовых концепций и их эмоционального происхождения.

«Я» концепция – отношение к личности и способностям человека значимых окружающих (родителей, братьев, сестёр, сверстников и т.д.) формирует его восприятие себя здоровым, красивым, способным (способность к познанию), любимом, ценном для людей (способность к любви), значимом и созидательном (креативность). Эти представления составляют основу базового доверия. Если естественные проявления личности преимущественно фрустрируются, формируется отношение к себе как к не красивому, неловкому и слабому, не способному (способность к познанию), не любимому не ценному (способность к любви) для окружающих и никчёмном.

«Ты»- концепция – отношения между родителями (значимыми людьми, являющимися примером для подражания) становятся моделью для формирования стиля

партнёрства: в случае поощрения - умение принимать партнёра (любовь), устанавливать и поддерживать подвижные личностные границы в отношениях (познание); в случае фрустрации - неприятие партнёра (любовь), неумение устанавливать границы или установление слишком жёстких границ (познание).

«Мы»-концепция – отношение родителей (значимых людей, примеров для подражания) к «другим» (обществу, группам, его составляющим и т.д.) формируют модель социализации: открытость/изолированность – познание; приятие/неприятие – любовь.

«Пра-Мы»-концепция – отношение родителей (значимых людей, примеров для подражания) к будущему, религии, фантазии, смыслу жизни усваивается как собственное отношение (осмысленность/бессмысленность – познание, надежда/отчаяние – любовь).

Отношения (проявление концепций)

Вторая стадия (дифференциация) характеризуется, стремлением к осознанию собственной отдельности и установлению ясных отношений с миром. На этой стадии значимые персонажи первичного окружения отвергаются как несущие угрозу самостоятельности. Однако поиски новых отношений направляются концепциями, сформированными именно в базовых отношениях, т.к. иного опыта пока просто не существует. Таким образом, самостоятельное расширение социализации направляется неосознанным переносом и базовыми концепциями. Именно перенос делает возможным:

1. переориентацию пассивного отношения с миром в активное познание за счёт отделения, осознания и принятия решения;
2. относительно безопасное расширение опыта, т.к. объекты переноса подобны, но отличаются от первичного окружения, что расширяет компетентность индивида.

Ответственность (развитие концепций)

Интеграция пассивного и активного опыта предыдущих стадий приводит к формированию гармоничной личности, руководствующейся как своими, уже сложившимися представлениями, осознанными и понятыми чувствами, так и

пониманием других людей, умением отделять информацию от персоны. Основываясь на внешних условиях и своих потребностях, развитая личность принимает решения и берёт на себя ответственность. Такое отношение называется зрелостью.

6. Концепции.

Концепция – когнитивно-эмоциональная структура, интерпретирующая отношение человека к себе, к другим людям и к действительности. Концепция объединяет в себе:

физический опыт (воздействие изменений, физическая реакция, направленная на генерацию энергии и адаптацию); *эмоциональный опыт* (стремление, страх, отношение); *опыт активной реакции* (желание vs решение, действие, объяснение); *опыт интеграции* (определение ситуации и своей роли в ней).

Социальное значение концепций

В семье и в культуре концепции передаются из поколения в поколение, обретая силу традиций и социальных договорённостей, они определяют нашу совесть (со[вместная] весть) и суждения. Так, концепции позволяют человеку чувствовать свою принадлежность к общине, семье и регулируют отношения с ними («у нас не принято опаздывать к столу», «настоящий джентльмен всегда выполняет свои обещания»).

Индивидуальное значение концепций

На индивидуальном уровне концепции определяют ожидания, и характер восприятия человеком себя, других и реальности.

Концепции подобно штурману управляют нашими мотивами и поведением: определяют нормы, предупреждают об опасности, оценивают что «хорошо», а что «плохо», предлагают возможные варианты привычного поведения. Концепции

проявляются в действиях, суждениях, привычках, снах, оговорках, намерениях и ожиданиях. Когда концепции человека не совпадают с концепциями его окружения, это проявляется в столкновении интересов, ожиданий, действий (*Актуальный конфликт*). Когда концепции вступают в конфликт друг с другом, образуется **внутренний конфликт**.

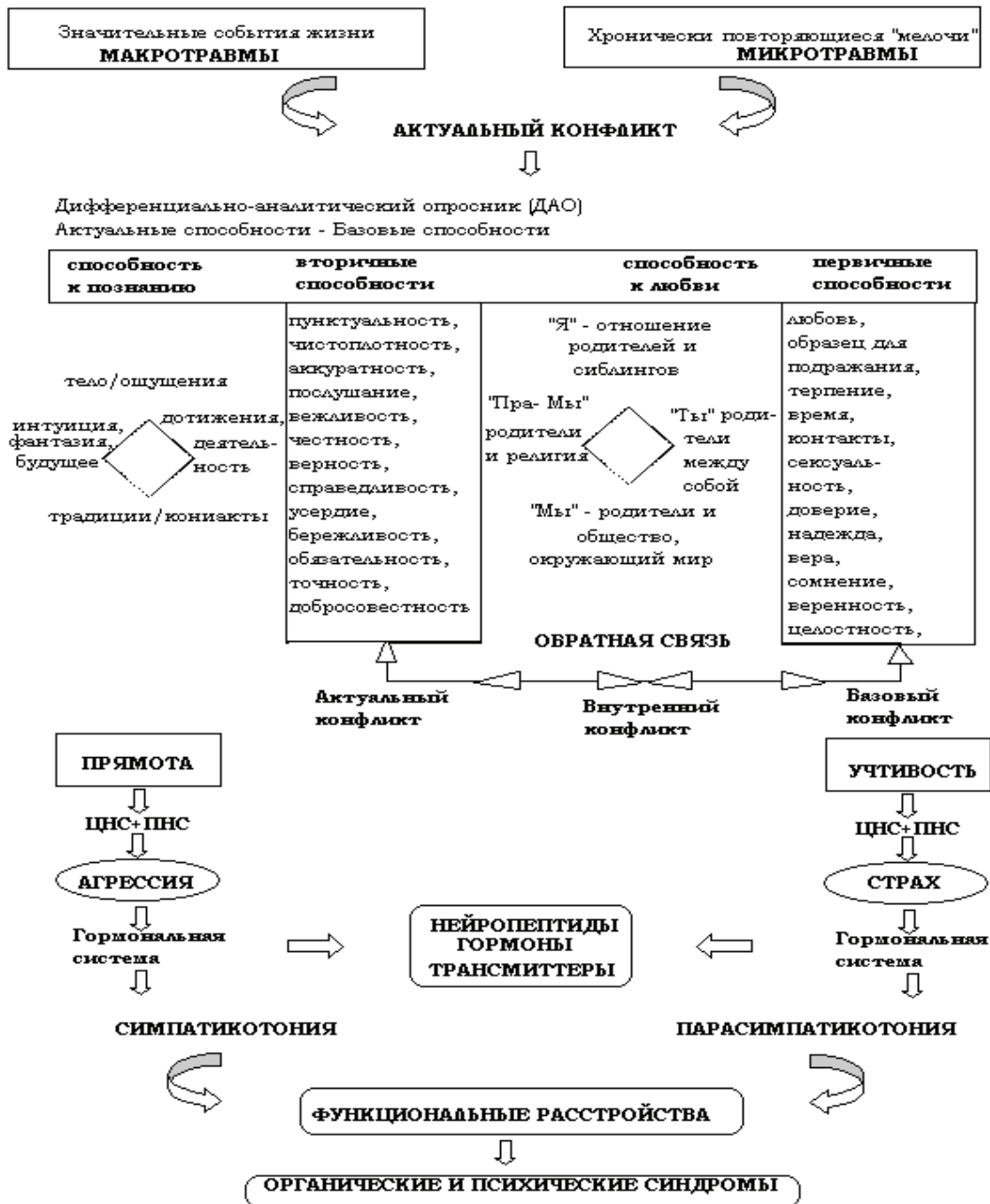
7. Внутренний конфликт

Итак, все проблемы и симптомы психологических и/или физических расстройств являются неосознанными попытками приспособиться к меняющимся условиям и проявлениями **внутреннего конфликта**.

Если конфликт своевременно не замечен, его причина не распознана и продолжает существовать (реально или как травматичное воспоминание, убеждение), механизмы адаптации истощаются. Тогда проявляется открытое противостояние или органические/психические нарушения и хронические расстройства.

Внутренний конфликт это болезненное переживание конфликта концепций **базового конфликта** активированное и проявившееся «здесь и сейчас» в реакциях **актуального конфликта**. Только события, резонирующие с эмоционально заряженным базовым конфликтом, вызывают **внутренний конфликт** (рис.2).

Рисунок 2. Конфликтогенез в позитивной психотерапии



8. Актуальный конфликт

Актуальный конфликт возникает при столкновении человека в его актуальном здесь и сейчас состоянии с актуальной меняющейся реальностью. События, вызывающие конфликт можно условно разделить на макро- и микро- травмы.

Макротравмы - значительные происшествия, вызывающие сильную эмоциональную реакцию. Они могут «продолжаться» в воображении уже после завершения травмирующих событий, и тогда воспоминания снова и снова воспроизводят и усиливают реакцию. Накапливаясь, эти заряженные энергией переживаний мысли создают эмоциональный фон нашей жизни и могут подвергаться сомнению и изменять наши концепции. Именно поэтому каждый опыт преодоления таких ситуаций и связанных с ними чувств является с одной стороны бесценной информацией об индивидуальных особенностях человека, и «грузе», который он несёт, с другой - его личным арсеналом технологий овладения ситуацией и самим собой.

Микротравмы - небольшие, но повседневно аккумулирующиеся эмоциональные реакции на несовпадение ожидаемого («правильного») и реально существующего («позитивного», но воспринимаемого как "неправильное") развития и проявления своих или чужих, актуальных способностей. Если содержание макротравм вполне очевидно, по крайней мере, на первый взгляд, то содержание микротравм уловить и, соответственно, описать сложнее. Возможно, поэтому люди так часто переносят свои эмоции с незначительного события на личность в целом и/или на отношения, «делая из мухи слона».

Содержание актуального конфликта. Для описания содержания микро- и макро-травм используются *вторичные актуальные способности*, универсальные характеристики повседневных навыков и норм поведения (аккуратность, чистоплотность, пунктуальность, вежливость/учтивость, прямота/искренность, усердие/деятельность, обязательность, бережливость, послушание, справедливость, верность).

Форма актуального конфликта.

Реакции человека проявляются в четырёх областях: тело – соматическая реакция; деятельность – активная реакция; отношения – реакция через контакты; будущее – реакция в фантазии.

Механизмы защиты

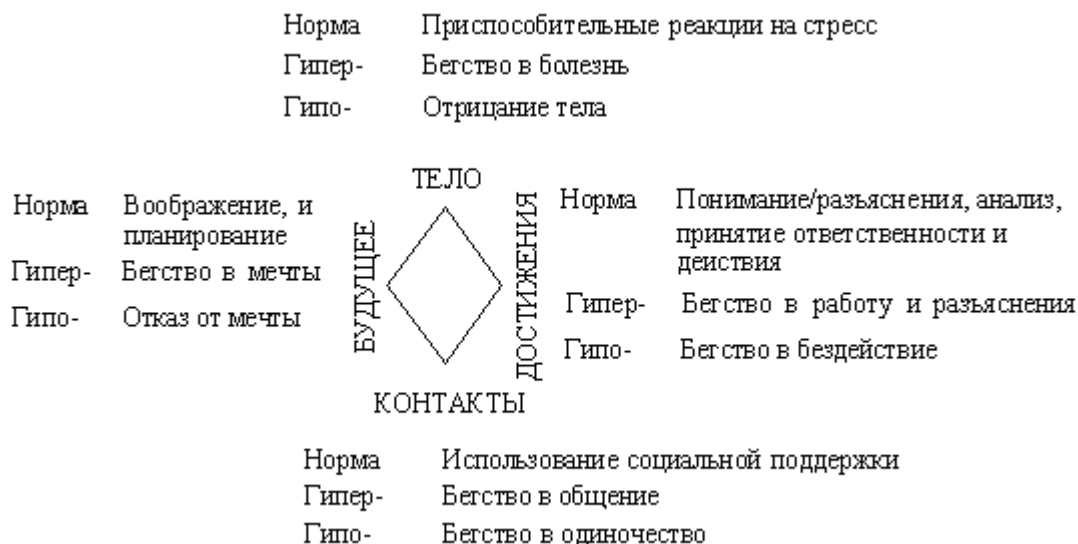
В норме реакции функциональны и их баланс практически не нарушается и быстро восстанавливается. Однако стремление «Эго» обеспечить психологическую защиту «Я», зачастую приводит к гипер- или гипо- реакциям. Такие приспособительные нарушения баланса, проявляющиеся преобладанием одного или нескольких областей реакции над другими, определяются особенностями воспитания и приобретенным ранее опытом.

Итак, реакции в каждой из областей могут быть нормальными (N) гипер- (+++) и гипо- (---). В случае гипер- реагирования человек концентрируется на своих ощущениях/действиях/чувствах/фантазиях и реальность уходит на второй план. В случае гипо- реакции происходит отказ от действительности и/или от ответственности действовать (рис.3).

Компенсация (от греч. compensare возмещать) – восстановление целостной деятельности, нарушенной после выпадения из ее структуры тех или иных функций, происходящее либо на основе сохранных, либо при перестройке частично нарушенных функций. Таким образом, в рамках модели баланса компенсация может быть проявлена

стремлением к гипо- активности в качестве компенсации гипер- реакции и наоборот, что системно проявляется стремлением к восстановлению баланса.

Рисунок 3. Реакции в четырёх областях модели баланса



Актуальный конфликт, по определению, является поведенческим проявлением выработанных ранее концепций. Динамику происхождения и эмоциональное значение концепции в Позитивной Психотерапии принято называть **базовым конфликтом**.

9. Базовый конфликт

Базовый конфликт формируется в процессе развития на основе удовлетворения и/или угнетения базовых потребностей. Отношение окружающих к конкретным способностям в прямом или зеркальном отражении интернализуется, за ним фиксируется сильная эмоция (радости поощрения, воодушевления победой и/или разочарования, страха и т.д.) сопровождавшая базовый опыт. Рассмотрение базового конфликта наиболее целесообразно в четырёх видах отношений (Я, Ты, Мы, Пра-Мы).

Содержание базового конфликта описывается первичными способностями как конфликт ожидаемого и реального отношения (терпение, время, контакты, доверие, надежда, нежность/сексуальность, любовь, вера/смысл/религия)

10. Ключевой конфликт.

Ключевой конфликт формируется в базовой ситуации как «готовность к поступкам и образ поведения с их аффективным и эмоциональным компонентами»⁷, разрешающими конфликт между *учтивостью* и *прямотой* (рис. 4).

Прямота – «способность открыто выражать потребность, стоять за себя и утверждать себя», сопровождающаяся эмоцией агрессивности.

Учтивость – «способность быть внимательным, подчиняться, говорить «Да», ценой интуитивного отказа и эмоциональной реакции страха»

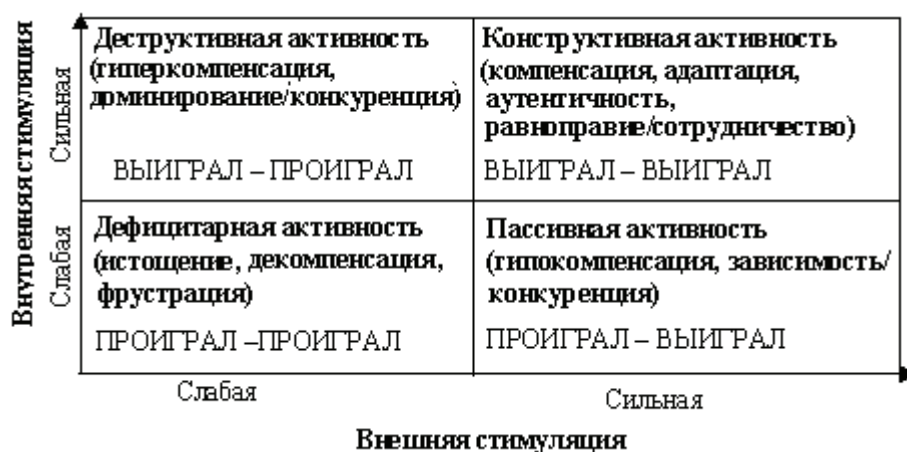


Рисунок 4. Зависимость активности от соотношения внутренней и внешней стимуляции

Конструктивная модель

Если внутренняя и внешняя стимуляции относительно сбалансированы, это приводит к преимущественно адекватному и осознанному самомотивированному поведению, соответствующему ценностям и устремлениям индивида, направленному на развитие его самого и его отношений с действительностью. Такое поведение характеризуется способностью в равной степени видеть, понимать, ценить и принимать во внимание внешние требования и внутренние потребности. В

⁷ Н. Пезешкиан, Психосоматика и позитивная психотерапия. М. Медицина 1996, стр. 37

межчеловеческих отношениях это приводит к принятию взаимовыгодных соглашений (ВЫИГРАЛ – ВЫИГРАЛ) и истинному сотрудничеству.

Деструктивная модель

Если внутренняя стимуляция преобладает над внешней, формируется тенденция не принимать в расчет внешние условия, нужды и ожидания, которая приводит к гиперреакции в тех случаях, когда реальность не соответствует ожиданиям. Такие мало осознанные проявления заряжены в большей степени энергией внутренних конфликтов, нежели реальным отношением личности и действительности. В отношениях это приводит к соглашениям типа «ВЫИГРАЛ – ПРОИГРАЛ».

Пассивная модель

Преобладание внешней стимуляции приводит к тому, что человек сдаётся, чувствует себя жертвой, ведет себя пассивно, что в отношениях приводит к соглашениям типа «ПРОИГРАЛ – ВЫИГРАЛ».

Основной характеристикой поведения является реактивность, определяемая зависимостью от сильно заряженных внешних отношений/конфликтов.

Дефицитарная модель

Дефицит намерений и спонтанности может быть вызван врождённым расстройством, ограничивающим внутреннюю стимуляцию и рефлексию или истощением спонтанности под воздействием регулярных амбивалентных и/или фрустрирующих реакций/стимулов или «параличом» спонтанности под воздействием шока. В этом случае человек не может распознать, понять, оценить и реализовать ни свои, ни чужие интересы. В отношениях это приводит к формированию соглашений типа «ПРОИГРАЛ – ПРОИГРАЛ» и характеризуется истощением энергии.

Таким образом, в позитивной психотерапии ключевой конфликт рассматривается как «ключевая точка», «точка включения», «самое уязвимое место» в патогенезе симптомов и конфликтов.

V. Инструменты и методики позитивной психотерапии

1. Позитивная интерпретация.

Позитивная (positum –данное, имеющееся в наличии) интерпретация фокусируется на реальности, являющейся плодом конкретной жизни и опыта. Этот единственный настоящий, а не придуманный ресурс может и должен быть использован, но часто, увы, отвергается и трактуется как неудача, ошибка, ущербность. Концентрируясь на том, что действительно есть, человек шаг за шагом расширяет свои возможности, вдохновляясь ощущением маленьких, но стабильных результатов. Позитивная интерпретация – уникальный инструмент позитивной психотерапии, позволяющий: снять защитную тревожность, подчеркнуть относительность концепций; сфокусироваться на конструктивных устремлениях; осознать ограничения и ресурсы; избавиться от ощущения себя жертвой перейти к действию.

Так энергия, проявлявшаяся в тревоге, направляется на конструктивные действия.

2. Использование функций истории, мудрости и юмора.

Метод Носсрата Пезешкиана опирается одновременно на психотерапевтические традиции Запада с его научной объективностью, структурностью, ориентацией на результат и Востока, привносящего в работу живую эмоциональность, духовность, включение семейного контекста, мудрости народа в виде историй и поговорок.

1. Эти инструменты используются, чтобы: 1) подтвердить нормы, принятые в культуре пациента и его убеждения (усиление акцента на существующие нормы приводит к возникновению тени сомнения, подобно тому, как свет позволяет увидеть тень от предмета); 2) подвергнуть их сомнению, подчеркнув их относительность без особого сопротивления: «Когда всё происходит понарошку и меня совсем не касается, можно

3. Символическая функция расстройств, болезней и симптомов.

Позитивная психотерапия рассматривает болезни и симптомы как «способность реагировать на конфликт», как сигналы о неблагополучии, которые символически отражают его содержание. Значение многих физических символов и проявлений отражено в лингвистических формулах: «ты всё принимаешь близко к сердцу», «не бери в голову», «ты всё взвалил на свои плечи», «достал до печёнок», «от безысходности опускаются руки» и т.д. Часто «привычные» для родителей реакции передаются детям «по наследству» не генетически, а как семейная привычка, традиция, «естественная реакция» на те или иные обстоятельства.

В терапии исследуется символическое значение симптома, его функция и стоящие за ним устремления, определяются более конструктивные пути разрешения конфликта.

4. Дифференциальный анализ

Дифференциальный анализ (ДА) - основная комплексная диагностическая процедура позитивной психотерапии, позволяющая быстро перейти от формы конфликта к рассмотрению его содержания. Это дифференцированное исследование базового конфликта, нацеленное на выявление эмоционального наполнения (выраженного в терминах первичных способностей) конкретного содержания актуального конфликта (выраженного в терминах вторичных способностей) и определение связанного с ним паттерна отношений (прямота/учтивость).

Дифференциальный анализ позволяет не только определить источник происхождения концепций, конфликтов и поведенческих моделей, но и выявить скрытое за ними конструктивное стремление, что становится основой понимания, приятия и терапевтического альянса. Конфликт рассматривается как результат столкновения не личностей, но отдельных характеристик поведения, норм, ожиданий и привычек. Способности не абсолютны и не фиксированы. Их можно изменять и развивать.

5. Пять ступеней дифференциального анализа для решения проблемы.

Одной из наиболее инновационных техник психотерапии Н. Пезешкиана, является пятиступенчатая стратегия разрешения проблемы.

1. стадия наблюдения и дистанциализации,

На этой стадии реализуется «способность к терпеливому, эмпатичному выслушиванию и добавлению различных точек зрения» (транскультурный подход, позитивное толкование симптома, фольклорные и ситуативные метафоры по Н. Пезешкиану). Это требует от психотерапевта умения быть чутким к эмоциям пациента и к своим собственным чувствам; способности отмечать и осознанно использовать их для прогресса в психотерапии. S. Karasu (1986) описывает это как сочетание «аффективной чувствительности (affective sensitivity), когнитивного овладения/осознания (cognitive mastering) и поведенческого регулирования» (цит. по Senf W., Broda M., 1996). Это «управляемое проявление чувств» позволяет переключить внимания терапевта с его собственной личности на личность пациента и собрать необходимую информацию.

Кроме того, терапевтическое эмпатичное слушание создаёт безопасные условия и успокаивает клиента. Он уже не боится быть незамеченным и непонятым. Удовлетворённые потребности больше не мотивируют его тревожную активность. Он открывается и становится способен к независимому и креативному поиску. *Стадия*

инвентаризации

На этой стадии реализуется «способность задавать точные вопросы, определять содержание, историю, динамику и возможности» (Remmers A., 1997). Это предполагает умение видеть за эмоциональными проявлениями переноса и контрпереноса содержание конфликта, актуальные способности и паттерны отношений. Это умение обеспечивается в основном аналитико-логическими ресурсами вторичных способностей (справедливость, точность, порядок, открытость).

Эта комплексная способность позволяет дифференцировать психо- и соматогенез, помочь осознать пациенту его симптомы как стадию собственного развития, разъяснить ему разницу между содержанием конфликта и ресурсами. Методическую основу для проявления этой способности предоставляют систематизированное первое интервью.

На этой стадии терапевт и клиент ищут ответы на следующие вопросы:

1. Проявление какой вторичной способности вызвало эмоциональную реакцию?
2. Каковы «правила игры» (ожидания относительно данной вторичной способности).
3. Какие концепции⁸ (принципы, убеждения) затрагивает этот конфликт?
4. Как (от кого и когда) были усвоены эти концепции? Каково их значение?

3. Стадия стимуляции

Задачи этой стадии:

1. обеспечить пациенту ощущения безопасности, чтобы он смог мобилизовать свои ресурсы, увидеть альтернативные возможности, и апробировать их;
2. стимулировать ресурсы и способности клиента;
3. ситуативное поощрять желательное поведение.

Терапевту развивает «способность сопровождать пациента и поощрять его ресурсы самопомощи», доверяя им и поддерживая их проявление. Для этого терапевт практикует:

- 1) умеренность в собственном эмоциональном поведении;
- 2) предоставление пациенту всей необходимой помощи с тем, чтобы освободить и активировать как можно больше его сил, а затем направить их в русло самопомощи.

Практика выделила три способа выполнения задач стадии стимуляции:

- 1. Демонстрация ясного понимания интересов пациента в простой для восприятия и, в тоже время, не директивной форме прояснения своей гипотезы:**

⁸ Концепция в данном случае это убеждение, связывающее причинно-следственной связью поведение (вторичную способность) и отношение (первичную способность).
Например: «нельзя доверять человеку, который опаздывает на встречу»; «если мужчина не бежит по первому зову выполнять желания женщины, он её не любит»; «мужчина должен всегда платить за даму, его щедрость пропорциональна его любви» и т.д.

«Правильно ли я понимаю, что вы хотите..., чтобы ..., т.к. этот результат важен для Вас?». В идеале гипотеза является позитивным толкованием симптома.

- 2. Искреннее разделение намерений на уровне понимания глубинных потребностей пациента (жить и чувствовать, любить и быть любимым, понимать и быть понятым, иметь видение и понимать смысл своей жизни), на уровне культуры и ценностей (когда и если это возможно)**
- 3. Ситуативное поощрение проявления желательных способностей и поведения, проявленного в актуальной ситуации.**

4. Стадия вербализации

На этой стадии на первый план выступает «способность фокусировать обсуждение на конфликтах и распределить ответственность за достижение изменений». Эта способность предполагает практику открытости и честности, терпения и учтивости в разрешении конфликтов, что трудно себе представить без навыков использования аффективно-эмоциональных ресурсов в достижении изменений, например, без баланса открытости и осознанной ответственности за проявление эмоциональных реакций.

Действия, которые следует предпринять на этой стадии таковы:

1. Обобщите в вопросительной форме («правильно ли я Вас понимаю...») нужды и намерения пациента, подчёркивая те из них, которые наиболее конструктивны с терапевтической точки зрения. *Получите подтверждение пациента, что Вы всё правильно поняли.*
2. Объясните свои гипотезы (коротко, не вдаваясь в подробности без необходимости). *Убедитесь, что пациент Вас понимает.*
3. Опишите свои предложения и возможные терапевтические планы со всеми их «плюсами» и «минусами». *Узнайте, что об этом думает пациент, и совместно выберите наиболее подходящую стратегию.*

4. Обсудите возможные результаты и последствия избранной стратегии, критерии успешности и процедуру оценки результатов. *Стремитесь побудить инициативу пациента, передавая ему ответственность за оценку.*
5. Распределите ответственность и временные рамки
5. *Стадия расширения целей.*

Эта стадия требует «способности видеть в центре работы будущее после разрешения конфликта», умения отрешиться от своего психотерапевтического нарциссизма и увидеть в проблеме и терапии шанс пациента на самоисцеление и начало обновления.

Так, уже в процессе первого интервью важно определить признаки и условия окончания психотерапии, исходя из нужд пациента, и сориентировать его, скорее на будущее после психотерапии, чем на привлекательно безопасную атмосферу психотерапевтического кабинета.

Расширение целей и жизненных планов на будущее должно рассматриваться не только как работа с надеждой как лечебным средством, но и как забота об экологии изменений, достигнутых в процессе психотерапии, относительно внутреннего мира пациента, его окружения и отношений.

Полезно рассмотреть результаты терапии, изменения и дальнейшее расширение целей в четырёх измерениях: тело, достижения, отношения, перспективы.

6. Семья

Семья - рассматривается в Позитивной Психотерапии не только как жизненный контекст, в котором происходит интенсивный коммуникационный и развивающий тренинг, но и как мощный терапевтический инструмент и, одновременно, как терапевтическую группу.

7. Первое интервью - в Позитивной Психотерапии имеет ясную стандартизированную форму, что позволяет собрать довольно обширную информацию, не упустив из внимания ни одну из важных областей жизни.

8. WIPPF

Вопросник WIPPF - Висбаденский Вопросник Позитивной и Семейной Психотерапии

- является активным инструментарием метода, позволяющим получить ориентировочную информацию о значимости каждой первичной и вторичной актуальной способности, о модели баланса и модели идентичности.

VI. Заключение

Итак, в позитивной психотерапии используются инновационные техники и подходы, позволяющие оперативно и сфокусировано диагностировать три аспекта: реакция на конфликт, концепции конфликта и личности.

Предметом диагностики реакции на конфликт является характер предпочитаемых реакций во всём их многообразии. При диагностике концепции конфликта выявляется представление пациента о характере и содержании конфликта. Диагностика концепции личности фокусируется на представлении пациента о себе, партнёре по конфликту и о человеческой природе в целом.

Терапевтическим фокусом позитивной психотерапии является стимуляция ресурсов пациента с помощью позитивной интерпретации, приятия, конструктивности настроения терапевта, использования метафор и историй, социального окружения и прочих механизмов поддержки. Так формируются условия, позволяющие начать структурированный тренинг способностей, который начинается в условиях кабинета и быстро вовлекает разнообразные социальные контексты реальной жизни пациента.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кови Стивен Р. 7 привычек высокоэффективных людей.: Пер. с англ. – Попурри, 2004.
2. Пезшкиан Н. Торговец и попугай. Восточные истории и психотерапия/ Пер. с нем. – М., Прогресс, 1992.

3. Пезешкиан Н., Пезешкиан Х. Позитивная психотерапия – транскультуральный и междисциплинарный подход// Обозрение Института психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. — 1993/ - № 4. – С. 63-77.
4. Пезешкиан Н. Психотерапия повседневной жизни. Тренинг в воспитании партнёрства и самопомощи/ Пер. с нем. – М., Медицина, 1995.
5. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия/ Пер. с нем. – М., Медицина, 1996.
6. Пезешкиан Х. Основы позитивной психотерапии. – Архангельск: АГМИ, 1993.
7. Peseschkian, N. Positive Psychotherapy/ Theory and Practice of New Method. — Berlin – Heidelberg — New-York — London – Paris – Tokyo: Springer-Verlag, 1987. – p. 443.
8. Peseschkian, N., Deidenbach, H. Wiesbadener Inventar zur Positiven Psychtherapie und Familientherapie (WIPPF). — Berlin Heidelberg New-York: Springer-Verlag, 1988.
9. Remmers A. Five Capacities of the Psychotherapist// The First World Conference of Positive Psychotherapy: St. Petersburg, 15-19 May 1997 – Wiesbaden, Germany, 1997. – P. 211-214.
10. Senf W., Broda, M., Hrsg.: Praxis der Psychotherapie. – Thieme, 1996.- Stuttgart, p. 680.
11. Tritt K., Loew Th. H., Meyer M., Werner B. and Peseschkian N. Positive Psychotherapy: Effectiveness of an Interdisciplinary Approach// The Euro-pean Journal of Psychiatry. — 1999. — Vol.13, № 4, October/December. - P. 231-241.

Транзактный анализ

Резюме

.Определение

По определению Международной ассоциации транзактного анализа он «представляет собой теорию личности и систематическую психотерапию с целью развития и изменения личности». Основатель транзактного анализа — американский психиатр и психотерапевт Эрик Берн (1910-1970) определил его как «теорию личности и социальных

взаимодействий и клинический метод психотерапии, основанный на анализе всех возможных транзакций между двумя или более людьми». Современный транзактный анализ определяют как «психотерапевтический метод, который характеризуется творческой комбинацией когнитивной и психодинамически ориентированной психотерапии, обогащенной аспектами коммуникативной терапии (обучения людей конструктивной коммуникации без недопонимания и психологических игр) и процессами гештальт-терапии» (Леонард Шлегель, 1998).

.Сущность метода

Транзактный анализ, как комбинация когнитивной и психодинамически ориентированной психотерапии, творчески сочетает в себе методы этих направлений. Первым шагом процесса психотерапии является структурный анализ, цель которого «установить главенство связанных с реальностью эго-состояний и освободить их от засорений архаичными и чужеродными элементами» (Берн, 1961). На этом шаге, соответствующем когнитивной психотерапии, клиент вырабатывает в себе реалистичное восприятие действительности (эго-состояние Взрослого), способность пересматривать свои взгляды, чтобы быть готовым принимать решения и действовать, набирает практический опыт сохранения «Взрослой» позиции в трудных ситуациях, перед лицом проблем. С усилением эго-состояния Взрослого и передачей ему исполнительной власти над поведением – стадии, определяемой Берном как «социальный контроль» или «контроль симптомов», - цель психотерапии может быть достигнута.

Однако, в тех случаях, когда нарушения восприятия или поведения вызваны запутанными чувствами внутреннего Ребенка, тогда усиление Взрослого недостаточно. В этом случае Берн предлагал «следовать психотерапевтическому плану ортодоксального психоанализа». В транзактном анализе это соответствует сценарному анализу, объясняющему нарушения функционирования личности в настоящем как результат персональной истории человека. Концепция сценария предполагает, что происходящие события интерпретируются человеком в соответствии со сценарием, даже если это приводит к очевидному искажению реальности. Обычно человек неосознанно ищет ситуации, которые подтверждают сценарий. Кроме того, ситуации, подтверждающие сценарий, могут быть организованы самим человеком (например, с помощью манипулятивных игр). Отказ от сценария означает для человека изменение мировосприятия, что может вызвать тревогу. Однако, выход из сценария возможен в обстановке поддержки и безопасности, которую создают отношения с психотерапевтом или психотерапевтическая группа.

Психотерапевтический процесс в транзактном анализе базируется на терапевтическом контракте, соглашении психотерапевта и клиента о целях психотерапии, в рамках которого они становятся сотрудничающими партнерами. Транзактный анализ отличается особым вниманием к сознательным решениям клиента, который, в конечном счете, и принимает ответственность за то, чтобы решить продолжать ли жить по старому сценарию или выйти из него.

Теоретические основы

Теоретически транзактный анализ возник на основе психоаналитических концепций, постепенно развивая в себе элементы коммуникативной терапии и поведенческого подхода, а также включая теоретические аспекты клиент-центрированной, системной, телесной, гештальт-терапии, теории объектных отношений и селф-психологии. Наиболее важные теоретические разработки, сделанные в области транзактного анализа, следующие:

- теория личности, базирующаяся на модели эго-состояний Берна;
- теория социальных взаимодействий, основанная на концепции транзакций;

- концепция психологических игр;
- концепция жизненных сценариев, имеющая основу в теориях детского развития и теориях психопатологии.

Теория транзактного анализа непрерывно развивается, проявляя тенденцию к интеграции с другими модальностями психотерапии и включая современные научные разработки в области психологии, медицины, социологии и других наук.

Применение. Показания к применению.

Психотерапия транзактного анализа используется при лечении всех типов психологических расстройств (начиная от проблем повседневной жизни и кончая психозами). По формату психотерапия может быть индивидуальной, парной, семейной, групповой или комбинированной. Длительность психотерапии варьирует в зависимости от глубины проблемы. Развита методика как краткосрочной (например, в формате психотерапевтических марафонов), так и долговременной регулярной работы. Спектр применяемых методов определяется как содержанием контрактов с клиентами о желаемых изменениях, так и принадлежностью психотерапевта к одной из школ транзактного анализа, среди которых наиболее известны: классическая школа, основанная на работах Берна, школа перерешения Гулдингов, школа катексиса Шиффов и интегративная психотерапия Эрскина. Психотерапия транзактного анализа применяется как в клинических условиях, так и в немедицинской форме частнопрактикующими психологами и другими специалистами. Разработаны также различные формы самотерапии.

Одной из немедицинских форм применения транзактного анализа является консультирование, направленное на решение проблемных ситуаций «здесь и теперь». Консультирование является краткосрочной формой работы, и сфера его применения весьма широка, особенно для решения проблем, связанных с межличностным взаимодействием. Образовательный транзактный анализ выполняет как профилактическую, так и восстановительную функцию. Здесь цель состоит не в том, чтобы лечить патологию, а в том, чтобы увеличить ресурсы личности, поддержать людей в развитии их собственных усилий к психологическому здоровью и росту. Клиентом транзактного анализа может быть не отдельный человек, а организация. В этом случае применение транзактного анализа направлено на понимание процессов в организациях, развитие стратегии достижения целей организаций и построение функциональных отношений сотрудников.

Трудно сказать о каких-либо противопоказаниях к применению транзактного анализа. Можно лишь отметить, что психотерапия будет затруднена с клиентами, не желающими сотрудничать с психотерапевтом, с клиентами, не имеющими ясного контакта с реальностью, и с клиентами, не способными вербализовать свои чувства и мысли.

Практические результаты.

Эрик Берн видел результатом транзактного анализа - достижение автономии личности, которое выражается в раскрытии или восстановлении способностей человека к осознанию, спонтанности и интимности. Это означает полный разрыв с теми частями сценария жизни, написанного в детстве, которые ограничивают возможности личности. При этом психотерапевтический процесс происходит по стадиям, определяемым терапевтическим контрактом - соглашением психотерапевта и клиента о целях психотерапии, выполнение которого является практическим критерием ее успешности. Берн отмечал важность стадии «социального контроля», когда клиент, используя способности осознания действительности и принятия решений («Взрослого»), может эффективно действовать для решения своих проблем, даже если он не чувствует себя свободным от них.

Практические примеры успешного применения психотерапии транзактного анализа разнообразны. Они подробно описаны в литературе – от поддержки в решении повседневных проблем, вплоть до полного излечения некоторых случаев шизофрении.

ТРАНЗАКТНЫЙ АНАЛИЗ

В.Е.Гусаковский

Определение транзактного анализа

По определению Международной ассоциации транзактного анализа он «представляет собой теорию личности и систематическую психотерапию с целью развития и изменения личности». Основатель транзактного анализа — американский психиатр и психотерапевт Эрик Берн определил его как «теорию личности и социальных взаимодействий и клинический метод психотерапии, основанный на анализе всех возможных транзакций между двумя или более людьми». Современный транзактный анализ определяют как «психотерапевтический метод, который характеризуется творческой комбинацией когнитивной и психодинамически ориентированной психотерапии, обогащенной аспектами коммуникативной терапии (обучения людей конструктивной коммуникации) и гештальт-терапии» (Леонард Шлегель, 1998).

Краткая история возникновения и развития транзактного анализа

Основатель транзактного анализа и автор его ключевых идей — американский психиатр и психотерапевт Эрик Берн (1910-1970). Основные работы, заложившие основы метода, опубликованы им в конце пятидесятых – шестидесятых годах XX века. Важную роль в развитии и распространении идей транзактного анализа сыграл еженедельный Семинар социальной психиатрии в Сан-Франциско, основанный Эриком Берном в 1958 году. На его базе в 1965 году была создана Международная ассоциация транзактного анализа (ИТАА).

После смерти основателя разработка метода продолжилась. В 1971 году была учреждена Мемориальная премия Эрика Берна, которая присуждается ежегодно за большой вклад в развитие теории и практики транзактного анализа и за его интеграцию с другими психологическими направлениями. Лауреатами премии стали уже около 30 авторов. Сложилось несколько школ транзактного анализа, признающих основополагающий вклад Эрика Берна, но различающихся теоретическими моделями и практическими подходами. Среди них наиболее известны школа перерешения Гулдингов и школа катексиса Шиффов.

С 80-х годов транзактный анализ быстро распространяется в странах Европы. В организационном плане развиваются национальные объединения, составляющие основу Европейской ассоциации транзактного анализа, которая становится самостоятельной организацией, по численности в настоящее время заметно превышающей Международную ассоциацию. В плане теории и практики в транзактном анализе развиваются интегративные тенденции с целью вписать метод в общую линию развития психологической мысли. В частности, был преодолен разрыв с психоанализом, определенный первоначальной бунтарской установкой Берна. Большое влияние на развитие практики современного транзактного анализа оказала аналитическая школа объектных отношений, рассматривающая отношения между людьми как основной источник психологических проблем, а также – как инструмент их решения. При этом изменились и практические подходы, используемые в психотерапии. Если в раннем транзактном анализе акцент ставился на клиенте и его видимых поведенческих изменениях, то теперь в центре внимания все больше находятся терапевтические

отношения между психотерапевтом и клиентом, их осознанное построение и развитие. Ярким образцом этого подхода является интегративная психотерапия Ричарда Эрскина, получившая широкое распространение в 90-е годы. В последнее время в транзактном анализе насчитывается более 10 различных направлений, ведутся обширные дебаты относительно идентичности метода, которая значительно изменилась со времени Берна.

Области применения транзактного анализа

Международной ассоциацией транзактного анализа определены 4 основные области применения транзактного анализа:

1. *Психотерапия* транзактного анализа используется для решения широкого спектра проблем от трудностей повседневной жизни до серьезных психических нарушений. Работа проводится индивидуально, с парами, семьями или в группах. Продолжительность психотерапии определяется содержанием контрактов с клиентами о желаемых результатах и может варьировать от единичных сессий до многолетней регулярной работы. Психотерапия транзактного анализа применяется как в клинических условиях, так и в немедицинской форме частнопрактикующими психологами и другими специалистами.
2. *Консультирование* с использованием транзактного анализа направлено на решение непосредственных задач «здесь и теперь» и выработку способов эффективных действий в проблемных ситуациях. Сфера применения консультирования транзактного анализа весьма широка, особенно в ситуациях, связанных с межличностной коммуникацией.
3. *Образовательное применение* транзактного анализа предлагает гибкий и творческий подход к пониманию и организации процесса обучения. Освоение транзактного анализа преподавателями и учащимися повышает эффективность их взаимодействия. Образовательный транзактный анализ выполняет как профилактическую, так и восстановительную функцию. Цель состоит в том, чтобы увеличить автономию личности, поддержать людей в развитии их собственных усилий к психологическому здоровью и росту.
4. *Организационное применение* транзактного анализа направлено на понимание процессов, происходящих в организациях, развитие стратегии достижения целей организаций и построение функциональных отношений сотрудников.

Основные положения теории транзактного анализа

Теоретически транзактный анализ возник на основе психоаналитических концепций, постепенно развивая в себе элементы коммуникативной терапии и поведенческого подхода, а также включая теоретические аспекты клиент-центрированной, системной, телесной, гештальт-терапии, теории объектных отношений и селф-психологии. Наиболее важные теоретические разработки, сделанные в области транзактного анализа, следующие:

1. *Теория личности*, базирующаяся на модели эго-состояний Берна. Модель эго-состояний позволяет провести четкое различие между адекватным восприятием реальности (Взрослый) и проигрыванием интроецированных образов (Родитель) и собственного опыта из прошлого (Ребенок), что в классическом психоанализе обозначается как перенос. Кроме того, разработана функциональная модель эго-состояний, показывающая, как вышеупомянутые возможности отражаются в категориях поведения.
2. *Теория социальных взаимодействий*, основанная на концепции транзакций. Концепция транзакций (Эрик Берна) отражает закономерности межличностной коммуникации из различных эго-состояний. В дальнейшем она была развита в

модель процесса коммуникации (Тайби Калер и др.), определяющую возможные каналы эффективной коммуникации людей в зависимости от типа их личности.

3. *Концепция психологических «голодов»* (Эрик Берн), определяющая психологические потребности личности, играющие ведущую роль в межличностной коммуникации - в стимуляции, признании и структуре. Изучены также способы, которыми люди удовлетворяют эти потребности (поглаживания, структурирование времени).
4. *Концепция эмоционального рэкета* (Эрик Берн, Фанита Инглиш, Ричард Эрскин, Мерилин Зальцман), определяющая природу неосознанного эмоционального манипулирования в процессе коммуникации.
5. *Концепция эмоциональной грамотности* (Клод Стайнер), позволяющей осознанно управлять эмоциональными проявлениями личности с учетом возможных последствий для самого человека и его взаимоотношений.
6. *Концепция психологических игр* (Эрик Берн, Стивен Карпман), определяющая природу повторяющихся неаутентичных взаимодействий со скрытым подтекстом.
7. *Концепции обесценивания и пассивного поведения* (Джекки Шифф и др.), показывающие механизм навязывания симбиотических ролей в межличностном взаимодействии.
8. *Концепция жизненного сценария* (Эрик Берн), как неосознанного плана жизни, принятого в детстве под влиянием родителей и определяющего поведение человека в решающие моменты жизни. Многими авторами были разработаны различные методы анализа и изменения жизненного сценария (Эрик Берн, Клод Стайнер, Роберт и Мери Гулдинг, Тайби Калер и др.).
9. *Концепция циклов детского развития* (Памела Левин, Джин Илсли-Кларк), определяющая основные стадии психологического развития детей, задачи, решаемые детьми на этих стадиях, оптимальное поведение родителей, а также закономерности повторения стадий развития во взрослом возрасте.
10. *Теория развития групп и организаций* (Эрик Берн, Петрушка Кларксон), описывающая структуру и динамику процессов в группах, роль и оптимальную стратегию лидера. Разработана совокупность методов анализа проблем групп и организаций для выработки рекомендаций по организационному развитию.
11. *Теория психопатологии*, определяющая как характер нарушения функционирования личности, так и причины его возникновения. Продолжает развиваться большим количеством авторов, начиная с Эрика Берна (структурные патологии эго-состояний – контаминации и исключения), как для общей оценки функционирования личности, так и для отдельных диагностических категорий по МКБ-10 (DSM-IV).

Теория транзактного анализа непрерывно развивается, проявляя тенденцию к интеграции с другими модальностями психотерапии и включая современные научные разработки в области психологии, медицины, социологии и других наук.

Психотерапевтическая практика транзактного анализа

Эрик Берн видел результатом транзактного анализа - достижение автономии личности, которое выражается в раскрытии или восстановлении способностей человека к осознанию, спонтанности и интимности. Это означает полный разрыв с теми частями сценария жизни, написанного в детстве, которые ограничивают возможности личности. При этом психотерапевтический процесс происходит по стадиям, определяемым

терапевтическим контрактом - соглашением психотерапевта и клиента о целях психотерапии, выполнение которого является практическим критерием ее успешности.

Транзактный анализ, как комбинация когнитивной и психодинамически ориентированной психотерапии, творчески сочетает в себе методы этих направлений. Первым шагом процесса психотерапии является структурный анализ, цель которого «установить главенство связанных с реальностью эго-состояний и освободить их от засорений архаичными и чужеродными элементами» (Берн, 1961). На этом шаге, соответствующем когнитивной психотерапии, клиент вырабатывает в себе реалистичное восприятие действительности (эго-состояние Взрослого), способность пересматривать свои взгляды, чтобы быть готовым принимать решения и действовать, набирает практический опыт сохранения «Взрослой» позиции в трудных ситуациях, перед лицом проблем. С усилением эго-состояния Взрослого и передачей ему исполнительной власти над поведением – стадии, определяемой Берном как «социальный контроль» или «контроль симптомов», - цель психотерапии может быть достигнута.

Однако, в тех случаях, когда нарушения восприятия или поведения вызваны запутанными чувствами внутреннего Ребенка, тогда усиление Взрослого недостаточно. В этом случае Берн предлагал «следовать психотерапевтическому плану ортодоксального психоанализа». В транзактном анализе это соответствует сценарному анализу, объясняющему нарушения функционирования личности в настоящем как результат персональной истории человека. Концепция сценария предполагает, что происходящие события интерпретируются человеком в соответствии со сценарием, даже если это приводит к очевидному искажению реальности. Обычно человек неосознанно ищет ситуации, которые подтверждают сценарий. Кроме того, ситуации, подтверждающие сценарий, могут быть организованы самим человеком (например, с помощью манипулятивных игр). Отказ от сценария означает для человека изменение мировосприятия, что может вызвать тревогу. Однако, выход из сценария возможен в обстановке поддержки и безопасности, которую создают отношения с психотерапевтом или психотерапевтическая группа.

В дальнейшем план психотерапевтического процесса в транзактном анализе был развит и конкретизирован целым рядом авторов, а также предложен большой набор практических методов, применимых на отдельных стадиях психотерапии. В одном из наиболее полных вариантов структура психотерапевтического процесса описана Петрушкой Кларксон:

1. Установление рабочих отношений

Начинается с момента первого контакта с клиентом и направлено на установление рабочего альянса, определяющего успех дальнейшей работы. Транзактный анализ, как коммуникативная технология, обладает широким набором средств для успешного проведения этого этапа.

2. Заключение контракта

Психотерапевтический процесс в транзактном анализе базируется на терапевтическом контракте, соглашении психотерапевта и клиента о целях психотерапии, в рамках которого они становятся сотрудничающими партнерами. Транзактный анализ отличается особым вниманием к сознательным решениям клиента, который, в конечном счете, и принимает ответственность за то, чтобы решить продолжать ли жить по старому сценарию или выйти из него.

3. Очищение эго-состояния Взрослого (деконтаминация)

Очень часто проблемы, которые представляет клиент, определяются наличием существенных искажений в его мировосприятии, таких как предрассудки – предвзятые мнения о реальности, скопированные у значимых людей без осознания, и иллюзии – мнения о себе, основанные на своем прошлом, часто травматическом опыте. Помощь

клиенту в построении адекватного представления о себе, других людях и своей жизненной ситуации является важным этапом психотерапии транзактного анализа.

4. Прояснение эго-состояния Ребенка

В соответствии с концепцией жизненного сценария человек склонен поддерживать и неосознанно проводить в жизнь решения, принятые в раннем детстве в условиях недостатка информации и жизненного опыта. Если эти решения не будут осознаны и прояснены, есть вероятность, что человек будет следовать устаревшим стратегиям, даже если он сознательно выбрал другую линию поведения. Эта стадия психотерапии соответствует подходу классического психоанализа.

5. Развитие внутреннего Заботливого Родителя

Очень часто источник проблем клиента лежит в неадекватных действиях его родителей в критических ситуациях его детства. При этом деструктивный интроецированный образ родителя продолжает храниться в памяти клиента и проявляться в схожих проблемных ситуациях. Значимой частью психотерапии транзактного анализа является обучение клиента способам самоподдержки.

6. Эмоциональная свобода

Обучение осознанно управлять своими эмоциональными проявлениями в широком спектре эмоций является важным условием решения проблем взаимоотношений и межличностной коммуникации клиента.

7. Перерешение

После того, как клиент осознал ограничивающие решения, принятые им в ситуации из детства, он имеет возможность изменить их, привлекая свои теперешние взрослые ресурсы и возможности. Это часто включает воображаемое возвращение в терапевтической ситуации в прошлую травматическую сцену. Различные техники такой работы были разработаны Робертом и Мери Гулдингами.

8. Работа с эго-состоянием Родителя

Принятое решение о новой жизненной стратегии нарушает психическое равновесие клиента. Это ощущается часто, как внутренний запрет следовать новой стратегии или как наказание за попытку следовать этой стратегии, даже если она представляется эффективной в решении проблемы клиента. Разработаны техники (родительское интервью, перевоспитание родителя и др.), в которых клиент актуализирует внутренний образ родителя и психотерапевт получает возможность влиять на содержание его внутреннего диалога с целью преодолеть сопротивление.

9. Повторное вхождение в состояние ребенка (речайлдинг)

В ряде случаев клиенты не имели позитивного прошлого опыта в своем детстве, необходимого для решения их актуальных проблем. Тогда предусматривается получение ими такого опыта с помощью специально организованных регрессивных психотерапевтических ситуаций.

10. Переориентация

Психотерапия транзактного анализа может способствовать существенному изменению личностной структуры клиентов, которое должно быть закреплено в соответствующем изменении их образа жизни. Часто это связано со значительными изменениями в профессиональном, семейном и общественном статусе клиентов, осуществление которых требует профессионального сопровождения специалистами.

11. Переучивание

Для осуществления намеченных изменений клиентам могут потребоваться жизненные навыки, которые они по тем или иным причинам не смогли приобрести в прошлом. Для их приобретения в курсе психотерапии могут быть запланированы соответствующие тренинги. Этот этап может также успешно проходиться в психотерапевтической группе при соответствующем подборе участников.

12. Завершение

Критерием успешного завершения психотерапии в транзактном анализе считается выполнение контракта. Практические примеры успешной психотерапии транзактного анализа разнообразны – от поддержки в решении повседневных проблем, вплоть до полного излечения некоторых случаев шизофрении. Этот этап имеет и самостоятельное значение для того, чтобы гарантировать устойчивость достигнутых изменений без поддержки специалиста. В ряде случаев результатом работы может стать заключение нового контракта для достижения более глубоких и масштабных целей. Тогда этапы вышеприведенного плана будут повторяться с новым содержанием.

Структура работы в психологическом консультировании с применением транзактного анализа может включать некоторые этапы из вышеприведенного плана в соответствии с заявленной проблемой. Содержание и методы работы при образовательном и организационном применении транзактного анализа определяются многосторонними контрактами между заказчиками, исполнителями и участниками работы.

Основные школы и направления транзактного анализа

В современном транзактном анализе сложился целый спектр школ и направлений, признающих основополагающий вклад Эрика Берна, но различающихся теоретическими моделями и практическими подходами:

1. *Классическая школа* транзактного анализа, основанная собственно Эриком Берном и его последователями - Стивеном Карпманом, Клодом Стайнером, Джеком Дюсеем, Фанитой Инглиш. Она базируется на сочетании методов психоанализа и когнитивного поведенческого подхода. Основное направление работы - приведение к осознанию и анализ эго-состояний, транзакций, психологических игр, жизненных сценариев с целью достижения автономии личности.
2. *Школа Катексиса*, основанная семьей Шифф в их Институте Катексиса. В этой школе разработаны практики регрессивной работы в терапевтических сообществах, чтобы создать новые структуры Ребенка и Родителя клиента (реперентинг). Достигнуты положительные результаты по излечению тяжелых психических расстройств, включая клинический диагноз шизофрении.
3. *Школа перерешения*, основанная Робертом и Мери Гулдингами в сочетании методов транзактного анализа и гештальт-терапии, а также психодрамы. Работа направлена на изменение патологических решений, принятых в травматических ситуациях, при терапевтическом проигрывании этих ситуаций в техниках 2 стульев и подобных ей.
4. *Направление конструктивизма*, развиваемое в работах Джеймса и Барбары Аллен, Брюса Лории, основано на идеях нарративной терапии о переоценке фактов прошлого с целью построения новой субъективной реальности в настоящем.
5. *Телесное направление* в транзактном анализе оперирует с понятием телесного сценария с целью освобождения от его ограничений и достижения организмической свободы (Билл Корнелл). Опирается на соответствующие разработки Райха, Лоуэна, Александра, Фельденкрайца.
6. *Направление процесса коммуникации*, развиваемое в работах Тайби Калера, Поля Вара, Вэнна Джойнса и Яна Стюарта, как для психотерапевтического, так и для других применений транзактного анализа. Целью работы является эффективный само-менеджмент, достигаемый за счет анализа и нахождения способов успешной коммуникаций с людьми различного личностного стиля.
7. *Направление взаимоотношений*, представленное в работах Ричарда Эрскина, Ребекки Траутман (интегративная психотерапия), Шарлотты Силлс, Хелены Харгаден и других авторов. Основано на представлениях английской психоаналитической школы объектных отношений и селф-психологии и

направлено на организацию для клиента корректирующего опыта контакта посредством настройки и вовлеченности психотерапевта.

8. *Направление развития* основано на практическом применении концепции циклов детского развития (Памела Левин, Джин Илли-Кларк) для диагностики источников проблем клиентов и организации корректирующего опыта для клиента. Направление также широко используется в детской психотерапии и при консультировании и обучении родителей.
9. *Транзактный психоанализ*, развитый в работах итальянских авторов Карло Мойзо и Мишеля Новеллино, представляет сочетание представлений и методов работы транзактного анализа и традиционного психоанализа для достижения инсайта и распутывания эго-состояния Ребенка клиента.
10. *Духовное направление* в транзактном анализе, развиваемое Мюриэл Джеймс, Кеном Меллором, Джоржем Кандафил, направлено на продвижение за пределы эго-состояний к сердцевине человеческого духа.

Организационная структура транзактного анализа

Первой организацией транзактного анализа стал еженедельный Семинар социальной психиатрии в Сан-Франциско, основанный Эриком Берном в 1958 году. На его базе в 1965 году была создана Международная ассоциация транзактного анализа (ИТАА). Европейская ассоциация транзактного анализа (ЕАТА) существует с 1976 года сначала как филиал ИТАА, а затем как независимая организация. ЕАТА имеет филиалы в большинстве европейских стран. Среди международных объединений существует также Западно-Тихоокеанская ассоциация транзактного анализа (WPTA).

Целью ассоциаций транзактного анализа является содействие распространению знаний и исследовательской деятельности в области транзактного анализа, развитие его теории и контроль над соблюдением принятых стандартов профессиональной практики. Также они поддерживают взаимодействие специалистов транзактного анализа разных государств.

В России первые филиалы ЕАТА образованы: в 1993 году - Санкт-Петербургское объединение транзактного анализа (СОТА) и в 1995 году - Рязанская ассоциация транзактного анализа (РАТА). Недавно образовалась также Кавминводская ассоциация транзактного анализа (КАТА).

Международная, Европейская, а также крупные национальные ассоциации транзактного анализа ежегодно проводят конференции, в которых участвуют сотни специалистов разных стран, а также встречи тренеров и международные коллоквиумы.

Подготовка специалистов транзактного анализа

Система обучения и сертификации в транзактном анализе разработана, как на уровне транзактных аналитиков – практиков, так и на уровне тренеров и супервизоров. Стандарты подготовки специалистов разработаны и согласованы для всех организаций и специалистов, входящих в ИТАА, ЕАТА, WPTA. Правила обучения и сертификации транзактных аналитиков в Европе описаны в Руководстве по обучению и экзаменам ЕАТА, которое в русском переводе представлено на интернет-сайте СОТА, а в английском варианте - на сайте ЕАТА.

Получение квалификации подразумевает выполнение определенных требований по наличию соответствующего количества часов обучения, супервизии и практического опыта, и успешную сдачу экзаменов, подтверждающих профессиональную и личностную компетентность специалиста. Основные этапы обучения транзактному анализу следующие:

1. Официальный вводный курс в теорию и применение транзактного анализа «ТА 101». Его цель – дать информацию о базовых концепциях транзактного анализа.

Его прохождение обязательно для всех, кто хочет начать обучение, чтобы стать Сертифицированным транзактным аналитиком.

2. Сертификационная программа обучения (не менее 2000 часов - 4-5 лет):
 - учебные семинары по теории и практике транзактного анализа и других направлений (не менее 600 часов),
 - супервизированная практика применения транзактного анализа (не менее 750 часов практики и 150 часов супервизирования),
 - личностное развитие (персональная психотерапия для решения личных проблем).
3. Обучение по индивидуальному контракту с руководителем соответствующего статуса для подготовки к международным экзаменам (на срок до 5 лет).
4. Международные экзамены на звание сертифицированного транзактного аналитика в областях применения - психотерапевтической, образовательной, организационной, консультировании:
 - письменный экзамен - изучение случая или проекта работы с применением транзактного анализа,
 - устный экзамен - представление работы с применением транзактного анализа международной комиссии

Успешно сдавшим обе части экзамена присваивается звание Сертифицированного транзактного аналитика (СТА) в соответствующей области применения.

Для избравших путь тренера и супервизора транзактного анализа предусмотрены еще следующие стадии обучения:

5. Учебно-оценочный семинар на готовность работать под наблюдением руководителя в качестве тренера и супервизора транзактного анализа.
6. Обучение по индивидуальному контракту для подготовки к экзаменам на звание тренера и супервизора (до 7 лет). При этом обучающийся получает предварительный статус тренера и супервизора транзактного анализа (PTSTA).
7. Международные экзамены на звание тренера и супервизора транзактного анализа из трех частей:
 - устный экзамен по теории транзактного анализа,
 - экзамен по преподаванию транзактного анализа,
 - экзамен по супервизированию транзактного анализа.

Успешно сдавшим все 3 части экзамена присваивается звание тренера и супервизора транзактного аналитика (TSTA).

Обучающиеся транзактному анализу получают образование в соответствии с собственным темпом: они набирают необходимые часы тренинга, выполняют национальные требования и требования EATA и осуществляют подготовку в личностном плане. Опыт показывает, что образование на достижение статуса СТА может занять, по меньшей мере, 3 года, а обычно занимает около 4-6 лет. Для получения статуса PTSTA требуется, по крайней мере, год после приобретения квалификации СТА, и затем еще около 5-6 лет для достижения уровня TSTA.

Транзактный анализ в России

Развитие транзактного анализа в России в чем-то повторяет общемировые тенденции, но во многом отражает специфику культуры и политической ситуации. По сути, это развитие стало возможным только в 90-е годы во времена «перестройки». До этого упоминание о транзактном анализе можно было найти разве лишь в разделе критики буржуазных

направлений психологии. Первое знакомство специалистов с существом метода транзактного анализа состоялось через неофициальные переводы книг Берна, выполненные силами энтузиастов. Рядом авторов делались также попытки изложить свое понимание идей Берна. В настоящее время изданы русские переводы всех основных работ Берна и других основоположников транзактного анализа. Более современные работы, однако, русскоязычному читателю малоизвестны. Это дает картину транзактного анализа, каким он был 30-40 лет назад, оставляя в тени все дальнейшее развитие теории и практики метода. Возникает разделение на «западную» и «восточную» версии транзактного анализа, что несколько напоминает этап возникновения школ транзактного анализа в Америке 70-х годов после смерти Эрика Берна – естественного лидера направления. Российская специфика здесь восходит к традиционному спору «западников» и «славянофилов», длящемуся на протяжении веков в полярностях: «нам надо учиться у запада»/«у нас свой путь».

В организационном плане развитие транзактного анализа в России во многом следует общемировой тенденции – созданию общественных объединений специалистов метода. Первая попытка создать организацию специалистов транзактного анализа была предпринята еще во времена Советского Союза, однако не получила должного развития. Первый филиал Европейской ассоциации транзактного анализа в России образовался в 1993 году в Санкт-Петербурге, другой в 1995 году в Рязани. Следует отметить, что этот путь имеет свои плюсы и минусы. С одной стороны он позволяет свести к минимуму бюрократические проволочки и столкновение с весьма инерционной системой здравоохранения. С другой – транзактный анализ остается на положении «альтернативного» метода, лишённого государственного признания. Это же относится и к подготовке специалистов метода. Обучение транзактному анализу, соответствующее европейским и мировым стандартам проводится отдельными тренерами - энтузиастами, прошедшими подготовку на Западе. Однако образовательные документы, выданные даже Европейской ассоциацией транзактного анализа, не имеют юридической силы в России. Элементы же транзактного анализа, включенные в некоторые университетские курсы, явно недостаточны для практики и иногда дают весьма искаженное представление о существе метода.

Ассоциации транзактного анализа, как в России, так и во многих странах Европы и мира борются за государственное признание метода в своих странах. Это накладывает высокие обязательства как в плане научных исследований для подтверждения эффективности метода, так и в плане качества подготовки специалистов. Можно отметить положительный опыт специалистов Великобритании, которые добились признания курса обучения транзактных аналитиков, как варианта базового образования психотерапевтов. В других странах эта задача еще ждет своего разрешения. При этом учет национальных и культуральных особенностей, образовательных традиций и политической ситуации в странах остается определяющим фактором дальнейшего распространения и развития транзактного анализа.

Литература

- Берн Э. Транзакционный анализ и психотерапия. С-Пб., Братство, 1992. – 224 с.
- Берн Э. Игры, в которые играют люди. Психология человеческих взаимоотношений; Люди, которые играют в игры. Психология человеческой судьбы. М., Прогресс, 1985. – 400 с.
- Берн Э. Групповое лечение. Екатеринбург, ЛИТУР, 2003. – 352 с.
- Гулдинг М и Гулдинг Р. Психотерапия нового решения. М., Класс, 1997. – 288 с.
- Стюарт Я и Джойнс В. Современный транзактный анализ. С-Пб., Социально - психологический центр, 1996. – 330 с.
- Clarkson, P. Transactional analysis psychotherapy, London, Routledge, 1992

Групповой анализ

РЕЗЮМЕ

Определение. Групповой анализ (групповой психоанализ, групп-анализ, групповая психоаналитическая психотерапия) представляет собой разновидность психоаналитической психотерапии. Исследование психики и лечебное воздействие осуществляются за счет применения психоаналитического метода свободных ассоциаций, благодаря непосредственному взаимодействию участников группы между собой (свободные интеракции), а также специфической групповой динамики. Теоретической базой групп-анализа является психоанализ, включая психоаналитическую теорию групп; последняя учитывает отдельные положения классической теории групповой динамики, однако в силу значительного числа специфических отличий является самостоятельной научной системой и составляет отдельное направление современного психоанализа.

Сущность метода. Группа представляет собой отдельный, дополнительный – по отношению к действующим в индивидуальном анализе свободным ассоциациям, переносу и их интерпретациям – инструмент исследования бессознательного индивида и осуществляемой на этой основе психологической коррекции. Задачи терапии совпадают с таковыми в «классическом» психоаналитическом методе – развитие и изменение личности с устранением психопатологических расстройств. Однако группа в целом рассматривается в группанализе как особый предмет изучения, как отдельный субъект психотерапевтического процесса. Поэтому групп-анализ служит не только методом лечения пациентов, но и может выступать средством коррекции групповых взаимодействий – в семейной психотерапии, коучинге, консультировании производственных и социальных конфликтов и т.п.

Сознательное поведение в группе регламентируется правилами, тождественными с классическими психоаналитическими. Свободно плавающие ассоциации участников группы образуют «ассоциативную сеть». На предсознательном и бессознательном уровнях группа невольно уподобляется семье, в которой устанавливаются характерные отношения зависимости, борьбы, образуются дружественные и враждующие союзы. Как правило, на начальных стадиях динамики наблюдаются признаки идеализации ведущего группы, затем – соперничество с ним и, наконец, происходит достижение компромисса за счет установления новых групповых отношений (подобно рабочему альянсу индивидуального анализа). При этом в такой сети просматривается общая регрессивная проблематика участников, отражающая «основную бессознательную матрицу» группы (Фулкес, 1974).

Теория. Основателем группанализа является Зигмунд Генри Фулкес (S.H.Foulkes), опубликовавший первый труд по данному направлению психотерапии в 1948 г. (“Introduction to Group Analytic Psychotherapy”). Помимо Фулкеса, наиболее значительный вклад в развитие направления внесли У.Р.Бион (W.R.Bion), В.Шиндлер (W.Schindler) и ряд других ученых. По мнению Р. Kutter (1989), теоретические модели группанализа можно подразделить на «слоиные» и «процессуальные». Большинство слойных опираются на топографическую модель личности З.Фрейда. Групповой процесс протекает на нескольких одновременно существующих уровнях, первый из которых – межличностный или групп-динамический, включающий в себя обычные и достаточно поверхностные отношения между участниками группового сеанса. На втором уровне, как бы соответствующем пред- и бессознательному слоям психики, протекают процессы, связанные с Эдиповым комплексом. На третьем, наиболее глубоком уровне происходит оживление нарциссических и оральных конфликтов, характерных для ранних отношений матери и ребенка. В соответствии с преобладанием в групповой динамике того или иного стереотипов отношений подразделяются и сами группы.

Процессуальные модели во главу угла ставят стадии группового процесса. Так, согласно наблюдениям W.G.Bennis & H.A.Shepard (1956), существуют две основные стадии этого процесса: зависимости, в частности, от терапевта, характеризующаяся скованностью участников, и независимости, в течение которой начинают проявляться межличностные отношения. Независимо от ориентации на ту или иную модель в группанализе подчеркивается значение сексуальных и агрессивных стереотипов отношений, скрывающихся за внешним поведением участников группы.

Показания к применению группового анализа. Данный вид психоаналитической психотерапии наиболее целесообразен к применению тогда, когда значительная часть глубинных внутриличностных конфликтов индивида проявляются в его межличностных отношениях. В настоящее время накоплено множество данных, свидетельствующих о положительном эффекте сочетания индивидуального и группового форматов в психодинамической психотерапии пациентов. Кроме того, элементы групповой психоаналитической психотерапии могут с успехом применяться в психологическом консультировании коллективов.

***Эффективность.** Метод реально стимулирует поиск прогрессивной замены патологических защит, работающих на сохранение «статус-кво» психопатологической симптоматики, ее динамику. Он проясняет существующие искажения и несоответствия в интрапсихической сфере, предлагает моделирование более зрелых отношений с ближайшим окружением при четком осознании конкуренции желаемого и допустимого внутри себя. Кроме того, использование группаналитического метода эффективно в плане создания для пациентов важных жизненных перспектив, поиска путей к освоению нового опыта.*

Процесс коммуникации в группе двигает участников от обмена скрытыми непонятными переживаниями, передаваемыми симптомами и паттернами невротического поведения, к разделяемой, ясной, понятной коммуникации. Это приводит к большей свободе участников, которая выражается как признаками творческого развития группы, так и в процессах индивидуального роста и изменения.

При этом значение психоаналитического подхода и группового, в частности, значительно шире его сугубо утилитарного назначения – он существенно расширяет возможности использования других форм и методов психотерапии. Без применения ряда психоаналитических принципов и понятий невозможно полноценное исследование и корректное описание психотерапевтического процесса в целом. Так, в настоящее время не только психоаналитики, но и представители многих других психотерапевтических направлений используют представления о переносе, контрпереносе, сопротивлении, психологических защитах и т.д. Многие положения группанализа (в частности «групповая бессознательная матрица») прочно вошли в современную постмодернистскую культуру психотерапии.

ГРУППОВОЙ АНАЛИЗ.

И.В.Белокрылов, Е. М. Райзман.

Групповой анализ – «побочное дитя психоанализа, появившееся на свет в результате его брака с социальной психологией, брака, который родственники каждой из сторон считают неравным» (И.Романов, 2005). Союзу предшествовала довольно долгая история взаимоотношений. Но прежде, чем обратиться к ней, зададимся вопросом о том, что делает актуальным психоаналитическое понимание групп и людей в группах.

В последние четыре десятилетия общество все больше признает значимость группы в качестве инструмента социальных изменений. Групповая работа происходит не только в рамках психотерапии, но и во множестве форм самых различных setting'ax, например, в педагогике, индустрии, политике и религии. Теоретический фундамент группового движения многолик. Если пионеры в этой области исходили из разных перспектив, то сегодня ранее изолированные друг от друга школы всё больше сближаются, даже если раньше между ними была вражда. Мы стремимся облегчить диалог между сближающимися позициями, описывая совершенно особую концепцию групповой психотерапии, а именно групповой анализ, который хотя и отличается огромной оригинальностью по стилю, методу и теоретической ориентации, имеет корни в различных школах, каждая из которых возникала изолированно друг от друга.

Первая линия взаимодействия психоанализа и социальной психологии была намечена в психоаналитических исследованиях групповых процессов. Важнейший вклад в эту работу внес Фрейд – это открытие либидинозных и деструктивных компонентов социальных отношений. Люди объединяются на основе создания общего Я-идеала, воплощенного в лидере группы, заключает он в работе "Психология масс и анализ человеческого Я" (1921). Этот процесс приводит к взаимной идентификации и интроекции людей в группах, к формированию того, что было названо *"либидинозной конституцией массы"*. В последующих работах Фрейд уделяет большее внимание *"агрессивному компоненту человеческих влечений"*, инстинкту смерти, борьбе с которым во многом подчинено как объединение людей в группы, так и развитие человеческой культуры в целом. Последний абзац работы "Недовольство культурой" (1929-1930) начинается следующими словами: "Роковым для рода человеческого мне кажется вопрос: удастся ли - и в какой мере - обуздать на пути культуры влечение к агрессии и самоуничтожению. Наше время представляет в связи с этим особый интерес. Ныне люди настолько далеко дошли в своем господстве над силами природы, что с их помощью легко могут истребить друг друга вплоть до последнего человека. Они знают это, отсюда немалая доля их теперешнего беспокойства, их несчастья, их тревоги".

Внутренние объект-отношения, находящие для себя место в Я-идеале и Сверх-Я, проецируются на руководителя группы, в результате чего формируется интегрированное сообщество, позволяющее возникнуть родственным взаимоотношениям индивидов в собравшейся группе. Фрейд использует две большие высокоорганизованные группы (армию и католическую церковь) в качестве моделей для того, чтобы прояснить понятия идентификации и Я-идеала. А ещё Фрейд пытался выявить то, каким именно образом в результате посредничества группы проявляются силы, определяющие судьбу индивида.

Образование групп, по Фрейду, преследует две цели: борьбу с силами природы (в том числе - бессознательной природы самого человека) и связывание человеческой деструктивности. Так, например, наиболее распространенным защитным маневром группы является направление всей агрессии вовне, на другую группу, одновременно с идеализацией самой себя. Этот процесс ответственен за многие проявления национализма, в частности, те, что Фрейд обозначил как "нарциссизм малых различий": преувеличение различий между этнически и культурно близкими группами, с проекцией всех недостатков на соседнюю группу.

Но Фрейд отнюдь не пытался исследовать силы самой группы. К непосредственному изучению групп и работе с ними психоаналитики обратились после Второй мировой войны. Появились такие работы, как "Война, садизм и пацифизм" Э.Гловера (1947), "Психоанализ войны" Ф.Форнари (1966) и др. Немалая заслуга в этом обращении принадлежала британской школе объектных отношений М. Кляйн, в рамках которой впервые были предприняты исследования внутренних отношений, пронизывающих психическую жизнь человека. С момента появления этих исследований фактически была реализована идея Г. Маркузе о том, что психоаналитическое понимание человека "в себе" является социальной психологией, а значит не нуждается в дополнении какими-либо вне-аналитическими теориями социальных процессов. Так, один из последователей Кляйн У. Бион применил теорию объектных отношений для непосредственного изучения групповых процессов. С его точки зрения, по функциям, которые они выполняют, группы могут подразделяться на "рабочие группы" и "группы базового допущения" (что приблизительно соответствует двум функциям группы, выделенным Фрейдом). Рабочая группа ориентирована на восприятие реальности, способна вести диалог, терпеть фрустрации и решать проблемы, стоящие перед группой в целом и каждым участником в отдельности. В противоположность этому, усилия группы базового допущения направлены прежде всего на защиту от примитивных эмоциональных переживаний, имеющих по сути психотическую природу. Открытие того, что индивид может испытывает в группе состояния, близкие психотическим, стало одной из главных заслуг Биона. Участник группы в определенных ситуациях легко может почувствовать, что его преследуют или пытаются контролировать, он может отказаться от части своей личности или отрицать какую-либо часть реальности под давлением группы. Многие современные авторы отмечают, что подобные регрессивные формы переживаний нарастают по мере увеличения группы Бион обнаружил, что группа предоставляет участникам определенные формы защиты от психотических тревог, названные им "базовыми допущениями". Например, используя базовое допущения зависимости, группа возлагает все свои надежды на лидера и остается пассивной. Репертуар поведенческих реакций при этом может быть довольно широк - от демонстративно контрзависимого поведения до агрессивных

нападок на лидера, якобы не выполняющего возложенную на него миссию. Однако все они подчиняются неявной зависимой установке, ограничивающей возможности групповых решений. Таким образом базовые допущения являются довольно примитивными способами обращения с эмоциональным опытом, они укоренены в тревогах, фантазиях и отношениях психотической природы.

У. Бион также применил к пониманию групп открытия, сделанные М. Кляйн при анализе психотических состояний. По его мнению, группа (и индивид в группе) курсирует между параноидно-шизоидной и депрессивной позициями. Находясь на одном полюсе, группа использует механизмы расщепления, проекции и проективной идентификации, что приводит к искажению внешней реальности и обеднению внутренней. В этом состоянии группа может объединиться только при наличии общего врага, она неспособна к решению внутригрупповых конфликтов, чреватых расколом и неконтролируемой агрессией. На другом полюсе, в депрессивной позиции, группа способна выдерживать амбивалентность отношений, а значит ее члены становятся более целостными и индивидуализированными. М. Кляйн открыла, что это состояние связано с переживанием субъектом чувства вины за свою агрессию, за реальный или воображаемый ущерб, нанесенный другому. Она же показала, каким хрупким может быть достижение депрессивной позиции, как легко индивид может вновь соскользнуть к расщеплениям и проекциям параноидно-шизоидной позиции, защищаясь от чувства вины (а в конечном итоге, от признания собственной деструктивности).

В работе Ф. Форнари, появившейся в разгар холодной войны и ядерного противостояния, эти идеи получили новое развитие. Война начинается как преодоление вины за предыдущую войну, отмечал он, как параноидная попытка справиться с прошлыми травмами и потерями. Форнари вводит понятие *"параноидной проработки траура"*, призванное объяснить, как чувство вины и скорбь трансформируются в бессознательное убеждение *"виноваты другие"*, в поиск этих других и разворачивание защитных/карательных мер.

Ответственным за рождение и развитие группового анализа как самостоятельного метода познания и лечения человека, за применение психоаналитической теории к групповым процессам является З.Х.Фукс, психиатр и психоаналитик, оставивший Германию в 1933 году и переселившийся в Англию, где он умер в 1976 году.

Самое раннее и наиболее сильное воздействие на профессиональное становление доктора Фукса оказал невролог Гольдштейн, ассистентом которого он был в течение двух лет. Гольдштейн (1939) подчёркивал целостность организма и его взаимоотношений с окружающей средой.

Насколько обширно влияние Гольдштейна на Фукса и насколько сильно последний переносит идеи учителя в область группового анализа хорошо видно из введения к одной из монографий (1948) Фукса: «Здоровый организм функционирует целостно и может описываться в качестве системы, находящейся в динамическом равновесии... Он постоянно активно приспосабливается к изменяющимся условиям окружающей среды, в которой живёт». Определённые центральные концепции группового анализа явно позаимствованы из холистической философии Гольдштейна: скажем то, что психотерапевт интересуется группой как целостной единицей, понимая группу как постоянно изменяющееся поле фундаментальных взаимоотношений, в котором проявляется то один, то другой аспект динамической сети взаимоотношений. Психотерапевт обращается с отдельными частями, учитывая целостную структуру. Да и сам психотерапевт является составной частью интегрального поля интеракций. А ещё краеугольным камнем группо-аналитической теории стали следующие идеи: аналогия группы с живым организмом, причём как системы, находящейся в динамическом равновесии, а также аналогия с нервной системой в смысле интегрированной структуры (сети), функционирующей как единое целое. После работы с Гольдштейном в неврологической клинике г.Франкфурта, Фукс прошёл последипломное психоаналитическое обучение в Вене, после чего возвратился во Франкфурт, чтобы возглавить Психоаналитический институт. В результате счастливо сложившихся обстоятельств тогда существовали тесные географические и интеллектуальные взаимоотношения Франкфуртского Психоаналитического института, к членам которого причислялись Эрих Фромм и Фрида Фромм-Райхманн, с симпатизирующими психоанализу социологами Максом Хоркхаймером, Карлом Маннхаймом и Норбертом Элиасом. Заинтригованный идеей *genius loci* Фукс считал, что не индивидуум предшествует обществу, а общество предшествует индивидууму. В концепции Фукса человек понимается как индивидуум с самого рождения живущий в сети коммуникационных процессов, глубоко влияющих на природу человека с момента его рождения. При этом индивидуум и общество являются абстрактными понятиями, которые только по семантическим причинам отделяются друг от друга. Структурными рамками индивидуума является естественная группа, в которой он живёт. В этом смысле терапевтическая группа является микрокосмом общества, в определённые времена представляя собой первоначальную, естественную группу пациентов.

Групповой анализ базируется на психоаналитической модели, рассматривающей психику как динамическую систему взаимоотношений с объектами и частичными объектами, между которыми постоянно существует коммуникация, так что психика не только ментальный аппарат, состоящий из целенаправленных влечений и их судеб. К групповому анализу особенно подходят те психоаналитические подходы, которые подчёркивают значение

сложных внутренних и внешних объект-отношений, так как он концентрируется на коммуникативных процессах, простирающихся далее судеб отдельных индивидов. Созданная Фуксом теоретическая модель была существенно обогащена идеями групповой динамики, вытекающей из теории поля Курта Левина, особенно относительно значения группы и её руководителя: группо-аналитическая модель руководства группой нацелена на уравнивающий баланс разделяющих и сплачивающих сил, действующих внутри группы, к тому же Левин показал плюсы и минусы таких групп по сравнению с группами без руководителя и группами с жёстким лидером. Руководитель, по меньшей мере, в зрелой аналитической группе, ведёт себя скорее ненавязчиво, напоминая этим стиль группы без руководителя, чем стиль других психоаналитических моделей ведения терапевтических групп. И, тем не менее, групповой аналитик, безусловно, является руководителем группы, и никогда только одним из её членов, даже если он решился держать себя сдержанно, отдавая терапевтическую инициативу участникам какой-либо из подгрупп сети.

Самой «молодой» наукой, повлиявшей на групповой анализ, является социальная психология, занимающаяся теорией Самости. Последняя специально подчёркивает и исследует эффекты воздействия социальных сил на образ Самости, а также воздействие «референтных групп» на процесс индивидуации.

Независимо от психоаналитически ориентированных подходов к групповой терапии, можно выделить три терапевтических концепции (модели) группового анализа:

1. Психоанализ в группе. Здесь сохраняется диадная модель психоаналитического лечения, применяющаяся теперь по отношению ко всем членам группы, что наделяет аналитика исключительной и полной терапевтической ответственностью. Меньшее внимание уделяется групповой динамике, а социально-психологические перспективы так и вообще полностью отвергаются, так как они вводят в терапевтический процесс нежелательный элемент мистификации. Представители этой школы психоаналитической групповой терапии в равной степени делают акцент на биологической и психологической индивидуальности, считая, что использование группы в качестве инструмента лечения или подход к группе как к целостной единице неблагоприятно отразится на участниках. Ценность группового settings заключается в том, что облегчается формирование переноса и легче возникают свободные ассоциации.

2. Терапия группы, модель психоаналитического лечения группы (так называемая Tavistock-модель), где психоаналитическую диаду образует группа (как целостная единица) и психоаналитик. Аналитик занимается исключительно группой как целостной структурой, обращая особое внимание на перенос группы на аналитика. Задача терапевта заключается в

интерпретации переноса, формирующегося между группой и терапевтом в ситуации «Здесь и Сейчас».

3. Терапия посредством группы – это в собственном смысле групповой анализ Фукса; она концентрируется на всей группе, но дополнительно обращает внимание на отдельных участников, на том, как именно они участвуют в групповом процессе. Этот подход посредничает между двумя первыми позициями. Он в равной степени интересуется как динамикой группы в качестве целостной единицы, так и отдельным индивидуумом как вполне законным фокусом терапии. Лечение адресуется к индивидууму, но осуществляется посредством группы. «Групп-аналитическая психотерапия является одной из форм психоаналитической терапии, в которой общим терапевтическим контекстом оказывается вся группа. Но, как и любая другая форма психоаналитической терапии, в центр своего внимания групп-аналитическая терапия ставит индивидуума» (Foulkes 1964).

В основе каждого из этих подходов лежат соответственно специфические теоретические подходы:

1. Первый подход – психоанализ в группе, сохраняет классическую диадическую модель психоаналитического взаимоотношения с каждым пациентом в группе, обременяя терапевтической ответственностью исключительно и недвусмысленно одного психоаналитика. А вот на групповую динамику обращается меньшее внимание, а социально-психологические перспективы и вовсе игнорируются, так как они вводят в терапевтический процесс нежелательный элемент мистификации. Экспоненты этой школы психоаналитической групповой терапии в качестве опорных пунктов рассматривают в равной степени биологическую и психологическую индивидуальность, а кроме того считают, что попытка использовать группу в качестве инструмента лечения или лечение целиком всей группы, будет идти ценой конкретных участников. Ценность группового settings заключается в том, что облегчается появление переноса и свободных ассоциаций.

2. Во второй модели, психоаналитического лечения группы (так называемая Тэвистокская модель) группа как целое и аналитик образуют единую психоаналитическую диаду. Аналитик занимается исключительно группой как целым, обращая при этом особое внимание на перенос группы на аналитика. Задача терапевта строго определяется тем, что он интерпретирует перенос, разворачивающийся между ним и группой, в ситуации «Здесь и Сейчас».

3. Третий подход, групповой анализ Фукса, рассматривает группу в качестве значимого контекста, однако дополнительно уделяет внимание конкретным участникам, тому, каким образом они участвуют в групповом процессе. Этот подход занимает промежуточную позицию между первыми двумя подходами. Он в равной степени интересуется динамикой группы в

целом и конкретным индивидуумом, являющимся законным фокусом терапии. Лечение ориентировано на конкретных участников, хотя и проводится средствами группы. «Группо-аналитическая психотерапия является одной из форм психоаналитической терапии, уделяющей внимание группе в целом как особым рамкам лечения. Поэтому, как и любой другой вид психоаналитической терапии, групповой анализ ставит в центр своего внимания индивидуума» (Foulkes 1964). Смещение акцентов в сторону группы в качестве терапевтического медиума повлекло за собой далеко идущие теоретические и практические последствия: позиция группового аналитика видится в совершенно другом свете, а члены группы наделяются совершенно иными задачами и ответственностью по сравнению с группами, в которых отсутствует такого рода культура.

Групп -аналитическое понимание человека.

В соответствии с основной ориентацией группового аналитика человек считается социально-ориентированным существом, а не индивидуалистом. Несмотря на то, что индивид, несомненно, характеризуется биологическим единством, его фундаментальным психологическим качеством является группа. Отдельный человек не что иное, как искусственная, хотя и правдоподобная абстракция, так как вне группы он существовать не может. Каждый человек принципиально и непосредственно характеризуется миром, в котором он живёт, своей группой и сообществом, к которому он принадлежит. Понятия «интра -психический» и «межличностный», «индивидуум» и «общество», «душа» и «тело», «фантазия» и «реальность» поэтому нельзя считать противоположными. Когда они отделяются друг от друга, тогда мы имеем перед собой изолированные, абстрактные понятия, которые в результате вырванности из контекста неизбежно приводят нас к ложным результатам.

С таким подходом связано представление, что индивидуум представляет собой узловой пункт в сети группы. Взаимоотношения ребёнка с матерью в этом смысле является первым социальным взаимоотношением, как и первые сексуальные или любовные отношения, а семья как группа оказывается самой первой социальной средой, в рамках которой каждый из нас отыскивает свою идентичность и начинает осознавать, к чему он принадлежит.

Каждое событие захватывает всю группу целиком. «Переживаемые события являются частью единого *геистальта*, в котором они образуют фигуру (передний план), а фон (задний план) представлен группой, не вовлечённой непосредственно в разворачивающиеся события» (Foulkes, 1980). Полностью осуществиться человек может только внутри сети групповых взаимоотношений. Растущее понимание приходит в процессе коммуникации, происходящей на всех уровнях, от наиболее глубокого

интрапсихического до уровня социальных взаимоотношений. При этом коммуникация происходит внутри сложной сети интерперсональных взаимоотношений. Поэтому болезнь индивидуума всегда соответствует нарушениям внутри сети, потому болезнь и должна лечиться внутри группы.

В этом смысле болезнь появляется тогда, когда индивидуум в качестве узлового пункта группы становится фокусом нарушенных интерперсональных процессов. Невротическая позиция в огромной степени характеризуется индивидуализмом, становясь потенциально деструктивной по отношению к группе. Такая позиция имеет корни в несовместимости индивидуума и его первоначальной (семейной) группы. Семья является естественной сетью взаимоотношений, внутри которой её члены зависят как друг от друга, так и от витальных ресурсов жизни. Поэтому нарушения внутри этой сети глубоко сказываются на всей семейной группе, побуждая её целиком занимать индивидуалистическую позицию во взаимоотношениях с более широкими сетями взаимоотношений. В таких обстоятельствах первоначальный конфликт никогда не удаётся чётко показать или выразить вербально в концептуализированной форме. Потому-то он не доступен воспоминаниям и переживаниям. Конфликты, скорее всего, будут проявляться в неявной форме в качестве нарушений, а именно в форме симптомов, которые опять же в необычайно высокой идиосинкразической форме соответствуют индивидуальным феноменам. «Симптомы побуждают индивидуума к его специфической симптоматике как раз потому, что они сами по себе аутистичны и явно не подходят для того, чтобы быть разделёнными с другими людьми. Поскольку индивидуум оказывается не способным коммуникационно-дружественным способом проявить то, что скрывается за симптомом, он не может избавиться от страданий... Больному индивидууму приходится вновь и вновь делать усилия, пока не удастся перевести симптом на социально-приемлемый, членораздельный язык. Симптом только тогда становится понятным остальным членам группы, когда энергия (либидо), связанная в нём, становится чем-то таким, что может обмениваться во взаимоотношениях членов группы (примерно так, как это бывает с товаром)» (Foulkes, 1948).

Групповая матрица.

Концепция, которая наибольшее внимание уделяет взаимоотношениям внутри сети, называется групповой матрицей. Она соответствует оптимальному базису любых взаимоотношений и коммуникаций, представляя собой паутину интра-психических, интер-персональных и транс-персональных взаимоотношений, в которых узловым пунктом является индивидуум. Матрицу можно описать посредством групповой границы и рассматривать по аналогии с сетью нейронов, в которой нейрон является

узловым пунктом всей сети. Таким образом, группа является чем-то таким, что реагирует как целое, да и ассоциирует (в психоаналитическом смысле) тоже. Постольку группа всегда соответствует транс-персональной сети, на которую оказывает влияние каждый член группы, как и обратно.

Созданная Фуксом «концепция матрицы» станет понятнее, если мы рассмотрим её на трёх различных уровнях: фундаментальная, динамическая и персональная матрица.

Фундаментальная матрица – это понятие отнюдь не означает, что члены группы привносят в неё чувства, фантазии и способы поведения, разделяемые всеми. Скорее концепция фундаментальной матрицы подчеркивает значение того факта, что все члены группы одновременно находятся на одной общей базе. «Этот общий фундамент как раз и привёл их в одну группу. То, что мы по традиции рассматриваем в качестве нашей сокровенной Самости, в качестве *Интрапсихического*, отличающегося от внешнего мира, не только может разделяться другими, но скорее разделяется изначально. Этот факт становится более понятным при большем времени, проведённом в группе с другими» (Foulkes, 1975).

Концепция фундаментальной матрицы очерчивает область, в которой должна проводиться терапевтическая работа: Члены группы начинают понимать, что то, что они привыкли считать своей сокровеннейшей Самостью, в действительности уже давно разделяется с другими. На этом пути возможны реальные и сохраняющиеся изменения. Сюда же относится и отказ индивидуума от иллюзии, что он принадлежит только самому себе, хотя для этого приходится преодолевать огромное сопротивление. Индивид будет идти на уступки, так как вносит в новую группу свою первоначальную семью: и действительно, члены группы частенько говорят о своих родителях. Индивидуум всеми имеющимися в его распоряжении средствами пытается защититься от напрашивающихся изменений. В любых обстоятельствах он будет пытаться, насколько только это возможно, воспроизвести ту сеть, в которой он первоначально вырос и в которой он мог бы функционировать и дальше без всякой необходимости изменений. «Поэтому необычайно важно рассматривать воспроизведение прежней семейной ситуации в качестве кардинального и фундаментального сопротивления и пытаться устранять его посредством последовательного анализа и конфронтации» (Foulkes 1975, стр. 61). Концепция групповой матрицы позволяет руководителю группы усматривать фокус своей работы в том, чтобы замещать изоляцию индивидуума опытом переживаний в группе. Это может приводить индивидуума в замешательство. Но только так и удаётся открыть нашу децентрализованную позицию и нашу сплошную зависимость от социальных структур.

Если мы применим концепцию фундаментальной матрицы к практической работе в группе, тогда становится ясно, что не существует никакой индивидуальной интерпретации, а есть только групповая интерпретация. Любая интерпретация, даже если она явно адресуется какой-либо части групповой сети, массивно воздействует на любого члена группы и на всю группу.

Динамическая матрица относится к актуальным событиям в самой группе и к тому, как они разворачиваются в групп-аналитическом setting'e, в фундаментальных категориях времени и пространства. Члены группы неизбежно контактируют друг с другом. Становится ясно, что протекающие в каждом участнике психические процессы по сути дела происходят в матрице, которую Фукс гипотетически обозначил как паттерн коммуникации и взаимоотношений. Фукс пишет: «Если мы примем эту точку зрения (гипотезу о «паттернах взаимоотношений»), тогда мы можем представить психические процессы таким образом, словно бы они одновременно проникают в группу, пронизывают её членов и даже идут далее, чтобы связываться с другими людьми» (Foulkes, 1975).

Нам станет всё понятнее, если мы будем помнить, что в той же самой работе Фукс убедительно показывает, что в группе мы изменяемся, прежде всего, посредством разыгрывающейся в ней интеракции, а не в результате интерпретаций, даваемых руководителем группы. Если это так, то задачей группового анализа является не столько вскрытие внутренних взаимосвязей в психических процессах индивидуума, как бы ни были они важны для самого индивидуума, а скорее выявление того, каким образом эти психические процессы воздействуют на интеракцию членов группы друг с другом. Терапевтический процесс, говоря образно, соответствует путешествию, начинающегося с симптома, приводящего к конфликту и заканчивающемуся разрешением конфликта. Чем дольше длится путешествие, тем лучше становится способность к коммуникации. Симптом свидетельствует о патологической изоляции от Целого. Такая изоляция сохранится в неизменной форме, если руководитель группы отделяет индивидуума от группы. Всё сводится к тому, чтобы обнаружить, в результате чего произошла изоляция в форме симптома. Особенно ясным это будет после того, как в ход будет запущена интеракция. Невротические пациенты частенько начинают работу в группе с того, что жалуются на то, что они тотально независимы от всего и вся. И как раз обратное желание (со-зависимости) наиболее ярко обнаруживается у невротиков в их постоянной мучительной изоляции. Так как Я, прежде всего, является телесным Я, как утверждает Фукс, опираясь на Фрейда, и так как тело отнюдь не предоставляется в распоряжение гордо господствующего над ним Я в качестве машины, а является медиумом, посредством которого происходит коммуникация с миром, то стремление общаться становится настолько

непреодолимым, что мы начинаем осознавать самих себя в коммуникации с другими.

Персональная матрица. Фукс с полным правом говорит, что, с одной стороны, симптом отличается аутизмом, а с другой, – он начинает проявляться в группе, правда, вначале нечётко, словно бы для самого себя, чтобы потом становиться всё более чётким и кричащим внутри сети взаимоотношений матрицы. Так как в клинической практике при попытке сконцентрироваться на интеракции, происходящей в группе, встречаешься с экстремальными трудностями, которые оказываются гораздо труднее, чем при проработке интрапсихических процессов индивидуума, то мы обратимся за помощью к простому примеру пациента с неврозом навязчивости. Ещё по индивидуальной терапии нам хорошо известно, что речь исключительно о симптоме, например, о ритуальном умывании рук, делает положение больного только хуже. В группе её члены запускают терапевтический процесс удивительно простыми слова, типа: «Да я вообще не интересуюсь Вашими симптомами, мне интересны Вы сами, расскажите о себе, чтобы кое-что изменилось...» Это вовсе не означает, что индивидуум как конкретный человек отступает на задний план. В этом месте персональная матрица напрочь связывается с фундаментальной и динамической матрицами группы. Тогда мы видим индивидуума в том же свете, что и группу, а именно в центре «сложных процессов, тесно переплетающихся друг с другом» (Foulkes, 1975).

Такой подход не отличается новизной, о нём говорил и Фрейд. Мы концентрируемся на индивидууме лишь постольку, поскольку тот старается найти своё место внутри сложных процессов, взаимодействующих друг с другом. Никакого другого выбора нет, кроме приобретения посредством адаптации нового опыта, предоставляемого групповым сеансом. Конечно, пациент может попытаться структурировать сеанс на свой манер, и именно таким способом, чтобы всё для него приняло осмысленный порядок. Как и в повседневной жизни, индивидуум находится в позиции, в которой он постоянно переходит от фигуры к фону, от части – к целому, как и наоборот: да и глаза наши тоже функционируют сходным образом, как и вся нервная система. Любой индивидуум начинает разбираться в своих психических процессах в той степени, в которой они происходят в группе, так как каждый вынужден тому, что происходит в группе, придавать какое-либо значение, то есть обдумывать то, каким образом целое и части подходят и принадлежат друг другу. Сопротивление по отношению к этому процессу столь же неизбежно, как и сам процесс. Индивидуум формирует в группе свою собственную персональную матрицу в том виде, в котором она всегда для него существовала. А это означает, что существуют структуры, которые заданы изначально и которые никто изменять не желает. Поэтому каждый пытается воспроизвести своё прошлое в группе, иногда прилагая для этого отчаянные усилия. Каждый групповой терапевт знаком с групповыми

феноменами, когда послушные пациенты внимательно ожидают, что руководитель группы будет им помогать своими блестящими интерпретациями, в то время как они будут предлагать ему для анализа свою историю жизни. В такого рода ситуациях мы должны концентрироваться на форме интеракции, а не на её содержании, что является довольно трудной задачей. То, каким образом интеракционные процессы «внутри» индивидуума, представляющего собой часть Целого, соотносятся друг с другом, мы можем выявить только из актуальных процессов, по тому, как они протекают в группе.

С этой перспективы любое индивидуальное расстройство всегда локализуется внутри групповой матрицы. По временам расстройство начинает втягивать в себя многих членов группы, а иногда симптом будет концентрироваться внутри одного индивидуума. Группа даёт шанс локализовать индивидуальное расстройство там, где оно проявляется в определённых паттернах взаимоотношений. Пример: во время первичного интервью пациент свободно разговаривает, находясь наедине с психотерапевтом. А в группе он упорно молчит, оказываясь не способным обратиться к терапевту. Становится ясно, что его расстройство обусловлено неспособностью разделять терапевта с другими участниками. Паттерны самых разных взаимоотношений, проявляющихся в вечно меняющихся структурах, позволяют нам локализовать самые разные расстройства в самые разные времена.

Терапевтический setting.

Терапевтический setting группового анализа – это рамки, в которых индивидуум может вскрыть и проработать непереносимые переживания, имеющие корни в первичной группе, в семье. Терапевт работает с группой внутри определённых границ, позволяющих ему рассматривать группу в качестве оптимального средства для терапии. Психотерапевт может заниматься реальной семейной группой или специально подобранной группой индивидов, не имевших ранее отношений друг с другом. В последнем случае речь идёт об особой, искусственно созданной социальной ситуации, в которой посредством запланированных интервенций могут изменяться довольно стабильные и хронические паттерны взаимоотношений. Подобранная в соответствии с групп -аналитическими принципами группа репрезентирует при этом норму, от которой каждый участник отклоняется в результате имеющегося у него расстройства. «Глубочайшей причиной того, почему пациенты (ради простоты допустим, что речь идёт о страдающих психоневрозом) подкрепляют нормальные реакции друг друга, а невротические реакции устраняют или исправляют, является следующая: участники коллективно создают именно ту норму, которую прежде они

игнорировали. Причина этого заключается в том, что каждый член группы в довольно значительной степени является частью группы, к которой он принадлежит. Этот коллективный аспект пронизывает каждого участника до самых глубин. В той степени, в которой кто-либо отклоняется от абстрактной модели, стандарта, нормы, он становится одним из вариантов нормы... Именно такие отклонения и делают из него индивидуума, который поистине уникален в своём роде, вплоть до отпечатков пальцев... Здоровая часть оригинального характера участника группы напрочь укоренена в группе и полностью проявляется в ней. Вот поэтому-то группа уважает и поддерживает расцвет и свободное развитие индивидуальности» (Foulkes, 1948).

На групп-аналитическом сеансе аутистическое расстройство превращается в разделяемый всеми язык, которым обмениваются друг с другом. Невротические паттерны взаимоотношений, которые ранее были фокусом расстройств, теперь посредством раскручивающегося коммуникационного процесса выходят на поверхность. В той степени, в которой невротические паттерны обретают коммуникационные качества, будут исчезать симптомы в «общем фундаменте» группы, а их индивидуальные составные части устраняться, замещаясь группосинтонным, социально приемлемым взаимным соучастием (партиципацией). Таким образом, мы постоянно встречаемся с давлением на каждого индивидуума, что заставляет оставить частные невротические способы поведения, усиливает Я и способствует любым согласующимся с группой паттернам поведения.

Непрерывно изменяется поле восприятия и объём психической активности. Терапевтическая ситуация сама заботится о том, чтобы эти области постоянно расширялись и углублялись, так что в принципе может быть достигнуто состояние оптимальной индивидуации. Фукс использует понятие «Я-тренинг посредством действий», чтобы описать процесс, посредством которого индивидуум постепенно приходит к познанию своей истинной индивидуальности, начиная разбираться в самом себе и других людях, в результате всё больше приходя к самому себе, что одновременно означает увеличивающуюся степень ощущения себя социализированным.

Понятие «групп-аналитическая ситуация» является особой концепцией с тремя аспектами: структура, процесс и содержание.

1. Структура – относится к тем паттернам взаимоотношений, которые оказываются внутри группы более-менее стабильными и постоянными. Такие паттерны соответствуют хорошо знакомым ролям, разыгрываемым отдельными участниками и хорошо проявляющимися во

взаимоотношениях членов группы. Примерами этого являются коалиции с формированием подгрупп и расколов, возникающих между отдельными подгруппами. Психическая структура группы формируется медленно, зато потом она образует постоянный фундамент для проведения особой формы терапии, типичной для группно-аналитического метода

2. Процесс – ему соответствуют динамические компоненты группы, состоящие в том, что изменения происходят очень быстро и находятся в постоянном потоке. Групповой процесс манифестируется как интеракция всех элементов в имеющейся актуальной ситуации, включая обратные связи, вербальную и невербальную коммуникацию

3. Содержание – групповой аналитик следит за содержанием коммуникации с тем же самым вниманием, с которым он наблюдает за структурой и процессом группы. При этом латентный материал появляется в той степени, в которой анализируется материал, обнаруживаемый в структуре и процессе.

Организация аналитической группы.

Групповой аналитик является руководителем группы (conductor, понятие, которое позаимствовано от образа дирижера оркестра и его музыкантов, совместно исполняющих какое-либо музыкальное произведение). Руководитель группы имеет две чётко различающихся задачи, каждая из которых в равной степени важна: одна из них связана с тем, что руководитель должен активно заботиться о группе, а вторая функция руководителя связана с терапевтической активностью внутри группы. Если руководитель обращает внимание на групповой сеанс, тогда он активно и динамично выполняет свою службу. Он берёт на себя ответственность за создание и поддержание для работы группы оптимальных рамок, постоянно обращая внимание и защищая границы группы, так что терапевтический процесс может беспрепятственно развиваться.

Руководитель выбирает членов группы, причём он руководствуется гипотезой, что польза от работы в группе для индивидуума будет тогда, когда он научится свободно выражать свои конфликты, что очень тесно связано с видом коммуникации, которую избирает группа. Руководитель подбирает участников группы таким образом, чтобы в ней существовали оптимальные различия относительно типа личностей и типа расстройств; таким образом, удаётся добиться равновесия между интроспективными и менее интроспективными участниками, между людьми, которые могут относительно хорошо говорить и теми, кому это удаётся в меньшей степени, между участниками с лабильной диспозицией и теми, у кого отмечается скорее стабильная установка и т. д. Здесь терапевт руководствуется не

традиционными диагностическими категориями, а скорее следует принципу, в соответствии с которым ни один член группы не должен почувствовать себя в изоляции. Отбор пациентов для группово-аналитической группы, в общем-то, направляется глубинно-психологическим подходом, и не в малой степени психодинамическим первичным интервью. При этом групповому анализу ни в коем случае не будет противопоказана подготовительная индивидуальная психотерапия для некоторых пациентов, которые из-за своих симптомов или способов коммуникации могут почувствовать себя в группе в полной изоляции. Каждая группа отличается от другой специфическими приметами, особенно относительно проблем, которые способны разбирать члены группы. Когда группа, например, приобретает способность интенсивно и быстро работать на глубине, тогда она может проявлять нетерпимость к сильно защищающимся пациентам. Групповой аналитик формирует для себя представление, как о группе, так и о её отдельных участниках. А, кроме того, в соответствии с договором терапевт будет проводить *slow-open-group* (полуоткрытую группу, из которой отдельные члены выходят, а на их место приходят новые, такая практика вообще характерна для *London Group Analytic Society*), обращая особое внимание на *timing* (как по отношению к отдельным участникам, так и по отношению ко всей группе), соответственно подготавливая обе стороны.

Малая группа, которая, как правило, состоит из 6-9 человек, считается оптимальной по своей величине для проведения углубленной и всесторонней аналитической терапии. При таком количестве участников сохраняется контакт *face-to-face*, и у каждого из участников сохраняется возможность себя проявить. У меньшей по объёму группы будет меньше витальных ресурсов, чтобы олицетворять социальную норму, да и матрица будет слабой. Зато число участников можно увеличивать. Большие по количеству участники группы всё больше применяются в обучении, причём они благоприятно оцениваются по своей терапевтической эффективности. В большой группе усиливается воздействие динамических процессов, причём огромное количество межличностных взаимоотношений существенно затрудняет проверку на реалистичность. Провоцируются проекции и чувства, связанные с переходом за границы Самости, а также психозоподобные механизмы, что иногда драматически повышает уровень тревоги. По-видимому, большая группа гораздо быстрее воспроизводит наиболее ранние инфантильные переживания, что вызывает трудности у некоторых участников и даже может их напугать, хотя бывают и такие участники, которые при этом чувствуют себя уверенно и легко обращаются к межличностным процессам.

Но руководитель группы занимается не только величиной и составом группы, но и местом и временем проведения терапии. Относительно последнего пункта руководитель обращает внимание не только на своевременное завершение отдельных сеансов, но и на завершение всего

лечения. Обычно группно-аналитические сеансы продолжаются полтора часа при частоте 1-2 сеанса в неделю в течение 2,5-3,5 лет. Как и в других формах психоаналитически ориентированной психотерапии целью являются глубокие и стабильные изменения структуры внутренних объектов, сопровождающиеся изменением межличностных взаимоотношений и восприятия ближайшего окружения. Причём взаимоотношения изменяются довольно медленно и с огромной затратой времени и энергии. Большинство группно-аналитических групп являются полуоткрытыми (slow-open): члены группы вступают в неё в подходящее для них время, да и покидают её, когда захотят, а группа продолжает жить дальше. Новые члены начинают «писать» историю группы, а те, кто уже её оставил, по-прежнему остаются представленными в групповой матрице. В результате возникает культура, гармонически связанная с другими процессами жизни. Некоторые руководители группы предпочитают закрытые группы, в которых участники начинают и прекращают лечение все вместе. Такого рода группа сопровождается интенсивной работой в атмосфере большой сплочённости, причём часто создаётся необычайно специфическая групповая культура. Открытая модель группы больше подходит для учреждений, например для больниц, когда часто меняется контингент пациентов.

Руководитель группы посредничает между группой и окружающим её внешним миром, защищая её от воздействий извне. Он твёрдо придерживается setting с расположенными по кругу стульями в подходящем для этого помещении. Возможно, дополнительно в центр он поставит маленький низкий столик, который в фантазиях группы будет репрезентировать переходный объект в Винникоттовском смысле; группа будет приписывать столику определённое значение, так как поставил его руководитель группы. Руководитель группы не упускает того, чтобы следить за такими мелочами как наличие одинаковых стульев, причём их должно быть столько, сколько ожидается участников. Желательно также чтобы во весь период терапии за группой сохранялось одно и то же помещение. На совести руководителя лежит ведение переговоров с вышестоящими социальными инстанциями, чтобы ничто не отразилось на существовании группы. Руководитель уделяет такое же большое внимание пространственному порядку, как и психологическим границам группы. Только если пространственные границы группы сохранены, внутри группы может проходить освобождающий процесс, позволяющий членам начать разбираться как в самих себе, так и в других, и делается это посредством групповой матрицы безо всякой лишней тревоги по поводу того, что творится снаружи. Члены группы могут полностью предаваться тому, что происходит в группе, в то время как руководитель управляет группой с учётом динамического подхода, защищая её границы, посредничая между группой и внешним миром.

Понятие «граница группы», как и понятие «матрица» созданы на основе физиологической аналогии: групповая граница функционирует как мембрана, позволяющая обмениваться внутренними и внешними процессами, не приводя к потери группой своей идентичности: чем проницаемей оказывается такая мембрана, как это бывает в открытой модели руководства группой, тем труднее достигать ощущения сплочённости и групповой идентичности, тем быстрее и эффективнее можно обходиться поверхностными феноменами, и тем выше размер интеракции. Процесс социализации в такой группе очень быстро приводит к особым интерперсональным структурам, что требует от руководителя большой ловкости в обращении с терапевтическими интервенциями. Так, например, в группе подростков, в которой постоянно задействованы границы, терапевт должен обращать особое внимание на сохранение границ группы, ещё до того, как он собственно начнёт аналитическую работу. Да и во многих его интерпретациях будет учитываться тот факт, что индивидуальные границы у подростков характеризуются изменчивостью, постоянно строясь заново. Зато в группах с чуть ли не полностью непроницаемыми границами легко возникает фрагментация индивидуальных границ внутри самой группы, что приводит к интенсификации интеракции, иногда вплоть до появления психотических процессов; в таком развитии психотерапевт видит не только потенциальную опасность, но и шанс на то, чтобы углубить терапевтический процесс.

Терапевтическая активность руководителя группы.

Достижения группы зависят не только от интуитивной многогранности её руководителя; задачей терапевта не является стимулирование участников к проявлению нравственности и дружелюбия, превращая в хорошую команду. Да он находится в группе и не для того, чтобы правильно направлять проявляющиеся в группе динамические силы, потерявшие из виду терапевтическую цель. Руководитель группы, прежде всего, нацелен на то, чтобы побудить членов группы к активному участию, включая принятие на самих себя терапевтической ответственности. Руководитель ставит в центр своего внимания группу в целом и пытается выявить, где группа ведёт себя согласованно, а где нет, где обнаруживаются защищаемые тенденции и где формируется сопротивление. Руководитель вмешивается лишь тогда, когда группа не может сама продолжать дальнейшую работу.

В ходе развития группы роли руководителя меняются. Вполне возможно, что на ранних стадиях группового процесса он принимает в себя проекции всемогущества и всезнания, чтобы способствовать групповой сплочённости и уменьшить тревоги. Но постепенно отлучает группу от потребности в зависимости. Вот так он и становится не столько руководителем группы, сколько руководителем в группе. В конце группа должна заместить его авторитет своим собственным.

Из этого следует, что аналитическая работа выпадает на группу в целом. В ходе терапии группа формирует свою собственную функцию, которая анализирует её саму, и лишь когда ей такое не удаётся, вмешивается руководитель группы. При этом у руководителя много возможностей: он может указать на что-то незамеченное, сделать акцент на чём-то упущенном, прояснить, объяснить, связать разнородный материал или конфронтировать группу с тем, чего она избегает. При этом руководитель интерпретирует не только поведение группы в целом, но и индивидуальные реакции членов. Это чем-то напоминает перевод (translation, то есть перевод на другой язык, а именно: наделение манифестного текста из высказанных слов скрытым в них смыслом).

Интерпретация, которая обычно занимает центральное место в других аналитических терапиях, ни при каких обстоятельствах не имеет у нас значение важнейшей формы интервенции; интерпретация в принципе показана лишь тогда, когда аналитический процесс застрял. Совершенно законным будет проявление руководителем группы своей активности тогда, когда зайдёт речь о прояснении взаимоотношений, об обсуждении событий, в которых была задействована вся группа, когда пришло время вывести на передний план переживания, которые разделяла вся группа, связать, казалось бы, неструктурированные или бессвязные события, конфронтировать группу или одного из её членов с определённым пунктом или указать на особое развитие группы типа формирования пар, феномен козла отпущения или образование подгрупп. Психотерапевт свободно обращается как ко всей группе, так и к отдельным подгруппам и участникам. При этом он не забывает, что любая его интервенция воздействует на всю групповую матрицу, втягивая в переживания всю группу. По этой причине он может поддерживать интеракцию между собой и каким-либо членом группы, если считает, что это позволит ему (руководителю) быть на переднем плане группы, и что для группы было бы полезным яснее увидеть эти взаимоотношения.

Терапевтические средства: интерпретации в группе.

Само собой напрашивается посчитать интерпретацию в групповом анализе неизбежным приёмом, правда, она не является привилегией только руководителя. Довольно часто бывает и так, что интерпретировать будут члены группы, а иногда случается и такое, что группа в целом одновременно интерпретирует стиль своих реакций. Руководитель группы обращает внимание на значение любых проявлений группы; в принципе можно сказать, что именно способ передачи этого значения собственно и составляет интерпретацию. И не всегда руководитель обращает внимание группы на такое значение. Группа может сама интерпретировать, вербально или невербально. О невербальной интерпретации, делаемой группой, можно говорить тогда, когда группа реагирует действиями на какую-либо

активность одного из своих членов. Тогда через членов группы как бы прокатывается волна. Такого рода невербальная коммуникация может вообще оказаться связанной с актуальным материалом или процессом; постольку она и сама является особой формой интерпретации, предшествующей вербальной коммуникации. Интерпретации могут относиться к истории группы или заниматься исключительно событиями в ситуации «Здесь и Сейчас». Руководитель направляет свои интерпретации на господствующие в группе актуальные интерактивные процессы: регрессивные движения группы, фантазии, формирование подгрупп или отзеркаливающие феномены. А по временам он интерпретирует повторяющиеся конфликтные ситуации, а именно, актуальные переживания в жизни кого-либо из пациентов независимо от того, связаны ли они непосредственно с группой или получены за её пределами («граничащие феномены» - события, которые разыгрались в жизни за пределами группы), а также значение прошлых событий, смысл которых открывается кому-либо из членов группы в контексте сложившейся как раз сейчас групповой ситуации.

Другие терапевтические факторы.

Перенос. Не вызывает никаких сомнений, что группно-аналитическая группа является группой переноса. Правда, руководитель-психоаналитик такой группы не концентрируется исключительно на переносе между собой и членами группы или группой в целом, как это делается в Тэвистокской модели. Он такое же внимание уделяет скрещивающимся переносам между членами группы. В результате можно обсуждать столь различные феномены переноса, возникающие в групповом процессе, как расщепления, экстернализованные объекты и частичные объекты, искажающие восприятие, независимо от того, чему они соответствуют: руководителю, каким-либо членам группы или группе в целом.

Проективная идентификация. Процессы проективной идентификации в аналитической групповой психотерапии заслуживают особого внимания: они связаны с особым видом коммуникации, соответствуя средству для контроля неприемлемых эмоций, делая возможной их модификацию в направлении более приемлемых форм, включая в себя и возможность идентификации спроецировавшей их личности с проецированными частями. В этом смысле проективная идентификация оказывается важным путём психологических изменений и обогащения личности отдельных членов группы (Ogden, 1979). Если проекции в сущности не требуют для себя наличия других персон, то проективная идентификация требует присутствия реального внешнего объекта, и тут групповая ситуация как раз и представляет в распоряжении субъекта подобного рода объекты. Процессы проективной идентификации могут

одним из членов группы направляться на другого члена, на группового аналитика, на группу в целом.

Дополнительно к тем факторам, которые играют определённую роль в психоанализе и в психодинамической психотерапии (типа большего осознания процессов, существовавших прежде в бессознательном виде, как например катарсис, проработка, инсайт и анализ механизмов защиты), в групп-аналитической ситуации задействованы ещё и другие, специфические терапевтические факторы, вкратце перечисляемые дальше.

1. *Социализация*: индивидуум вырывается из изоляции и попадает в социальную ситуацию, в которой он может почувствовать себя принятым.

2. *Феномены отзеркаливания*: индивидуум переживает как аспекты самого себя, так и проблемы других членов. Это позволяет ему столкнуться с ранее отщеплёнными аспектами своего социального, психического и телесного образа, и происходит это посредством процессов идентификации и проекции, в которых задействованы другие члены группы.

3. *Феномен конденсатора*: группа усиливает и концентрирует определённые грани межличностных отношений, оказывая стимулирующее воздействие на глубинный бессознательный материал. Посредством этого феномена сновидения и симптомы могут неожиданно стать понятными, так как они провоцируют ассоциации группы, которыми члены группы обмениваются друг с другом, что функционирует наподобие «конденсатора».

4. *Взаимообмен*: в группе постоянно происходит обмен информацией, что приводит к пониманию участниками друг друга, вызывая внутри группы резонанс. Правда, члены группы по-разному реагируют на одно и то же событие. А в результате перед нами огромный источник информации, независимо от того, с чем именно это будет связано: с особыми переживаниями каких-либо членов группы или с особым уровнем развития группы в целом

5. *Поддержка*: группа служит «контейнером» (в смысле У.Биона, когда проективно в «контейнер» можно помещать всё, что кого-либо обременяет). Здесь важен оптимальный уровень тревоги. Как и в любой аналитической ситуации необходимо поддерживать баланс между интегративными и аналитическими силами. Члены группы поддерживают друг друга в мучительно протекающих фазах, помогая устранять и интегрировать свои конфликты.

6. *Коммуникация*: терапевтический процесс в основном состоит в превращении некоммуникабельных областей в коммуникабельные, пока расстройства какого-либо индивида не станут доступными для других участников, что переводит расстройства на уровень взаимодействия между

членами группы. Это позволяет членам группы осознать свою индивидуальность в группе. «Постоянно работать над наиболее чётко выявляющейся коммуникацией как раз и оказывается тем, что производит терапевтический процесс. При этом язык симптома соответствует аутистическому поведению, хотя он и способен оказываться особым способом коммуникации. И, тем не менее, не стоит забывать, что его истинное значение определяется его социальной природой и раскрывается в языке» (Foulkes, Anthony 1965). Поэтому одной из главных функций руководителя является поддержка вербальной коммуникации внутри группы.

7. *Поляризация*: мы говорим о ней, когда группа расщепляет один и тот же раздражитель на сложные полярные реакции, причём каждый полюс будет представлен различными членами группы. При этом реакции членов группы, проявляющиеся в интеракции участников друг с другом, показывают всю сложность реакций. Такого рода реакции (в соответствии со структурной теорией Фрейда) схематически можно рассматривать так, что один член группы представляет аспект Оно, другой – аспект Я, а третий – аспект Сверх-Я, а все вместе представляют всю реакцию.

Контрперенос. Меллер (Moeller, M.L., 1996) отмечает, что в аналитической группе существует целое сплетение переносов, контрпереносов, побочных контрпереносов, контрпереносных сопротивлений, и в специфической форме каждый из них присущ каждому члену группы и всей группе в целом. К примеру, групповой аналитик является для одного члена группы кем-то совершенно иным, чем для другого члена группы. Таким образом, может происходить присуждение ролей (ко-терапевт или козел отпущения, например) и, в ответ на это присуждение, отдельные пациенты могут быть идентифицированы в этой роли или могут сами себя в ней идентифицировать. Из-за этого в группе может возникнуть раскол, например, на подгруппы, и групповой аналитик должен в любом случае попытаться прочувствовать феномены между членами группы, феномены членов группы по отношению к нему и его собственные с его же стороны и отразить их. «В любом случае, его (контрпереноса) влияние, в особенности, исходящее из бессознательных источников, нельзя недооценивать», - пишет Фукс. И далее: «Самым эффективным фактором при изменении является тренинг "Я" в действии и не столько понимание или толкование в словах, сколько длительное корригирующее взаимодействие с другими».

К особым проблемам, с которыми сталкивается групповой аналитик, относится, например, отвергнутая идеализация. Это связано со стабильностью самооценки группового аналитика, и сформулировать эту мысль можно, прибегая к словам Хьюма (цит. Меллером): «Проводить терапию и без того уже достаточно трудно, не следует еще ко всему этому думать, что ты проводишь ее плохо». К этому также относится склонность к

самообвинениям, а именно приписыванию себе всех ошибок, чем часто занимается групповой аналитик. Кроме этого часто ослабляются эротические переносы и страхи расставания, которые мобилизуются, например, во время перерывов. Групповые аналитики склонны скрывать свою незащищенность, и часто действуют так, как будто члены группы не в состоянии заменить то, что аналитик как раз в этот момент пытается невербально выразить. Его собственная тоска по защищенности, теплу и постоянному пространству для отношений может в значительной степени усложнить для группового аналитика тот момент, когда нужно отпустить пациентов. Он, в свою очередь, может усложнить пациентам тот момент, когда они сами будут совершать шаг к расставанию, к новому началу, шаг к испытанию своих собственных способностей. Подобная тенденция характерна и для агрессивности. Таким образом, недостаточным является лишь раскрыть эти моменты, необходимо также проработать разочарования, которые они за собой скрывают.

Ведущий группы, как и участники, конфронтирует с различными переносами и контрпереносами. Если речь идет в большей степени о пограничных случаях или о пациентах с нарциссическими расстройствами, то, по мнению Меллера, мы встречаемся с контрпереносами дефекта, и группа в этом случае играет важную роль переходного пространства. Уже на начальной стадии необходима предварительная работа в групповом пространстве для того, чтобы обеспечить в дальнейшем развитие аналитически обоснованного диалога и триангуляции в группе. В таком случае речь будет идти о границах группы, пациент будет проверять подлинность и ведущего, и группы. Ведущий группы, по Биону, будет принимать в себя проекции и переносы, указывать группе на них, продумывать их и в подходящий момент вводить через интерпретацию в процесс интеракции в качестве "переходного объекта". Таким образом он может вырабатывать противодействие испытываемому им страху перед разрушением и интеграцией. Групповой аналитик может добиться этого через удерживание, отражение и перевод. Таким способом создается нечто "третье", что всегда находится в распоряжении, предоставляет доступ к ранним объектным отношениям и ссылается на другие.

Эти дефектные контрпереносы ранних нарушений Меллер противопоставляет конфликтным контрпереносам нарушений на более продвинутой стадии, при которых речь идет в большей мере о депрессивных, навязчивых или истерических компонентах личности.

Окончание группового анализа.

Особое внимание нужно уделять концу работы группы (или окончанию групповой аналитической терапии в группе). Здесь возможны различные варианты. Терапия длится от 1 до 3-х лет по 1-2 встречам в неделю

продолжительностью 90 минут. Если отдельный пациент оставляет группу, то группа заканчивается не как нечто цельное. С этим связаны переживания активности и пассивности, ситуации, когда оставляешь ты или же оставляют тебя. Групповая терапия отличается от лечения пациентов тем, что группа продолжает свое существование после выхода одного из ее членов. Последствия этого могут быть двоякие: облегчение или обида. Есть много вариантов того, как оставить группу. Все их можно разделить на расставание и отделение (Гефельд, 1991). Из этой ситуации ясно видно, что группа имеет ограниченный срок жизни, по крайней мере, что касается закрытой группы. Терапевтический процесс не связан с образом жизни, и этот факт может быть болезненным, он мобилизует мысли о разлуке из более раннего опыта как переживание утраты. И, наоборот, в медленно открывающейся группе существует фантазия, что группа никогда не умрет. В таком случае личное расставание не подразумевает конечность группы. Зависимости и идентификации проявляются при расставании с группой иначе, чем в индивидуальной терапии. Также существует возможность отрицания расставания из страха перед регрессивным течением, которое может противодействовать преодолению группой этой ситуации. Когда уходит член группы, остаются такие чувства как обида, нестабильность, печаль. Однако лишь при том условии, что между этим членом и группой существовала связь.

Для различия расставания и отделения необходимо отметить, что, говоря о расставании, мы имеем в виду неоформленный, неподготовленный процесс, сходный с внезапным разрывом. Некоторые члены группы могут провоцировать обиду, и тогда непонятно, уходят ли они из группы из-за того, что их не любят, или их не любят из-за того, что они втайне уже все это время находились вне группы.

Говоря об отделении от группы, мы имеем в виду более зрелую форму, связанную с более осознанной проработкой чувства печали и подготовленным выходом. Существуют и такие члены группы, которые выигрывают от пребывания в ней, но не могут уйти подготовлено, а только спонтанно. Иначе дело обстоит с теми, которые прощаются после споров и конфликтных ситуаций, так как они зачастую все же принимают на себя ответственность примириться с самим собой и соответствующими членами группы. Наряду с этой формой существует также возможность использования групповой терапии как защиты и преграды для настоящих изменений, вполне возможно из-за того, что иначе страх не удастся дозировать.

Завершение групповой терапии, как, впрочем, и завершение индивидуальной, зависит от целей каждого пациента, от целей терапевта и группы. В любом случае, всем участвующим должны быть представлены

время и место для того, чтобы оформить процесс завершения всеми имеющимися в распоряжении средствами в соответствии с правилами.

Заключение.

Групповой анализ или групп-аналитическая психотерапия представляет собой синтез элементов, вышедших из психоанализа, социальной психологии, гештальт-психологии и интегральной теории систем. Этот метод психотерапии опирается на точку зрения, в соответствии с которой человек является в принципе социальным существом. «Социальная природа людей является неизбежным фундаментальным фактом... В групповой терапии группа оказывается символическим представителем окружающего мира и его культуры, всё это постепенно выкристаллизовывается в лечебном кабинете терапевта, провоцирующего на активное участие в лечебной ситуации» (Foulkes, 1964). В таком типе face-to-face-группы общим богатством группы становятся наиболее тайные фантазии и мысли, наиболее глубокие прозрения в обстоятельства личной жизни, иррациональное и антисоциальное поведение, включая любые взаимоотношения, происходящие за стенами группы. А это уже не обходится без откровенности и взаимного доверия, и не только от руководителя, который по сути дела является профессионалом-экспертом, но и от членов группы. На практике таким доверием редко злоупотребляют, так как этого не позволяет групповая культура.

Если верно то, что группа является микрокосмосом общества, сохраняющего свой common sense, что одновременно означает, что ей, как и обществу, тоже присущ тайный смысл (под которым подразумеваются «латентные смысловые структуры», всегда изначально заданные в обществе), тогда становится понятным, что внутренняя психическая жизнь индивидуума наполнена смыслом общества. Если в каких-либо обстоятельствах такой common sense соответствует лишённому духовности, аморальному, безнравственному обществу, тогда групп-аналитическая психотерапия не может развиваться, такое можно сказать о тоталитарных государствах, в которых психотерапия вообще подавляется. Законы таких обществ и их принципы противоречат групповому анализу и любым психоаналитическим подходам. В групповом анализе каждый участник призывается к тому, чтобы путём идентификации и сопереживания активно участвовать во взаимоотношениях с другими членами, добиваясь разрешения своих собственных конфликтов. В обществе, в котором common sense запрещает осуществление таких целей, этот вид разрешения конфликтов недоступен для индивидуумов. Коммуникативные процессы в такого рода обществах настолько нарушены, что конфликты могут защищаться только посредством проекции и проективной идентификации, что одновременно противоречит нормам общества. Минимум демократических ценностей и минимум уважения к достоинству индивидуума независимо от цвета его кожи, пола, религиозного исповедания и социального статуса являются необходимыми

предпосылками для того, чтобы групповой анализ мог стать важным психотерапевтическим методом, чем он собственно и является (Behr H.L., Hearst L.E., van der Kleij Gr.A, 1985).

Литература.

1. Куттер П. Элементы групповой терапии: Введение в психоаналитическую практику. - СПб., 1998.
2. Малер-Бунгерс А. Групповой анализ в Украине // Психоаналитический журнал Харьковского областного психоаналитического общества. - 2001. - № 2. - С.129-145.
3. Маркузе Г. Эрос и цивилизация: Философское исследование учения Фрейда. - Киев: ИСА, 1995.
4. Натаров В.И. Группо-аналитическая социо- и психотерапия: Метод и основные принципы: Учебно-методическое пособие для ведущего группы. - СПб., 1993.
5. Романов И.Ю. Психоанализ и группы // Журнал практической психологии и психоанализа. - 2001. - № 3.
6. Рудестам К. Групповая психотерапия. - М.: Прогресс, 1990.
7. Фрейд З. Недовольство культурой // Фрейд З. Психоанализ. Религия. Культура. - М.: Ренессанс, 1992.
8. Фрейд З. Психология масс и анализ человеческого Я // Фрейд З. Психоаналитические этюды. - Минск, 1990.
9. Фрейд З. Размышления о войне и смерти // Бондаренко Л.И., Таглин С.А., Баженов А.В. Психоанализ и культурология: Учебно-методическое пособие. - Харьков, 1991.
10. (Behr H.L., Hearst L.E., van der Kleij Gr.A) Беер Х.Л., Херст Л.Е., Ван дер Клей Г.А.. Метод группового анализа Фукса / В сб.: Методы и теории групповой психотерапии: психоаналитические и глубинно-психологические перспективы. / Под ред. П. Куттера. – Frommann-holzboog, 1985. – С. 93-120.
11. Bion W.R. Experiences in Groups and Other Papers. London: Tavistock Publications, 1961.
12. Bion, W.R. Erfahrungen in Gruppen. – Klett, Stuttgart, 1974.
13. Fornari F. Psychoanalysis of War. Blumington, In: University of Indiana Press, 1966.
14. Foulkes S.H. Psychodynamic Processes in the Light of Psychoanalysis and Group Analysis / Psychoanalytic Dynamics (ed. Scheidlinger S.). NY, 1980.
15. Foulkes S.H. Group-Analytic Psychotherapy. London, 1975.
16. Foulkes S.H. Therapeutic Group Analysis. L., 1964
17. Foulkes S.H. Introduction to Group Analytic Psychotherapy. L., 1948
18. Foulkes S.H., Antony E.J. Group Psychotherapy. L., 1965
19. Hinshelwood R.D. Thinking About Institution: Milieus and Madness. London & Filadelfia, Jessica Kingsley Publishers, 2001.

20. Hohfelt, K. Tregunnung und Ablosung in der ambulanten Gruppenpsychotherapie, Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik. Vandenhoeck & Ruprecht, 1991. – P. 53-62.
21. Konig K. Linder W.-V. Psychoanalytische Gruppenpsychotherapie. Vandenhoeck & Ruprecht, Gottingen, 1991.
22. Kutter, P. Gibt es typische Verlaufe in der psychoanalytischen Gruppenpsychotherapie?, Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik. Vandenhoeck & Ruprecht, 1986. – P. 1-8.
23. Moeller, M.L. Gegenubertragung in der Gruppenanalyse, Arbeitshefte Gruppenanalyse. – Votum Verlag, Munster, 1996. – P. 40-73.
24. Ogden Th. H. Fruhe Formen des Erlebens. – Springer Psychotherapie, Wien, New York, 1979.
25. The practice of groupanalysis / Ed. by Jeff Roberts and Malkolm Pines. London, 1991.

Эриксоновская психотерапия и эриксоновский гипноз

РЕЗЮМЕ

Определение. *Эриксоновская психотерапия* – стратегия обеспечения доступа к внутренним ресурсам человека, необходимым для адаптивного разрешения имеющихся у него психологических проблем и/или устранения болезненных симптомов. Ее важнейшей составной частью является *эриксоновский гипноз* – недирективно-разрешительная, гибкая, косвенная модель наведения и использования гипнотического транса, основанная на сотрудничестве и многоуровневом межличностном взаимодействии терапевта и пациента.

Сущность метода. Метод носит стратегический характер, т. е. психотерапевт определяет основные проблемы клиента, намечает цели психотерапии и предлагает определённые подходы для их достижения. Он является краткосрочным и, прежде всего, ориентирован на восстановление душевного и физического самочувствия, нуждающихся в психотерапевтической помощи людей, до приемлемого для них уровня.

Эриксоновский подход отличают гуманизм и вера в возможности человека; акцент на уникальности каждой личности и индивидуализированный характер терапии, отвергающий механическое использование стандартных процедур; представления о бессознательном, как о целесообразной психической структуре; атмосфера доверия и сотрудничества; тщательное присоединение и обращение к пациенту через его систему ценностей; гибкость в работе и терапевтический прагматизм; утилизация всего, что происходит с пациентом и вокруг него; использование многоуровневых сообщений и методов косвенного воздействия, а также алогичных замечаний и замешательства; активизация конструктивных эмоций и творческого потенциала личности через драматизм, юмор и неожиданность; широкое применение специальных техник структурирования амнезии у пациентов; терапевтические предписания поведения, которые пациенты должны выполнять вне сессии; подчёркивание позитивного; ориентация на лучшее будущее с акцентом на поиске внутренних ресурсов для достижения поставленных

целей. Всё это позволяет психике пациента выйти за рамки привычных ограничений, обусловленных прошлым опытом, и получить доступ к новым ресурсам а, в конечном итоге, к новым, адаптивным моделям личностного функционирования. Терапия приводит к позитивным изменениям на когнитивном, аффективном и поведенческом уровнях, что влечёт за собой продуктивное разрешение имеющихся проблем и редукцию целого ряда психопатологических нарушений.

Использование гипнотических стратегий – важнейшая составляющая метода Эриксона, который считал, что «терапевтический транс – это период, когда привычные ограничения и убеждения временно изменяются, так что человек может оказаться восприимчивым к структурам, ассоциациям и способам функционирования психики, ведущим к разрешению проблем». Предложенные самим Эриксоном и его учениками оригинальные методы индукции и утилизации транса получили название эриксоновский гипноз. Они позволяют повысить восприимчивость к гипнозу и эффективность работы в трансе, а также ослабить сопротивление, которое, нередко, возникает у субъекта при использовании директивных, шаблонных методов гипнотизации и жестких прямых суггестий.

Официальное наведение транса является лишь одним из вариантов индукции гипнотического состояния. В рамках эриксоновского подхода можно провести как достаточно формальный сеанс - с четко маркированной индукцией транса, терапевтической фазой и завершением - так и более «натуралистический», в котором короткие моменты транса спонтанно возникают по ходу общения. Коммуникативные техники эриксоновского гипноза способствуют развитию трансовых состояний в ходе беседы, а также позволяют распознавать и использовать минимальный транс, который естественным образом может возникнуть при общении. Трансовые индукции в большинстве случаев отличаются отсутствием директивности и использованием косвенных способов воздействия. Вместе с тем, по словам Д. Зейга, объём косвенных суггестий должен быть прямо пропорционален ощущаемому сопротивлению. Таким образом, в подходящих случаях вполне допускается использование прямых внушений. Эриксоновский метод отнюдь не исчерпывается применением гипноза. Используются косвенные суггестии в бодрствующем состоянии, оформленные в виде, историй, притч, анекдотов и других метафорических посланий, обеспечивающих многоуровневую коммуникацию. Пациенты получают специальные домашние задания, которые способствуют решению их проблем. При этом применяются прямые либо непрямые предписания поведения, а при работе с сопротивлением - парадоксальные приёмы.

Теоретические основы. *В основе метода лежат две предпосылки: 1) бессознательная часть психики пациента, в принципе, готова работать в интересах пациента и искать пути к здоровью; 2) в бессознательном содержатся ресурсы, необходимые для решения практически любых человеческих проблем, и психотерапия позволяет получить к ним доступ. Поэтому основной задачей психотерапии является активизация и целенаправленное использование внутренних ресурсов необходимых для позитивных изменений в жизни человека и обретении им психологического*

комфорта. Одной из характерных особенностей эриксоновского подхода является стремление избегать сложных теоретических построений при рассмотрении конкретных проблем конкретного субъекта. Сам Эриксон высказался по этому поводу вполне определённо: «Каждый человек уникален. Поэтому психотерапия должна осуществляться так, чтобы соответствовать потребностям именно этого человека, а не пытаться приспособить индивида к прокрустову ложу той или иной гипотетической теории человеческого существования». По мнению Бетти Эриксон, нельзя говорить о существовании эриксоновской теории, так как невозможно создать теорию, охватывающую все типы людей. Есть некоторые конструкции, есть опыт и некоторые положения, но не существует единой теории. Есть только одно правило, из которого нет исключений. Оно гласит: «Из всех правил есть исключения».

Тем не менее, с известными оговорками, к теоретическим основам эриксоновской психотерапии могут быть отнесены:

- общие теории психологии и патопсихологии;
- теории клинической медицины, патофизиологии и нейрофизиологии.
- теория интерактивно-системного подхода в психологии и психиатрии исследовательской группы Г. Бейтсона;
- непротиворечивые базовые теоретические положения ряда психотерапевтических подходов (стратегического, системного семейного, когнитивно-бихевиорального, мультимодального – концепция технического эклектизма А. Лазаруса).

Применение. Метод может использоваться в индивидуальном психологическом консультировании, психокоррекции и психотерапии. **Показания к применению.** Клинические: невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, психогенные и смешанные сексуальные дисфункции, зависимости от психоактивных веществ, расстройства личности (напр., тревожное, ананкастное), психосоматические заболевания, шизофрения без активной психопродукции с преобладанием дефицитарной симптоматики. Консультативные: проблемы межличностных отношений, включая созависимости; переживание вины, утраты; низкая самооценка, мотивация к деятельности, повышение креативности, стресс-менеджмент и т. п.

Практические результаты. Эриксоновский подход относится к поддерживающим видам психотерапии, поэтому он не ориентирован на выяснение скрытых мотивов или глубокие изменения личностных характеристик и эмоционального реагирования. Метод прагматично сфокусирован на преодолении актуальных жизненных проблем клиентов, включая коррекцию их дисфункционального поведения и устранение болезненной симптоматики. Это предполагает, что терапия носит краткосрочный характер (чаще 10 - 12 сессий). При её адекватном применении по некоторым оценкам (Ж. Беккио, Г. Ластик, Э. Росси), терапевтический эффект регистрируется, более чем в 70 % случаев. Как и любой другой краткосрочный подход, он может быть использован вновь, если пациенты впоследствии обращаются к психотерапевту для работы над другими проблемами.

Эриксоновская психотерапия и эриксоновский гипноз

В.А. Доморацкий

Эриксоновскую психотерапию можно определить, как комплексную стратегию обеспечения доступа к внутренним ресурсам человека, необходимым для адаптивного разрешения имеющихся у него психологических и поведенческих проблем. Ее важнейшей составной частью является эриксоновский гипноз – недирективно-разрешительная, гибкая модель наведения и использования гипнотического транса, основанная на сотрудничестве и многоуровневом межличностном взаимодействии терапевта и пациента.

Метод обязан своим возникновением выдающемуся американскому психотерапевту и гипнологу с мировым именем – Милтону Эриксону (1901–1980 гг.). Несмотря на последствия полиомиелита, перенесенного в детстве, Эриксон успешно закончил медицинский колледж, специализировался в психиатрии, многие годы практиковал как психиатр и психотерапевт, широко используя в своей работе гипнотический транс. М. Эриксон – автор 140 научных публикаций, посвященных различным аспектам психотерапии и гипноза, под его руководством начал выходить «Журнал клинического гипноза». Именно благодаря работам Эриксона гипноз получил признание в США как клинический метод. В 54-летнем возрасте Эриксон перенес повторный приступ полиомиелита. Последние годы своей жизни он был прикован к инвалидному креслу, но практически до конца жизни продолжал консультировать и учить коллег. После себя он оставил много учеников, которые творчески развивают его идеи. Эриксон прожил почти 80 лет и за это время успел создать оригинальную школу психотерапии, которая названа его именем.

В России и других странах СНГ эриксоновская гипнотерапия как направление в психотерапии стала активно развиваться с начала 90-х годов прошлого века, после проведения в России зарубежными специалистами (Ж. Годен, Дж. Зейг, Б. Эриксон, Н. Воотон, Э. Росси, Ж. Беккио и др.) семинаров-тренингов, а также издания на русском языке целого ряда работ М. Эриксона и его последователей. Возрастающий интерес отечественных психотерапевтов к методикам работы самого Эриксона и других представителей данного направления, на наш взгляд, связан с тем, что экономичная и весьма прагматичная, ориентированная на решение конкретных проблем клиентов эриксоновская модель психотерапии оказалась востребованной на постсоветском пространстве.

В основе эриксоновского подхода лежат две предпосылки: 1) бессознательная часть психики пациента, в принципе, готова работать в интересах пациента и искать пути к здоровью; 2) в бессознательном содержатся ресурсы, необходимые для решения практически любых человеческих проблем, и психотерапия позволяет получить к ним доступ. Поэтому основной задачей психотерапии является активизация и целенаправленное использование внутренних ресурсов необходимых для позитивных изменений в жизни человека и обретения им психологического комфорта. Метод носит стратегический характер, т. е. психотерапевт

определяет основные проблемы пациента, намечает цели психотерапии и предлагает определенные подходы для их достижения. Он является краткосрочным и, прежде всего, ориентирован на восстановление душевного и физического самочувствия, нуждающихся в психотерапевтической помощи людей, до приемлемого для них уровня. Психотерапевтические интервенции выполняют роль рычага, необходимого для запуска процесса изменений. Работая с симптомом, эриксоновские психотерапевты ожидают эффекта «снежного кома», полагая, что изменения какого-то элемента в системе могут привести к изменениям всей системы. М. Эриксон говорил, что «психотерапия часто напоминает толчок первой костяшки домино». Научившись справляться с симптомами, пациенты часто избавляются от ригидных психических установок. Затем благотворные изменения могут затронуть.

Эриксоновская модель психотерапии предполагает широкое использование многоуровневой речи. Словесная формулировка может содержать в себе множество смыслов. Тогда на сознательном уровне обрабатывается лишь одно из возможных значений слова, а на бессознательном – все значения слова. Анекдот – типичный пример использования двух уровней языка. Одно значение занимает сознание, а другое значение обрабатывается на бессознательном уровне и осознаётся с некоторым запозданием («доходит»). Разница в значениях и заставляет смеяться. В психотерапии для передачи нескольких смыслов одновременно используют метафоры, юмор и контекстуальные внушения. В последнем случае речь идет об интонационном выделении некоторых слов в предложении, которые бессознательно улавливаются пациентом и воспринимаются как вставленные команды. Сам Эриксон рассматривал многоуровневую речь как способ активизации бессознательных процессов. Она позволяет предложить пациенту новое решение либо иной взгляд на проблему, которые не распознаются сознательно, как внушенные другим лицом. Предложенные таким образом идеи могут быть приняты или отвергнуты, но в случае принятия они осознаются как свои собственные, а не навязанные извне.

Утилизация – отличительный признак эриксоновского подхода и важнейший источник успешной терапии. Это готовность психотерапевта стратегически реагировать на абсолютно любые аспекты пациента и окружающей среды. Психотерапевт улавливает и использует (утилизирует) все, что происходит с пациентом и вокруг него во время терапии. Сам Эриксон (1977) описывал утилизацию следующим образом: «Психотерапевты, желающие помочь своим пациентам, никогда не должны ругать, осуждать или отвергать любую составляющую поведения пациента просто потому, что это является неконструктивным и неразумным. Поведение пациента является частью его проблемы... Все то, с чем пациенты приходят в кабинет психотерапевта, является в некотором смысле частью их проблемы. На пациента следует смотреть с сочувствием, ценя ту целостность, которая предстает перед терапевтом. Поступая так, терапевты не должны ограничивать

себя тем, что они ценят лишь хорошее или разумное с точки зрения возможного основания для терапевтических процедур. На самом деле гораздо чаще, чем это осознается, терапия может иметь прочное основание лишь при утилизации глупых, абсурдных, иррациональных и противоречивых проявлений. Профессиональное достоинство терапевта не затрагивается, а профессиональная компетентность – повышается».

Для эриксоновского подхода характерна депатологизация большинства проблем пациентов. Человеческие проблемы понимают, как следствие попыток людей адаптироваться к изменяющимся потребностям их семейной и социальной среды. Симптомы часто рассматриваются в качестве естественных механизмов структурирования той или иной системы (например, семьи). Психотерапевт играет весьма активную роль в лечении, на нем лежит ответственность за приведение в действие механизма психотерапии. Он намечает и реализует основные стратегические шаги психотерапии с целью перевода конкретных проблем в плоскость их конструктивного решения. Лечение направлено на то, чтобы пациенты смогли изменить свою жизнь за пределами психотерапевтического кабинета. От них ждут действий, их всячески побуждают к конкретным поступкам, связанным с желательными изменениями. Причем позитивные изменения часто происходят в результате научения при выполнении упражнений в ходе терапевтических сессий или предписаний поведения, реализуемых в повседневной жизни, а не под влиянием глубокого осознания пациентом имеющихся проблем и их истоков. Эриксон не считал, что осознанное понимание собственных проблем является обязательным условием для их коррекции. Само по себе знание источников эмоциональных проблем редко приводит клиента к выздоровлению. Оно представляет важный источник информации для психотерапевта и, нередко, вызывает временное облегчение благодаря катарсису, но без обращения к другим терапевтическим средствам, нередко, способно лишь удовлетворить любопытство клиента. Вместе с тем, иногда ошибочно считают, что инсайт вообще несовместим с эриксоновским подходом, который стимулирует бессознательное пациента, для того чтобы обойти понимание на уровне сознания. На самом же деле инсайт вполне допустим в рамках эриксоновской методологии, но это всего лишь один из многих способов достижения душевного здоровья. Если инсайт мог способствовать ускорению позитивных изменений, Эриксон использовал его.

Типичен косвенный подход, который заключается в том, что помощь в открытии ресурсов, новых возможностей и ответов, осуществляется незаметно. Пациенты далеко не всегда замечают и осознают, что эта помощь исходит от психотерапевта. Терапевтическое воздействие осуществляется как в обычном, так и в трансовом состоянии. Гипнотерапия – один из лучших способов создания условий, благоприятствующих необходимым изменениям. Эриксоновская модель гипнотизации отличается от классической, которая, как правило, использует технику программирования пассивного пациента. В эриксоновском гипнозе между пациентом и психотерапевтом устанавливаются отношения, основанные на взаимодействии и сотрудничестве. При этом психотерапевт

постоянно отслеживает сигналы, исходящие от пациента, и дает ему понять, что воспринимает их, чем побуждает к сотрудничеству и углублению гипнотического функционирования. В трансе происходит взаимодействие двух бессознательных, их диалог и обмен информацией. По словам Жака Паласи, «пациент использует психику терапевта, чтобы совершить работу, которую он не смог бы проделать в одиночестве». Применяются гибкие, адаптивные стратегии достижения состояния измененного сознания: психотерапевт вначале следует за текущим поведением пациента (присоединяется к его позе, дыханию, особенностям речи), а затем незаметно все больше начинает им руководить, постепенно вводя в гипнотический транс. Все это повышает восприимчивость пациентов к гипнозу и эффективность работы в трансе, позволяет избежать или мягко обойти сопротивление, которое нередко возникает у субъекта при использовании шаблонно-директивных методов гипнотизации, а также жестких прямых суггестий, ориентированных на снятие симптомов или изменение нежелательного поведения.

Эриксоновский подход существенно обогатил технический арсенал психотерапевтов, использующих гипнотический транс, за счет техник подстройки к пациенту; оригинальных трансовых индукций, основанных на замешательстве, пресыщении (перегрузке) и удивлении пациентов; навыков использования минимального транса, техник структурирования амнезии; приемов диссоциации сознательных и бессознательных процессов; суггестий, с акцентом на косвенных и открытых (развивающихся) внушениях; различных способов активизации внутренних ресурсов через воссоздание в трансе позитивного опыта; работы с метафорой и символами; использования в трансе обратной связи через идеомоторные феномены, применения гипноанализа, сюжетных трансов с заданной фабулой и многого другого.

Официальное наведение транса является лишь одним из вариантов индукции гипнотического состояния. В рамках эриксоновского подхода можно провести как достаточно формальный сеанс – с четко маркированной индукцией транса, терапевтической фазой и завершением – так и более «натуралистический», в котором короткие моменты транса спонтанно возникают по ходу общения. Коммуникативные техники эриксоновского гипноза способствуют развитию трансовых состояний в ходе беседы, а также позволяют распознавать и использовать минимальный транс, который естественным образом может возникнуть при общении. Наряду с работой в трансе широко используется скрытое суггестивное воздействие в бодрствующем состоянии. Кроме того, пациенты получают домашние задания, которые также способствуют решению их проблем. При этом применяются прямые либо непрямые предписания поведения, а при сопротивлении пациента – парадоксальные приемы. Вероятно, все это послужило основанием для американского гипнотерапевта А. Вейзенхоффера, заявить, что эриксоновский подход основан преимущественно на суггестии в бодрствующем состоянии, с чем нельзя полностью согласиться. Эриксон и его последователи рассматривают транс, как континуум состояний измененного сознания, где на одном полюсе располагаются спонтанно возникающие

микротрансы, а на другом – сомнамбулический транс. Считается, что в ходе одного сеанса глубина транса может существенно меняться. Терапевтические интервенции с применением различного рода косвенных суггестий, действительно могут осуществляться в ходе беседы с клиентом в бодрствующем состоянии, посредством поучительных историй, притч, анекдотов, рассказов о пациентах, содержащих вставленные внушения и многоуровневые послания. Но все же чаще используется минимальный транс или более глубокий, когда у пациента добиваются гипнотического отклика в виде сигналинга, левитации руки и других каталептических феноменов, а значительный отрезок работы в трансе по выходе из него подвергается амнезии. Работа же самого Эриксона и его ближайших учеников изобилует примерами глубоких сомнамбулических трансов.

Отметим, что хотя трансовые индукции в эриксоновском гипнозе в большинстве случаев отличают отсутствие директивности и использование неявных (скрытых) способов воздействия, по мнению Дж. Зейга (1990), объем косвенных суггестий должен быть прямо пропорционален сопротивлению пациента. Поэтому в подходящих случаях допускается более директивное ведение, например, если оно целиком соответствует представлениям клиента о том, как должно осуществляться погружение в транс.

Эриксоновский подход отличает строго индивидуальный характер работы с каждым пациентом. Механическое осуществление стандартных процедур отвергается. Эриксон говорил, что для каждого пациента он разрабатывает свою психотерапию. Например, применение метафорических сообщений требует очень хорошего понимания потребностей того человека, которому они адресованы. Одна и та же метафора может быть воспринята двумя людьми совершенно по-разному. Кроме того, характер психотерапевтических интервенций слегка меняется в работе с каждым индивидом, чтобы максимально соответствовать его особенностям. Очевидно, что высокая эффективность данного направления психотерапии обусловлена его прагматизмом и ориентацией на достижение реальных целей, богатым психотерапевтическим инструментарием и чрезвычайно гибким, индивидуальным подходом к использованию тех или иных технических приемов у конкретного пациента.

Дж. Зейг (1990) выделяет следующие основные аспекты эффективного воздействия на пациента в эриксоновской психотерапии:

1. Обращение к пациенту через его систему ценностей.
2. Подчеркивание позитивного.
3. Использование косвенного воздействия.
4. Конструирование будущих внушений и реакций шаг за шагом.
5. Использование алогичных замечаний и замешательства.
6. Активизация конструктивных эмоций через драматизм, юмор и неожиданность.
7. Использование амнезии.
8. Домашние (терапевтические) задания.
9. Использование социальных систем.

10. Ориентация на достижение лучшего будущего.

Возможно, главный секрет успеха Эриксона, как практикующего специалиста был обусловлен тем, что изменения в представлениях или формах поведения, которых он добивался у своих клиентов в ходе психотерапии, соответствовали их собственной модели мира, что и мотивировало этих людей к сотрудничеству. Он принимал модель мира клиента, а не пытался навязать свою точку зрения. Благодаря этому в процессе терапии Эриксону редко приходилось иметь дело с проблемой сопротивления — просто потому, что сопротивления обычно не возникало. В ходе работы с клиентом он занимал активную и более директивную нежели в психоанализе или рожерианской терапии позицию. Эриксон сам решал, в каком новом опыте нуждается тот или иной пациент и что ему нужно сделать, чтобы приобрести этот новый опыт, а затем различными способами подталкивал его к совершению соответствующих поступков. Причем, по мнению Эриксона роль психотерапевта состоит в том, чтобы обеспечить клиенту адекватные условия для изменений в себе самом. Именно пациенту принадлежит и основная заслуга в происходящих позитивных сдвигах.

В своей работе Эриксон стремился обучать людей гибкости, обладанию чувством юмора по отношению к себе и окружающему миру, а также способности смотреть в будущее. Он считал, что больше гибкости и разнообразия проявляет человек в своем поведении, с тем большей вероятностью он сможет успешно адаптироваться к превратностям повседневной жизни. Осознавая пользу юмора в преодолении неудач и досадных неожиданностей, Эриксон эффективно использовал собственное заразительное чувство юмора, а также умел на примерах внушить своим клиентам более легкое отношение к превратностям человеческой судьбы. Он считал, что надо учить пациентов отделяться от своих горестей смехом и наслаждаться радостями жизни. В любой краткосрочной психотерапии юмор чрезвычайно полезен. Клу Маданес (1999) полагает, что «достичь терапевтического изменения возможно лишь при наличии у психотерапевта достаточного оптимизма и умения видеть в грустном смешное». Это мнение разделяют многие психотерапевты, полагающие, что в основе большинства эмоциональных страданий лежит слишком серьезное отношение к себе. В психотерапии юмор способен:

- 1) снизить эмоциональное напряжение и разрядить негативную энергию;
- 2) облегчить контакт между людьми, которые вместе посмеялись; хорошее чувство юмора делает психотерапевта в глазах клиента менее опасным и более легким в общении;
- 3) помочь взглянуть на проблему со стороны, часто по-новому (когда человек смеется он диссоциируется от проблемной ситуации);
- 4) облегчить восприятие существующих проблем и жизненных трудностей;
- 5) активизировать творческий потенциал для решения проблемы;
- 6) помочь исследовать «запретные» темы в более благоприятной обстановке;

7) спародировать, доведя до полного абсурда, то или иное поведение клиента, чтобы он мог лучше понять его мотивы и скрытый смысл.

В своей практической работе с клиентами Эриксон был четко ориентирован в будущее. Хотя трудно усомниться в том, что истоки многих проблем лежат в прошлом, знание о том «почему» человек делает то, что он делает, не обязательно помогает ему измениться. Клиенты, как правило, приходят к психотерапевту, неся за плечами длинную историю своих проблем. По мнению Эриксона, подолгу копаться в прошлом – малопродуктивное занятие, поэтому большая часть его терапевтической работы явно или неявно была направлена на переориентацию клиентов на взгляд вперед, а не назад. Он часто говорил своим пациентам: «Давайте забудем прошлое и взглянем вперед в будущее... и превыше всего во всем, что вы делаете, будем ставить юмор!»

Эриксон был мастером установления раппорта. Фактически, он первым стал широко использовать в своей речи предикаты (слова, обозначающих действия и отношения, то есть глаголы и их заменители), предпочитаемой клиентом модальности, благодаря чему представлял перед ним человеком, говорящим на абсолютно понятном языке, человеком, который заслуживает доверия. Еще одно средство установления раппорта, которым Эриксон мастерски владел — отзеркаливание поведения клиента, посредством уподобления последнему в позе, мышечном тоне, позе, выражении лица, грубой моторике, тоне голоса и его интонациях. Результатом отзеркаливания является то, клиент начинает отождествлять свое поведение с поведением терапевта, который неосознанно становится для него надежным источником обратной связи, касающейся его собственных действий. Простейшее отзеркаливание предполагает непосредственное копирование некоторых или всех форм поведения человека, находящегося рядом. Более сложный его вид – «перекрестное отзеркаливание», и именно на этом уровне, обычно работал Эриксон. При перекрестном отзеркаливании психотерапевт копирует поведение с помощью частей тела, отличных от тех, которые использует клиент. Например, нервное подергивание ноги клиента отзеркаливается подергиванием головы в том же темпе. Используя свои уникальные способности отслеживать паттерны дыхания, частоту пульса, изменения цвета кожи, мельчайшие перепады мышечного тонуса и другие характеристики, Эриксон практиковал перекрестное отзеркаливание для быстрой подстройки своего голоса и телодвижений к соответствующим характеристикам своих клиентов.

Эриксон говорил тем, кто жалуется на бессонницу: «Бессонница – это неумение тратить время... дарованные вам дополнительные часы. Лежа без сна в постели, подумайте обо всех приятных делах, которые вы хотите сделать, о тех, которые вы уже сделали, и вы обнаружите, что это дополнительные, а не бессонные часы. А когда вы займете себя мыслями о чем-то хорошем, ваше тело привыкнет к лежанию в постели, и вы уснете». Таким образом, Эриксон мог полностью переориентировать своего клиента в отношении «проблемной ситуации». За этим стоит нечто большее, чем простая игра слов. Это – сдвиг точки зрения страдающего бессонницей клиента, который позволяет с одной стороны подвести его к более полезному использованию проводимого в постели

времени, а с другой – снять жесткую установку на непременно достижение сна любой ценой, которая часто мешает человеку по-настоящему расслабиться и уснуть. Это искусство переформирования, трансформации точек зрения составляет еще один стержневой момент терапии Эриксона. Не менее важным терапевтическим приемом, которым блестяще владел Эриксон, является изменение поведенческих паттернов клиентов. Его отличало умение выделять и использовать лежащие в основе проблемы клиента паттерны поведения с целью желательных изменений. Однажды к нему на прием пришёл отставной полицейский с избыточным весом, эмфиземой и гипертонией, который в связи с нарастающими проблемами со здоровьем хотел бы бросить курить, реже употреблять алкоголь и меньше есть, но самостоятельно этого сделать не мог. В процессе беседы Эриксон выяснил, что по три блока сигарет и выпивку отставной полицейский покупает неподалеку от своего дома, там же поблизости он покупает себе продукты либо обедает в ресторанчике. А затем вместо того, чтобы разбираться с содержанием жалоб клиента и возможными причинами переедания, злоупотребления алкоголем и частого курения Эриксон изменяет общий паттерн поведения, порождающий все эти проблемы. Он предложил пациенту покупать сигареты по одной пачке зараз на другом конце города и добираться туда пешком. Ему также надлежало ходить за продуктами по три раза в день, покупать их на один прием пищи и ничего не брать про запас, а обедать вне дома в ресторанах в нескольких километрах от дома. Отставному полицейскому было разрешено употреблять алкоголь в нескольких барах, которые были расположены в 2-3 километрах от его дома и на приличном расстоянии друг от друга, причем только по одной рюмке в каждом из них. Таким образом, предписал своему пациенту удовлетворять свои потребности в пище, алкоголе и сигаретах максимально энергоемким способом, приобретая их в минимальных количествах. Тем самым он практически гарантировал, что потребление бывшим полицейским продуктов, которыми он склонен злоупотреблять, автоматически будет снижено и что одновременно он даст своему организму нагрузку, необходимую для улучшения физической формы. Ахиллесовой пятой подобных вмешательств является необходимость убедить людей строго следовать указаниям психотерапевта, что предполагает учет множества факторов, влияющих на мотивацию клиента. В приведенном примере Эриксон дал весьма жесткие инструкции бывшему полицейскому, приученному к строгой дисциплине и крайне озабоченному своим здоровьем, что, в конечном итоге, побудило пациента к их выполнению. Чтобы клиенты следовали предписаниям поведения (иногда весьма своеобразным или требующим усилий), психотерапевт должен быть для них авторитетной, пользующейся доверием фигурой. Кроме того, при инструктировании клиентов психотерапевт обязательно использует особый гипнотический и внушающий язык (П. Вацлавик, 1980). Известно, что однажды дочь спросила Эриксона: «Папа, почему люди совершают те безумные вещи, которые ты им предлагаешь делать?» Он ответил: «Потому что они знают, что я говорю серьезно».

Эриксон не пытался сразу вносить в поведение своих клиентов радикальные изменения. Он предпочитал инициировать незначительные

поведенческие изменения. Это вполне оправдано, потому что клиенты значительно легче соглашаются на мелкие изменения, чем на крупные. Осознанно или неосознанно, но клиенты часто стремятся помешать собственному выздоровлению. Предлагая вмешательства, на первый взгляд никак не связанные с проблемой, второстепенные и совершенно безобидные по характеру, Эриксон избегал сопротивления клиента. Отметим, что выбор наиболее адекватной и эффективной формы поведенческого вмешательства в эриксоновской психотерапии определяется опытом и интуицией психотерапевта. Необходимо произвести минимальное вмешательство, способное вызвать у клиента максимальные изменения в желательном направлении. Например, Эриксона попросили проконсультировать на дому женщину, у которой на протяжении девяти месяцев наблюдалась депрессия. Она почти ни с кем не общалась и вела одинокую праздную жизнь. Проходя по ее большому дому, Эриксон заметил три африканские фиалки и горшочек для саженцев с пересаженным туда ростком. Он сказал женщине: «Я хочу, чтобы вы покупали себе все африканские фиалки, которые вы увидите. Я хочу, чтобы вы купили себе пару сотен горшков для саженцев, и вырастили новые фиалки. Как только ростки приживутся, вы будете посылать их в подарок на каждый день рождения, на каждые именины, на каждую помолвку, на каждую свадьбу; всем, кто болен, на каждые поминки, на каждый церковный благотворительный базар». И она купила двести африканских фиалок, а когда приходится ухаживать за двумя сотнями фиалок, есть чем занять день. Эта женщина избавилась от депрессии и стала «королевой африканских фиалок» штата Милуоки, у нее появилось бесчисленное количество друзей. Эриксон отмечал, что просто развернул ее в нужном направлении и сказал: «Встряхнись». А она проделала всю остальную часть терапии сама. Этот случай хорошо иллюстрирует эриксоновский подход к поведенческим интервенциям. Эриксон не стал выяснять детали личной истории этой женщины в поисках обоснований ее депрессии и затворничества. Он даже не представил ей описание тех изменений, которые собирается внести в ее жизнь. Ему было важно уяснить паттерн поведения клиентки, благодаря которому она могла и дальше вести затворнический образ жизни. Эриксон понимал, что реализация его рекомендаций, скорее всего, повысит активность и расширит коммуникации. Ведь выращивание цветов, уход за ними и дарение фиалок по различным случаям жителям города, требует множество усилий. Эта целенаправленная деятельность, несомненно, вызовет ответное поведение со стороны окружающих. Подчеркнем также, что колоссальный эффект, который вмешательство Эриксона оказало на жизнь этой женщины был достигнут лишь путем внесения корректив в привычную для нее сферу деятельности — в разведение фиалок. Типично и то, что выбор задания опирался на уже существующие у человека паттерны поведения, что конечно же значительно повышает вероятность их реализации.

Однажды дочь Эриксона пришла из школы домой и сказала: «Папа, я собираюсь начать грызть ногти. Все девочки в школе обкусывают ногти, и я должна следовать моде». Он ответил: «Да, другие девочки тебя далеко

опередили. Тебе нужно сильно постараться, чтобы их догнать. Так почему бы тебе не заняться тем, чтобы дважды в день по пятнадцать минут садиться и грызть свои ногти, чтобы догнать других девочек?» Она возразила: «Пятнадцати минут не хватит, мне нужно как минимум полчаса». На что Эриксон ответил: «Я думаю, пятнадцати минут достаточно». Она вновь возразила: «Нет, я собираюсь заниматься этим по полчаса». Тогда он сказал: «Я дам тебе часы, и ты сама будешь следить за временем». Вскоре дочь объявила: «Я собираюсь ввести новую моду в школе... отращивать длинные красивые ногти». Эриксон делает неуместное поведение клиента крайне для него дискомфортным, связывая его с другой формой поведения, цена которой оказывается слишком высока. Он часто использовал этот прием при работе с людьми, страдающими от компульсивного поведения, будь то патологическое мытье рук, кусание ногтей и т. п. Согласно ориентации, которой придерживался Эриксон при работе с такого рода проблемами, эти формы поведения являются результатом устаревшего и ставшего обременительным научения, которое нуждается в пересмотре. С другой стороны, практикующие психотерапевты, часто рассматривают такие компульсивные формы поведения как симптомы стоящих за ними психологических проблем. Эриксон же рассматривал такие формы поведения как поведенческие паттерны, когда-то служившие некоей полезной цели, но в настоящее время сохраняющиеся скорее в силу привычки, чем в силу своей функциональности. Подход Эриксона избавляет от необходимости выяснять истоки поведения клиентов — достаточно просто изменить само неадекватное поведение. Причем Эриксон никогда не пытался прямым образом заставить клиента отказаться от компульсивного поведения. Он принимал поведение клиента, а затем тем или иным образом связывал его с другой, вполне уместной, но, весьма обременительной формой поведения, предписываемой клиенту, благодаря чему дисфункциональное поведение впоследствии разрушалось само по себе. Уместность предписываемого поведения связана с представлением о том, что это поведение имеет некий смысл для клиента с точки зрения его отношения к проблемной ситуации. Вместо того чтобы порицать дочь за обкусывание ногтей, Эриксон демонстрирует уважительное отношение к ее желанию, тем самым, устанавливая раппорт. Затем он вовлекает ее в поведение, которое кажется в данной ситуации вполне разумным, и все же он убежден, что вскоре обкусывание ногтей превратится в повинность, вызывающую нарастающее отвращение.

Следует особо подчеркнуть, что эриксоновский подход относится к поддерживающим видам психотерапии. Он не ориентирован на выяснение скрытых мотивов или глубокие личностные изменения. Метод прагматично сфокусирован на преодолении актуальных жизненных проблем клиентов, а также устранении болезненной симптоматики. Это предполагает, что терапия носит краткосрочный характер и данный подход может быть использован вновь, если пациенты впоследствии обращаются к психотерапевту для работы над другими проблемами.

В нашей профессиональной среде существует устойчивый миф о том, что только длительная психотерапия, опирающаяся на тщательно разработанные

теории личности и психопатологии, способна обеспечить стабильный терапевтический эффект, поскольку способствует лучшему пониманию клиентами себя, своих мотивов, ценностей, целей своего поведения и устремлений. Обязательным условием считается достижение инсайта. В то же время любая краткосрочная психотерапия, и в частности терапия Эриксона, нередко, трактуется как поверхностная, манипулятивная, не имеющая фундаментальной теоретической основы. М. Твен говорил: «В руках человека с молотком все вокруг кажется гвоздями». Специалисты, твердо усвоившие, что основная цель психотерапии – реорганизация личности, прежде всего, будут стремиться к тому, чтобы научить клиента доверять своим чувствам, брать на себя ответственность, мыслить более рационально и т. п. Если для психотерапевта симптомы или дисфункциональное поведение – отражение более глубокого, скрытого расстройства, то его будут интересовать не их исчезновение, а изменение личностных характеристик, эмоциональных переживаний, самооценки и познания, что является, по их мнению, несомненным свидетельством глубокой терапевтической проработки.

Альтернативная точка зрения принадлежит М. Эриксону, которого можно считать родоначальником «психотерапии новой волны», краткосрочной и сфокусированной на достижении конкретных позитивных изменений у клиента. Он писал: «Терапевт не должен настолько не уважать своих пациентов, чтобы быть не в состоянии принять естественную человеческую слабость и иррациональность». (M. Erickson, 1980). И еще определеннее: «Необходимо признать тот факт, что для некоторых пациентов полная и исчерпывающая психотерапия вообще неприемлема. Весь их общий паттерн выживания основан на существовавшем долгое время неумении адаптироваться к окружающей среде, причиной которого является их несовершенство. Следовательно, любые попытки коррекции этой дезадаптации будут нежелательными либо просто невозможными. Поэтому правильная психотерапевтическая цель состоит в том, чтобы помочь пациенту функционировать адекватно и конструктивно в такой степени, в какой это возможно с учетом всех его внутренних и внешних недостатков, составляющих неотъемлемую часть жизненной ситуации и реальных потребностей» (Erickson, 1954). Причем, как уже было сказано выше, Эриксон считал инсайт лишь одним из способов достижения душевного здоровья. Он писал: «Психотерапевт пытается проводить сеанс гипноза на бессознательном уровне, предоставляя затем пациенту возможность по необходимости переносить приобретаемые понимания и инсайты на уровень сознательного ума». (Erickson, 1977).

В адрес эриксоновского гипноза порой звучит критика в связи с недостаточным теоретическим обоснованием ряда его положений и методов. Впрочем, даже Директор фонда Милтона Эриксона и его ученик Дж. Зейг (1988), отмечая значительный вклад Эриксона в развитие психотерапии и клинического гипноза, признает: «Создается впечатление, что отличительная черта неоэриксонаизма – это скорее блестящий стиль, нежели прочность идей». Леон Черток (1990) подчеркивает тот контраст, который существовал между самим Эриксоном, экспериментатором первой величины, никогда особенно не

заботившимся о теоретических выкладках, и его учениками, стремящимися подвести теоретический фундамент под его идеи. Причем в пылу полемического задора последние всячески подчеркивали существование принципиальных различий между эриксоновской моделью гипноза и классической. В их достаточно схематичном описании традиционные гипнологи предстают, как авторитарные, контролирующие, догматичные, следующие жесткому сценарию, игнорирующие индивидуальные особенности пациентов личности. Однако, судя по авторским публикациям, Эриксон никогда не противопоставлял свои методы гипнотизации любым другим. Он также не предлагал никаких тщательно разработанных теоретических определений гипноза, избегая физиологических и психологических объяснений этого феномена. В описаниях гипнотического процесса и поведения загипнотизированных субъектов Эриксон показывал отличие гипнотического состояния от нормального, повседневного состояния сознания. Он считал, что в отличие от обычного состояния сознания, которому свойственно постоянное изменение фокусировки внимания, гипнотическое состояние связано с устойчивым сосредоточением внимания. Однако это отнюдь не забвение или отсутствие реагирования, как это бывает во время сна, а особое состояние, в котором активность сознания снижается, а внимание целиком сосредоточено на определенных стимулах. Работы Эриксона содержат множество оригинальных идей об особенностях трансовых состояний и их использовании для терапии. Психотерапевтический транс – это максимальное сосредоточение внимания для достижения целей пациента. Транс – это такой тип функционирования, который вовлекает одновременно уровни сознательного и бессознательного и является медиатором между ними. (Erickson, Rossi 1979). Гипноз не создает у человека новых способностей, однако он помогает лучшему использованию уже существующих, даже если они до того не осознавались (Erickson, 1970). На самом деле нет никакой гипнотерапии. Есть психотерапия, в которой вы используете гипноз, обретенное в гипнотическом состоянии понимание и другие подобные вещи. Однако сам по себе гипноз психотерапией не является. (Erickson, запись лекции, 18.07.1965). Вы используете состояние транса таким образом, чтобы обойти системы защиты, возникающие при неврозе на неосознаваемом уровне. Невротик защищает свой невроз (Erickson, 1980).

Наверное, правильнее было бы говорить об эриксоновском подходе к гипнозу, который характеризуют недирективность и разрешительный стиль, сотрудничество психотерапевта и пациента, акцент на косвенных методах воздействия. Ведь независимо от того достигнуто ли гипнотическое состояние с использованием заклинаний и шаманского бубна, месмеровских пассов, быстрых техник Элмана, эриксоновских методов наведения, природа гипнотического транса едина. Причем она по-прежнему нуждается в изучении. А значит, при желании всегда можно поспорить о том, существует ли эриксоновский гипноз вообще и каков вклад самого Эриксона в гипнотерапию и современное состояние учения о гипнозе.

Будучи авторитетным ученым-исследователем, Эриксон более известен как один из наиболее выдающихся практикующих психотерапевтов. В своей

лечебной работе он стремился избегать сложных теоретических построений при рассмотрении конкретных проблем конкретного субъекта, подчеркивая: «Каждый человек уникален. Поэтому психотерапия должна осуществляться так, чтобы соответствовать потребностям именно этого человека, а не пытаться приспособить индивида к прокрустову ложу той или иной гипотетической теории человеческого существования» (Erickson, 1980).

Б. Эриксон (2000), считает, что нельзя говорить о существовании эриксоновской теории, так как невозможно создать теорию, охватывающую все типы людей. Есть некоторые конструкции, есть опыт и некоторые положения, но не существует единой теории. Есть только одно правило, из которого нет исключений. Оно гласит: «Из всех правил есть исключения». Последнее утверждение переключается с точкой зрения Карла Роджерса, который писал: «Есть только одно утверждение, применимое ко всем без исключения теориям и оно гласит, что на момент создания в каждой теории много неясного и ошибочного... Я огорчен той готовностью, с которой ограниченные умы принимают практически любую теорию, считая ее отражением истины. Если же видеть в теории то, чем она в действительности является, а именно робкую попытку установить взаимосвязь между имеющимися фактами, тогда теория будет выполнять свои функции, в частности стимулировать творческое мышление».

Итак, действительно трудно говорить о наличии стройной, хорошо разработанной эриксоновской теории и методологии. Тем не менее, к теоретическим основам метода с некоторыми оговорками могут быть причислены теория интерактивно-системного подхода в психологии и психиатрии исследовательской группы Г. Бейтсона и целый ряд непротиворечивых базовых теоретических положений следующих психотерапевтических подходов (стратегического, системного семейного, когнитивно-бихевиорального), равно как и концепция технического эклектизма А. Лазаруса.

Вместе с тем, можно выделить целый ряд основополагающих положений и принципов, которые делают эриксоновский подход вполне узнаваемым и эффективным в работе. Это – гуманизм и вера в возможности человека; акцент на уникальности каждой личности и индивидуализированный характер терапии, отвергающий механическое использование стандартных процедур; представления о бессознательном, как о целесообразной психической структуре и источнике внутренних ресурсов; атмосфера доверия и сотрудничества; тщательное присоединение и обращение к пациенту через его систему ценностей; гибкость в работе и терапевтический прагматизм; утилизация всего, что происходит с пациентом и вокруг него; использование многоуровневых сообщений, косвенных воздействий и замешательства; активизация конструктивных эмоций и творческого потенциала личности через драматизм и юмор; терапевтические предписания поведения, которые пациенты должны выполнять вне сессии; подчеркивание позитивного; ориентация на лучшее будущее. Все это позволяет психике пациента выйти за рамки привычных ограничений, обусловленных прошлым опытом, и получить

доступ к новым ресурсам а, в конечном итоге, к новым, адаптивным моделям личностного функционирования. Терапия приводит к позитивным изменениям на когнитивном, аффективном и поведенческом уровнях, что влечет за собой адаптивное разрешение имеющихся проблем и редукцию целого ряда психопатологических нарушений.

Развивая эриксоновскую модальность в ППЛ, при подготовке специалистов мы исходим из потребностей консультативной и клинической практики, где особо ценятся гибкость, техническая вооруженность и прагматизм в работе. Поэтому обучение эриксоновскому гипнозу в первую очередь предполагает практическое овладение различными приемами индукции и утилизации транса. К ним относятся: а) *формализованное наведение транса* с фиксацией внимания, договоренностью о сигналах обратной связи, использованием различных способов депотенциализации сознания, диссоциацией сознательных и бессознательных процессов, терапевтической фазой с последующей реориентацией и выведением из транса; б) *наведение без формальной индукции* (сопровождение в приятное воспоминание или сюжетные трансы с метафорической фабулой); в) *особые виды наведения* (наведение с использованием левитации руки, наведение транса через перегрузку, создание замешательства и т. п.).

Особое внимание уделяется стратегиям работы в терапевтической фазе, которые могут быть систематизированы следующим образом: 1) *активизация внутренних ресурсов* пациента через трансовые погружения в ресурсные воспоминания; 2) *гипноанализ* (работа с полярными частями личности; техника сходящихся-расходящихся рук для ответов «да» или «нет»; техника ответов на вопросы, адресованные бессознательному через идеомоторные движения пальцев рук; прояснение истоков существующей проблемы с использованием возрастной регрессии и сигналинга для ответа «да-нет» с последующей переработкой травматического опыта в трансе); 3) *стратегии изменения текущего состояния пациента* (анестезия в трансе, работа с эмоциональным или телесным дискомфортом с использованием в трансе техник визуализации, обучение расслаблению через брюшное дыхание, достижение в трансе состояния глубокого покоя и расслабления и т. д.); 4) *изменение сигналов бессознательного* (использование терапевтической либо эпистемологической метафор, психическое картографирование, работа с субличностями, рефрейминг, сюжетные трансы, работа с символами и др.).

Ниже мы подробнее рассмотрим стадии и некоторые способы индукции гипнотического транса, виды суггестий и отдельные терапевтические стратегии, используемые в эриксоновском гипнозе.

Стадии гипнотического транса (Э. Росси, М. Эриксон 1976)

1. Фиксация внимания. Сознательное внимание пациента фиксируют, предложив ему остановить свой взгляд на каком-нибудь предмете (лампа, блестящий предмет – их часто используют в классическом гипнозе); просят прислушаться к окружающим звукам (шумам, музыке, голосу); предлагают почувствовать свое тело, как немного по-разному чувствуют себя руки, ноги, что происходит на вдохе и на выдохе и т. п.

2. Депотенциализация сознания – изменение психического функционирования в сторону гипнотического, т. е. правополушарного. Используются следующие стратегии:

а) *замешательство*. Застает пациента врасплох, нарушает привычный ход мыслей, его логические рассуждения. Например, Эриксон говорил: «Садитесь справа от меня», указывая при этом на левый стул. Замешательство можно вызвать при помощи нелогичных или парадоксальных высказываний: «Вы можете слушать, что я говорю или не слушать вовсе – это не важно»; «неудача – это основа успеха». Появление левитации руки в трансе – также источник замешательства;

б) *насыщение (перегрузка)*. Пациенту дают столько сенсорной информации, что это превосходит возможности её восприятия и вызывает перегрузку сознания. Например: счёт наоборот (предлагают от 200 мысленно отнимать по 3); детальное и утомительное для пациента описание физиологического процесса, перегруженное непонятными для него терминами; длительный утомительный рассказ с многочисленными подробностями, в котором также можно легко разместить вставленные внушения;

в) *удивление*. Иногда удивляют тем, что говорят или тем, что делают (левитация). Удивление готовят специально: «И Вы будете приятно удивлены тем, как легко это у вас получится...». Само слово удивление важно, ибо вызывает в памяти испытанное в прошлом удивление. Можно удивить своей речью: «В ходе этого сеанса Вы можете многому научить меня... (пауза)...относительно скорости и эффективности вашей работы...»;

г) *психологический шок* – часть удивления. Эффективно депотенциализирует сознание, но является некомфортным, жестким методом. Эриксон однажды заявил бездетной супружеской паре университетских преподавателей (в точности повторив высказывание мужа по поводу их проблемы): «Вы три года регулярно вступаете в супружеские отношения со всеми сопутствующими физиологическими реакциями для целей воспроизведения рода, так почему же, черт побери, Вам не послать все к дьяволу и не заняться сексом просто для собственного удовольствия?». Фраза оказала шоковое воздействие на супругов, и повлекла за собой ломку прежнего, эмоционально выхолащенного стереотипа их супружеских отношений, что, вероятно, способствовало скорому наступлению у женщины долгожданной беременности. В клинике этот приём используют редко, чаще его применяют в эстрадном гипнозе.

3. Запуск бессознательного поиска – это важный момент, предшествующий собственно терапевтической работе в трансе. «Доверяйте вашему бессознательному в поисках наилучшего решения» – говорил Эриксон. Поэтому в трансе необходимо запустить, активизировать бессознательный процесс. Для этого используют особый, диссоциативный язык: «ваше сознание слушает мой голос, в то время как бессознательное занято более важной работой»; «сознание смотрит, а бессознательное видит». Ж. Беккио (1999) приводит фразу из старого китайского текста:

«Ваше ухо слышит песню соловья, в то время как ваше сердце слышит голос Бога».

4. Бессознательный процесс. Поскольку бессознательное – резервуар внутренних ресурсов человека, его активизация и мобилизация ресурсов влечет за собой реорганизацию, переструктурирование психики пациента.

5. Гипнотический ответ. В трансе возникают и усиливаются неспецифические феномены (идеомоторные реакции – сигналинг, левитация, амнезия и гипермнезия, позитивные и негативные галлюцинации и т. п.), свидетельствующие о достижении определенной глубины транса. Психотерапевт должен их ратифицировать (подтвердить, что он видит изменения, происходящие у пациента). Для этого достаточно простого поощряющего слова, это успокаивает пациента, убеждает его, что все идет так, как необходимо. Ратификация позволяет углублять и поддерживать транс, необходимый для эффективной терапевтической работы.

Виды внушений в гипнозе

Внушение – терапевтический фактор, в той или иной степени присутствующий во всех видах психотерапии (даже в тех направлениях, представители которых пытаются это отрицать). При проведении гипнотерапии, прямые или косвенные внушения являются основным инструментом психотерапевтических интервенций. Ниже представлена классификация внушений Ж. Беккио (1999) с некоторыми изменениями.

Прямые внушения. *Явное прямое внушение* – недвусмысленное директивное указание пациенту конкретных изменений (того, что должно произойти): «Я буду считать от 1 до 5 и на счете 5 Ваши глаза начнут слипаться, а, когда я скажу 10 – закроются».

Закамуфлированное прямое внушение – нечто предлагается закамуфлировано, без указания, что именно должно произойти. Например, пациенту с болью говорят: «Эти приятные ощущения, которые вы испытываете в трансе, заменят те другие ощущения, когда вы вернетесь в реальность сегодняшнего дня».

Постгипнотическое внушение – прямая директива на изменение состояния либо поведения пациента после выхода из гипнотического транса.

Косвенные внушения. *Последовательность принятия* – это перечисление ряда утверждений, которые пациент может перепроверить, убедившись в их истинности. Они связываются соединительными союзами между собой и заканчиваются тем утверждением, которое должен принять пациент: «И когда вы сидите на этом стуле, и смотрите на меня, и слышите мой голос и другие звуки, вы можете сесть еще удобнее».

Сложное составное внушение – использование сложноподчиненных предложений, которые связывают реальность (то, что можно проверить) с тем, что необходимо (собственно внушение). Конструируют с помощью оборотов речи, указывающих на время или последовательность действий: до того как; после того как; по мере того как; прежде чем; в то время как; когда. Это приводит к сцеплению и взаимному усилению двух предложений, даже

если между ними нет логической связи: «И по мере того как вы меня слушаете, Ваше дыхание может стать еще спокойнее...».

Контекстуальное внушение – выделение определенных слов с помощью изменения интонации и паузы после их произнесения: «И это удивительное спокойствие... воды».

Негативное парадоксальное внушение – сообщение о каком-либо действии с одновременным указанием не совершать его: «Вам нет необходимости расслабляться еще больше».

Трюизм – высказывание банальностей. Эффект основан на том, что одно только словесное обозначение того или иного явления уже способствует его осуществлению: «Когда мы устаем наши глаза потихоньку начинают слипаться и иногда сами собой закрываются». Или: «Когда удобно сидишь, можно расслабиться». *Двойная связка (выбор без выбора)* – предложение двух практически одинаковых вариантов решения, которые создают у пациента иллюзию выбора. Используются в воспитании ребенка: «Ты пойдешь спать прямо сейчас или после того, как уберешь свои игрушки».

Ратификация – подтверждение того, что происходит в трансе. Терапевт замечает изменения и фиксирует на них внимание пациента, давая понять, что процесс идет в нужном направлении: «Обратите внимание, что Ваше дыхание стало глубже и спокойнее...».

Внушение через вопрос – задавание вопросов, которые являются скрытыми указаниями на дальнейшие изменения: «Интересно, сколько времени Вам потребуется, чтобы войти в транс».

Импликация – упоминание о том, что должно быть внушено, как об уже свершившемся факте: «Старайтесь не входить в гипнотическое состояние пока не устроитесь удобно в этом кресле» (подразумевается, что когда пациент устроится, то войдет в транс).

Внушение от отсутствием упоминания – при описании ситуации детально перечисляют составляющие ее элементы, намеренно «забывая» упомянуть тот, который имеет непосредственное отношение к проблеме, тем самым выделяя его для бессознательного пациента. Эриксон, работая в трансе с пациенткой с сексуальными проблемами, привел детальное описание предметов спальни, намеренно пропустив кровать, что выделило ее для бессознательного.

Внушение, связанное со временем – внушение, при котором пациенту делают предложение без уточнения временных рамок его реализации. В такой форме внушение не может быть отвергнуто, а значит, скорее всего будет принято: «Через некоторое время Ваши глаза постепенно начнут слипаться, а потом и вовсе закроются».

Противопоставление противоположностей – содействие внушению, основанное на использовании своеобразного уравнивания поведенческих реакций, которые можно противопоставить: «В то время как Ваш кулак сжимается, все ваше тело расслабляется». «Когда Ваша правая рука поднимается, ваши веки опускаются».

Аллюзия (намек) – скрытое внушение, активизирующее определенные психические ассоциации пациента. Например, когда пациенту в трансе говорят о свежем воздухе, весьма вероятно, что он сделает глубокий вдох.

Метафора – перенос по сходству, мышление в терминах иного. Метафора содержит явное послание, удерживающее внимание на сознательном уровне, и второе (скрытое) значение, имеющее отношение к проблемам пациента и возможным путям их разрешения. Метафора действует на нескольких уровнях, и ее скрытое воздействие оказывает активизирующее влияние на бессознательные процессы.

Открытые внушения (предоставляющие множество выборов).

Мобилизующие внушения – мобилизующие бессознательное вне определенных рамок: «Ваше бессознательное разместит все... по своим местам... выберет все необходимое, самое важное». Работают пауза и акцент. Используются мобилизующие глаголы: начинать, создавать, запускать, возводить, мобилизовать. В зависимости от готовности пациент сам заполнит мобилизующие рамки такого внушения.

Ограниченное открытое внушение – предлагает некий выбор без конкретизации: «Вы можете учиться... разными способами»; «есть разные способы работы в трансе,... может быть, один из них покажется Вам особенно привлекательным».

Внушение, покрывающее все возможности класса – предоставляет все возможные выборы (с учетом реальных возможностей для их воплощения в жизнь): «И я не знаю, какой именно способ выберет ваше бессознательное, чтобы привести к снижению веса: может быть Вам просто перестанут нравиться сладости, мучные изделия и жирная пища, а может быть Вам покажется привлекательной кремлевская диета, возможно, Вы выберете более активный образ жизни с посещением бассейна и тренажерного зала, либо Вы остановитесь на приеме каких то препаратов для похудения. Одно я знаю точно – Ваше бессознательное найдет самый подходящий для Вас способ решения проблемы веса».

Формальная индукция транса

Рассмотрим общую структуру гипнотического сеанса (гипнотическую рамку – как ее называют представители французской школы эриксоновского гипноза).

Гипнотическая рамка

Обеспечение безопасности клиента и вводные указания

Невербальная техника безопасности. Психотерапевт предлагает клиенту: «Садитесь на этот стул. Вам удобно, если я так сяду рядом с Вами? Вы можете изменить положение стула относительно меня на более подходящее. Постарайтесь сесть самым удобным для Вас образом. И если потребуется, в ходе нашей дальнейшей работы Вы легко сможете устроиться еще удобнее».

Вербальная техника безопасности. Психотерапевт говорит клиенту: «В процессе нашей работы Вы будете контролировать все происходящее и в

любой момент, когда захотите, сможете выйти из этого состояния погружения внутрь себя и вернуться обратно любым удобным для Вас способом, например, просто открыв глаза».

Вам ничего не нужно делать специально, просто слушайте мои слова. У нас общая цель: совместная работа по запуску тех внутренних изменений, которые позволят Вам приблизиться к решению своей проблемы.

Подумайте о ней сейчас, находясь здесь, в полной безопасности.

Договоренность о сигналах обратной связи. Психотерапевт задает вопрос: «Движением какого пальца, какой руки Вам было бы удобно ответить мне: «да» (и соответственно «нет»)». Если в трансе психотерапевту понадобится о чем-то спросить пациента, он может задать вопрос, предполагающий возможность получения ответа «да» или «нет», через движения соответствующего пальца».

Индукция транса (с использованием различных способов депотенциализации левополушарных (сознательных) процессов. По ходу наведения осуществляется: 1) *подстройка* (следует говорить на выдохе пациента, использовать его слова и т. п.); 2) *инкорпорирование звуков*: «Вы можете слышать мой голос и эту музыку, другие звуки, но все это только фон для погружения в свои собственные внутренние ощущения и переживания»; «Вы можете слышать окружающие звуки и мой голос, которые Вы легко сможете превратить в звуки своих собственных воспоминаний, может быть, в шелест листьев и пение птиц»; 3) *ратификация* (поощрение того, что произошло или происходит у клиента): «Очень хорошо!» или «Да, да! Пусть все идет так, как идет»; 4) *диссоциация сознательных и бессознательных процессов*: «И пока Ваше сознание слушает, бессознательное слышит...»; «И пока Ваше тело занято поиском наиболее комфортной позы, другая часть Вас самих начинает искать то, что можно считать решением Вашей проблемы».

Терапевтическая фаза. Используются следующие стратегии: *укрепление Эго пациента*, т. е. создание ресурсов для решения проблемы; *приемы гипноанализа* (если проблема не ясна); *изменение сигналов бессознательного* (впоследствии приводит к изменению нежелательного стереотипа поведения либо устранению невротических и психосоматических симптомов).

Реориентация и выведение из транса. Обязательна фраза: «И когда Вы вернетесь обратно в реальность сегодняшнего дня, время снова будет течь как обычно, и Ваш мышечный тонус станет обычным...». Далее обычно следует постгипнотическое внушение типа «...но это состояние душевного и телесного комфорта, спокойствия и уверенности в себе может сохраниться и даже усилиться». Или более косвенное: «И сейчас, когда наша работа на этом отрезке времени подошла к концу, я хочу заметить, что многие люди уже после первого сеанса начинают чувствовать себя лучше и лучше...».

Основные стратегии работы

1. Укрепление Эго пациента ресурсами.

Чаще всего с этой целью используются, так называемые, ресурсные транссы. Одной из наиболее удачных моделей работы с ресурсами является «Сопровождение в приятном воспоминании», разработанное Ж. Беккио (1994). Ниже приведена стенограмма сеанса, в котором при наведении транса и обеспечении доступа пациента к ресурсному воспоминанию, последовательно использованы основные технические элементы, предлагаемые Беккио.

Транс «Сопровождение в приятном воспоминании»

Начнем сеанс. Вы можете делать что хотите. Вы можете оставить глаза открытыми, а можете закрыть глаза. Вы абсолютно свободны. И сейчас мы попробуем приблизиться к цели или достичь цели, которую Вы зафиксировали в своем уме. Вы готовы? Начнем. Итак, начинайте делать ничего не делать. Потому что ничего не делать – это уже делать что-то. Ничего не делать, это, например, слушать звуки, которые нас окружают. Вот так. Слушайте их, не пытайтесь интерпретировать. Просто получайте их, принимайте их как показатели того, что вокруг что-то происходит и люди заняты своим делом, а вы заняты своим. Смотрите, как Вы это делаете не глядя, просто позволяя свободно блуждать своему разуму и осознавать на несколько секунд положение своего тела, чувствовать, как руки покойно лежат на бедрах, а ноги твердо стоят на полу, чувствовать контакт собственного тела со стулом. Просто чувствовать, не пытайтесь расслабляться, потому что-то, что мы делаем, отличается от расслабления. Но если во время сеанса расслабление приходит, мы принимаем его с радостью. Хотя это и не та цель, к которой мы стремимся. Цель, которую мы ищем, мы попытаемся достичь или просто приблизиться к ней через то, что можно было бы назвать приятным воспоминанием. И через несколько секунд Вы отправитесь на поиски этого приятного воспоминания. Приятное воспоминание – это возможно самый прекрасный день в Вашей жизни. А может быть, это обычный день, час или два, утро или вечер, или поздняя ночь, вообще – один из тех моментов, когда чувствуешь себя хорошо, когда все идет хорошо, и не можешь этого объяснить. Один из тех моментов, когда все просто замечательно... В жизни каждого из нас есть такие моменты, и я, например, сейчас припоминаю, как впервые отдыхал на Черном море вместе с родителями. И я с удовольствием вспоминаю этот восторг маленького мальчика, который, наконец, наяву увидел, как выглядит море. И те чувства и эмоции, которые я испытал, когда впервые окинул взглядом бескрайние морские просторы, когда услышал звуки чаек и шум прибоя, когда почувствовал дуновение ветерка, наполненного запахами моря и какой-то особой свежестью, ощутил нагретый солнцем песок под босыми ногами. И вот через 20 лет случай еще раз привел меня на тот же берег моря. Это место не очень сильно изменилось. И я нашел странным оказаться почти в том же самом месте, которое практически не изменилось: то же море, солнце, голубое небо, теплый песок, крики чаек и шум прибоя, веселые голоса загорающих на пляже людей- все как прежде, а я изменился, повзрослев на 20 лет. В нашей жизни есть такие моменты,

когда обретаешь ощущения, которые позволяют приходить воспоминаниям об эмоциях, эмоциях, связанных с моментами приятными, которые мы можем использовать. И через некоторое время мы попросим Вашу память или Ваше бессознательное, и я не знаю, кто из них ответит, отправиться на поиски и предоставить нам то, что является для вас приятным воспоминанием. И чтобы сообщить мне об этом Вам нет необходимости говорить вслух, просто, Вы можете мне дать знать, что Вы обрели приятное воспоминание, скажем, движением указательного пальца правой руки.

Я думаю, что Вы сейчас обрели это воспоминание (палец сигнализировал об этом). Представьте себе тот момент дня, когда разворачивается это воспоминание. Очень хорошо. Представьте себе ту обстановку, в которой все это происходит. Как если бы Вы были художником, и, может быть, Вы немножко являетесь им. Возможно, Вы даже хотите нарисовать картину того места. И Вы внимательно изучаете его, окидывая взором все, что Вас окружает, глядя на разные объемы пространства, расположение различных элементов, составляющих его. Также Вы изучаете цвета этого места, их нюансы, оттенки. И среди этих оттенков, многообразия этих цветов, Вы можете поразвлекаться, выбирая тот цвет, который Вам подходит, который гармонирует с Вами неизвестно почему. И когда Вы выберете этот цвет, Ваш палец даст об этом знать.

Попытайтесь увидеть, обладает ли Ваша память способностью позволить Вам обрести то, что можно назвать музыкой воспоминания. Это – некоторые из тех звуков, которые Вы слышали в тот день. И если Вы обретете некоторые из этих звуков, Вы знаете, как Вы можете дать знать мне об этом. Очень хорошо, оставайтесь в контакте с этой музыкой. Слушайте ее как следует. Слушайте как будто в первый раз. Она позволяет Вам обрести физические ощущения, которые Вы испытывали в тот день.

Вы обретаєте положение собственного тела в тот день. И когда Вы хорошо почувствуете положение Вашего тела, Ваш палец даст мне об этом знать. Располагайте временем, чтобы как следует обрести эти приятные ощущения. То время, которое Вам необходимо. Потому что в то время, как одна часть Вас самих ищет эти ощущения, другая часть осуществляет работу на другом уровне, приятную и полезную работу, которая обладает способностью мобилизовать все, что может быть в Вас мобилизовано, но это не важно. И пока Ваше тело комфортно расположено, в течение нескольких мгновений у Вас будет возможность иметь время для себя, время, которое принадлежит только Вам. И, наверное, в Вашей жизни было не слишком много времени, когда в течение нескольких мгновений, которые здесь будут несколькими секундами, а, может быть, благодаря Вашему бессознательному, станут несколькими минутами, которые Ваше воображение сможет превратить в несколько часов. Это будет Ваше собственное время, Ваше личное время, которое Ваше бессознательное сможет использовать с наибольшей пользой. А пока у Вас есть время, чтобы помечтать и позволить своему воображению предоставить совсем другое приятное воспоминание или какое-то время побыть в этом

удивительном ресурсном воспоминании, проникаясь теми чувствами, эмоциями и физическими ощущениями, которые и сделали его столь приятным и радостным для Вас. А потом вернуться обратно. И сделать это быстро или медленно, так как Вам было бы удобнее всего перенести эти комфортные ощущения в реальность сегодняшнего дня. Туда, где время будет течь как обычно, и Ваш мышечный тонус станет обычным. И Вы действительно сможете сохранить в себе все то, что может помочь в решении Вашей проблемы. И ощущая себя спокойнее и увереннее, Вы можете открыть глаза и целиком возвратиться в реальность, которой сейчас принадлежите.

В данном трансе последовательно используется целый ряд технических приемов: замешательство, утилизация окружающих звуков, негативное парадоксальное внушение, пространственно-временная дезориентация, использование сигналов обратной связи, диссоциация, последовательное наложение модальностей (визуальной, аудиальной и кинестетической), ассоциирование с ресурсными ощущениями. Все это позволяет максимально погрузить пациента в приятное воспоминание и наиболее полно использовать связанные с ним позитивные эмоции и переживания в качестве ресурса в настоящем.

2. Гипноанализ

В настоящее время применяют две версии гипноанализа. Одна из них рассматривает гипноз как способ преодоления сопротивления при использовании методики свободных ассоциаций в ходе психоаналитического лечения. Другая методика, разработанная Эриксоном и его последователями, очень гибкая и позволяет получить доступ к вытесненной или забытой информации. Так, дети часто диссоциируются от травматического опыта, который затем вытесняется в бессознательное. Для получения вытесненного материала используют целый ряд специальных приемов: возрастную регрессию, автоматическое письмо, визуализацию в трансе сцен, относящихся к психотравмирующей ситуации, индукцию сновидений, анализ травматического эпизода с помощью идеомоторных реакций (через сигналы пальцев рук, свидетельствующих об ответах «да» или «нет» на те вопросы, которые задают в трансе, обращаясь к бессознательному пациента) и др.

Одним из вариантов гипноанализа является *техника работы с полярностями*. Она позволяет работать со многими проблемами: перееданием, курением, зависимостью от алкоголя, внутренними противоречиями, низкой самооценкой (когда одна из полярностей – это уверенность в себе, а другая – неуверенность) и т. п. При использовании техники пациенту предлагают обозначить полярные части личности, назвать их. Например, при работе с курением выделяется часть личного опыта пациента, которая отвечает за его решение бросить курить, и вторая часть, которая по-прежнему хочет курить. Далее пациента просят представить, что эти части размещаются по разным рукам, причем надо дать возможность пациенту самому выбрать, какая рука будет представлять

ту или иную часть, а фактически диаметрально противоположное отношение к табаку. Пациент приподнимает перед собой согнутые в локтях и прижатые к туловищу руки, обращенные ладонями друг к другу, удерживая их на весу. Используется техника быстрой индукции транса, чтобы руки не устали раньше, чем войдут в каталепсию. В ходе трансового погружения психотерапевт неоднократно подчеркивает: «Сейчас Вы передаете рукам возможность говорить от имени тех частей, которые представлены на правой и на левой руке... И благодаря различиям в ощущениях или движениях рук Вы можете начать осознавать что-то важное, имеющее непосредственное отношение к проблеме курения, а может быть, лучше понять, как отказаться от сигарет. И можно даже обратиться к одной из них с каким-то важным вопросом, чтобы получить ответ через изменение характера ощущений в той руке, которая представляет эту часть, или движений, которые она совершает. А возможно, он будет получен в виде образов или внезапно возникшей мысли. Психотерапевт отслеживает малейшие движения рук и комментирует их через вопросы, активизирующие бессознательные процессы: «И что означает там, на уровне бессознательного, когда Ваша рука так осторожно движется, и то направление, которое она выбирает?.. О чем говорит ваша правая рука, которая медленно, как бы нехотя, опускается на бедро?..» Или: «Разрешите рукам говорить, используя свой особый язык, понятный бессознательному... Благодаря тому, что руки обретают сейчас возможность говорить от имени представленных на них частей, Вы сможете понять то, что поможет Вам искать и находить оптимальные пути решения проблемы курения. И любое новое ощущение, любое изменение в руках сейчас имеет отношение к этой проблеме. Используйте всё необходимое время, чтобы узнать для себя сейчас что-то важное и полезное... А когда эта важная работа подойдет к концу на этом отрезке времени, на этом уровне Ваших возможностей, руки просто сами опустятся вниз, и Вы сможете вернуться обратно в реальность сегодняшнего дня». По ходу сеанса психотерапевт избегает каких-либо собственных толкований происходящего с пациентом и через серию достаточно неопределенных вопросов побуждает его к интенсивной внутренней работе, направленной на поиск новых знаний и новых возможностей. Психотерапевт не вправе интерпретировать движения рук или ощущения, о которых рассказывает пациент. Он просто наблюдает, слушает и задает вопросы, ориентирующие человека на поиск ответов. Работа с полярностями не предполагает законченности, скорее она направлена на дальнейшее переосмысление отношения пациента к проблеме с учетом полученной в трансе информации и выявление новых возможностей.

Также используется стратегия гипноанализа, связанная с прояснением истоков существующей проблемы и последующей работы с использованием возрастной регрессии. Для того чтобы подтвердить или опровергнуть терапевтическую гипотезу о связи психических и поведенческих проблем клиента с неким травматическим событием,

произошедшим в прошлом, вначале у пациента ставят сигналинг на ответы «да» и «нет». Потом его погружают в транс, предлагая обратиться к бессознательному с вопросом: «Существует ли связь между нынешними проблемами и той давней ситуацией?». Если получен ответ «да», осуществляют возрастную регрессию, которая позволяет пациенту перенестись в травматическое событие, ассоциироваться с ним, а затем переработать негативный опыт в позитивном контексте. С этой целью, например, «взрослое Я» клиента отправляют на встречу с самим собой в прошлое (это не что иное, как обеспечение доступа к замороженному во времени травматическому опыту). В ходе трансового путешествия задача «взрослого Я» состоит в том, чтобы на месте утешить, оказать поддержку и предоставить адекватную информацию о дальнейших событиях своему «молодому Я». Прием обусловлен тем, что травматическое событие часто хранится в нейронных сетях мозга в изолированном, законсервированном виде и новый жизненный опыт не связывается с этой негативной информацией, которая может долгие годы не подвергаться адаптивной переработке. Работа в гипнотическом трансe позволяет обеспечить прямой доступ к травматическому материалу, который, теряя свой аффективный заряд, подвергается переработке и нейтрализации.

3. Изменение текущего состояния

При работе с тревожно-фобическими расстройствами, зависимостями и психосоматикой важно научить пациента достигать состояния покоя, расслабления и телесного комфорта. Для этого хорошо подходит работа в гипнотическом трансe. Ниже приведена сокращенная стенограмма одного из таких сеансов.

Транс «Обретение комфорта»

Устраивайтесь поудобнее. Это, в какой то мере, работа по узнаванию себя. Поэтому приготовьтесь к тому, что в ходе этой маленькой работы Вы узнаете кое-что новое и любопытное о себе и сможете этим правильно распорядиться. Предлагаю очень простую схему вхождения в транс. И если Вам захочется, Вы можете что-то менять внутри ее, идя своим собственным путем. Попробуйте понять, где начинается комфорт, когда Вы хотите его испытать. Может быть, он начинается с лица, потому что в лице живут разные чувства. Иногда глаза живут своей жизнью, а губы своей. И возможно какая-то часть лица напряжена больше, а какая-то меньше. И сейчас Вы имеете возможность обнаружить это, ощущая разные части своего лица отдельно, и в то же время можете ощутить все лицо целиком. Это может быть отдельное узнавание, отдельное знание о себе, потому что по мере того, как охватываешь своим внутренним взором собственное лицо, можно лучше понять где, в какой части лица еще живет напряжение. И можно разрешить чувству покоя, комфорта, расслабления войти в тело тем способом, который Вам сейчас подходит, тем способом, который наиболее приятен для Вас. Может быть, это будет через дыхание или когда слегка меняется поза. И любые, даже самые маленькие движения можно делать вполне осознанно, отдавая себе отчет в том, как и где чувствуете себя внутри.

И продолжать расслабляться, одновременно доверив бессознательному поиск новых знаний о теле, потому что это и есть та часть нас самих, которая может делать кое что полезное, даже когда не замечаете этого...

И если стоя на берегу, а быть может на мосту внимательно понаблюдать за рекой, можно увидеть, что разные части единого водного потока движутся с различной скоростью. И где-то скорость течения воды выше, а где-то ниже. Где-то можно заметить маленькие водовороты и, наблюдая за водой, и, вспоминая, где и как течет вода, можно поразмыслить о тех различиях, которые существуют внутри течения реки. И этот единый поток, где каждая часть живет сама по себе и в то же время составляет общий большой поток воды, который движется туда, где он сможет соединиться с морем или океаном, раствориться, стать маленькой частичкой огромного водного пространства. И возможно внутри собственного тела можно заметить нечто подобное. И можно найти похожие внутренние ощущения, потому что расслабление наступает в какой-то части тела быстрее, а в какой-то медленнее. И можно продолжать двигаться в одном направлении так, как движется вода в реке, просто отмечая какие части расслабляются медленнее, а какие быстрее. Потому что когда погружаешься внутрь собственного тела можно легко-легко отпустить себя, там внутри себя. Отпустить так, как отпускаете бумажный кораблик, который движется по течению, становясь частью этого потока воды. И можно разрешить отдельным частям тела чувствовать себя по-разному. И можно узнавать какие-то новые секреты о себе. И образы могут приходить и уходить... И можно даже заглянуть внутрь себя, как в зеркало воды и где-то там, на глубине увидеть камушек. И вынимая его из воды на поверхность, можно увидеть насколько вода искажала его размеры и форму, когда смотрел на него через толщу воды. И удивляться, как меняется то, что поднимаешь из глубины. И можно наблюдать за всем этим и одновременно погружаться глубже и глубже. И можно разрешить телу испытывать те самые лучшие, самые комфортные ощущения. И можно разрешить своему бессознательному просто управлять этим покоем, этим комфортом. И побыть какое то время в этом состоянии, чтобы научиться этим удивительно приятным ощущениям. И как приятно, что это можно забывать сознательно, потому что это помнит бессознательное. И можно разрешить себе испытать самый глубокий покой из всех тех, которые Вы испытывали когда-то. Просто собрав воедино все знания о покое и комфорте, настолько уютном, что хочется целиком погрузиться в него, раствориться в нем, когда действительно отдаляется все вокруг. И можно разрешить себе некоторое время побыть там, чтобы полнее ощутить, пропитаться этим удивительным покоем и чувством комфорта. Потому что это время для себя. И, в конце концов, начать возвращение обратно наиболее подходящим для вас способом. Легко-легко возвращаться в реальность, взяв с собой наиболее приятные из этих ощущений.

4. Изменение бессознательных поведенческих программ

Существует внушительное число приемов, обеспечивающих трансформацию бессознательных структур, ответственных за

дисфункциональное поведение человека. Один из наиболее изящных и вместе с тем действенных способов работы – использование сообщений метафорического типа как в гипнотическом трансе, так и вне его.

Метафора – это своеобразный вид символического языка, который издавна используется в целях обучения. В широком смысле метафора – иносказание вообще, а в более узком смысле – обозначение предметов или явлений одного ряда с помощью свойств, характерных для предметов или явлений другого ряда. Метафоры позволяют упростить сложную проблему, сделать ее более доступной для понимания. Это особое и весьма эффективное средство общения, использующее аналогии. В эриксоновской терапии используются различные виды метафор: *диагностические, обучающие, облегчающие коммуникации и разрешающие*. К последним относят терапевтическую и эпистемологическую метафоры.

Терапевтическая метафора представляет собой новеллистический способ представления психологических затруднений пациента и способов их разрешения. Она является особым видом вербального косвенного внушения и действует на нескольких уровнях. Буквальное (явное) значение метафоры обращено к сознанию пациента, в то время как второе, скрытое значение, адресовано к его подсознанию, оказывая активирующее и реорганизирующее влияние на бессознательные процессы (Ж. Беккио, Ш. Жюслен, 1998). Установлено, что обработка сообщений метафорического типа происходит в правом (недоминантном) полушарии, которое в наибольшей степени связано с формированием невротических и психосоматических симптомов (Дж. Миллс, Р. Кроули, 1996). Поэтому метафора идет к терапевтической цели по прямой, приводя в действие правополушарные процессы, активизируя неосознаваемые ассоциативные способности и ответные реакции, в результате чего возникает конечный продукт, который даруется сознанию в виде нового знания или поведенческой реакции (М. Эриксон, Э. Росси, 1976). Метафора – подарок бессознательному, чтобы человек мог меняться. Если же метафора основана на неверных предположениях и заключенное в ней послание не подходит пациенту, она просто не будет им воспринята. Ш. Копп (1996), исследуя феномен метафоры, различает три вида познания: рациональное, эмпирическое и метафорическое. Последнее расширяет и углубляет возможности первых двух и даже вытесняет их. Понимать мир метафорически – значит интуитивно улавливать ситуации с множеством значений, имеющих множественный смысл. Метафора особенно эффективна там, где необходим поиск нового понимания и новых подходов к решению проблем.

По мнению П. Вацлавика (1985), мы как бы владеем двумя языками: один – рассудочный, логический, аналитический – это язык причинности, объяснений, интерпретаций. Он же – язык большинства направлений в психотерапии. Другой – язык образности, метафоры, символов, синтеза и общности, но никак не аналитического анализа. Этот второй язык более продуктивен для изменений в ходе психотерапии. Потому что мы мечтаем

на языке правого полушария. Каламбуры, парадоксы, стихи, афоризмы, метафоры в своем глубоком значении также воспринимаются правым полушарием. Ни одна из этих форм коммуникаций не относится к направленной, однозначной, логической передаче идей, чем занимается левое полушарие. Левое полушарие – своеобразный страж, удерживающий проблеморазрешающую систему индивида в строгих рамках. Но если проблема не решается при использовании рационального подхода (возникает логический тупик), требуется выход за пределы обычной логики. Многие проблемы, страхи иррациональны по своей природе, поэтому требуется иной, менее логичный, порой парадоксальный подход, который позволяет выйти за рамки привычных ограничений.

Л. Камерон-Бэндлер (1996), изложила в общем виде правила построения эффективной терапевтической метафоры: она должна быть изоморфной (подобной) проблеме пациента; метафора должна предлагать замещающий опыт; в ней должны содержаться примеры таких способов разрешения проблемы, которые пациент может обобщить и спроецировать на себя (найти подсказку, как можно справиться с собственными трудностями). Такие специально сконструированные терапевтические метафоры можно предлагать пациентам как без формальной трансовой индукции в ходе беседы с ними, так и использовать на гипнотических сеансах.

Следует подчеркнуть, что терапевтическое воздействие метафоры не поддается исчерпывающему анализу – в этом и таится их преобразующая сила.

В гипнотическом трансе терапевтическая метафора может быть особым образом встроена в текст. Этот прием встраивания получил название *тройной спирали*. Встроенная метафора состоит из трех ступеней. Она представляет собой историю-матрешку, когда один сюжет вкладывается в другой, а тот — в третий. Первым этапом тройной спирали может быть трансовое сопровождение в ресурсное воспоминание (например, пациента отправляют погулять в осенний лес, предоставляя ему возможность полюбоваться красотой увядающей природы, послушать шуршание опавших листьев под ногами, ощутить свежесть осеннего ветерка и запахи леса. Когда замечают признаки углубления транса, вводят метафору изменений (второй этап). Отметим, что к метафорам изменений относятся описания любых динамических явлений, подразумевающих движение, возможность превращений, трансформации, например, смена времен года, смена погоды, цикл развития бабочки, рост какого-либо растения и т. п.

Предположим, психотерапевт обращает внимание субъекта на большое дерево с подернутой золотом листвой. Он может сказать о том, что произойдет, когда придут холода и дерево полностью сбросит свой наряд из желтых листьев. Что будет зимой, когда деревья спят, а их стволы и ветви покрыты белым снегом. Белым снегом покрыта поляна, на которой стоит это дерево, тропинки в лесу, вся земля. Примерно на середине повествования (после описания дерева осенью и зимой) второй рассказ прерывают и вводят терапевтическую метафору, которую рассказывают

целиком (третий этап). Она является основной и, находится под двойным покровом защиты, который закрывает ее от сознания, что еще вернее отправляет встроенную метафору на рассмотрение бессознательной части психики пациента. Завершив ее, психотерапевт снова возвращается к зиме, которая продолжает царствовать до той поры, пока не приходит весна. Дается развернутое описание признаков весны, которая сменяется жарким летом. Описывают все изменения, которые происходят с деревом весенней порой, а затем летом (четвертый этап). Но лето тоже проходит, и осень все больше вступает в свои права... И пациент снова оказывается в том месте и времени года, с которого начиналась метафора изменений. Он опять гуляет некоторое время по осеннему лесу (пятый этап), после чего возвращается в реальность. Такая последовательность работы позволяет обеспечить структурирование амнезии той части сеанса, где использовалась терапевтическая метафора. Ибо важно, чтобы метафора была усвоена на бессознательном уровне, которому она адресовалась, и подверглась амнезии на уровне сознания. При переходе от одного этапа к другому часто происходит автоматическое углубление транса, поскольку внимание разделяется, создавая перегрузку сознательной части психики пациента. Идея тройной спирали предполагает структурирование амнезии, которая может быть дополнительно усилена специальной установкой на амнезию с целью облегчения передачи метафорического материала для обработки бессознательному.

Несмотря на отсутствие в настоящее время научно обоснованной концепции терапевтического воздействия метафорических сообщений, целесообразность применения метафор в психотерапии неоднократно подтверждалась эмпирически (М. Эриксон, 1976; Дж. Зейг, 1985; Дж. Хейли, 1990; Д. Гордон, 1995 и др.). Метафоры, равно как и другие косвенные суггестии, позволяют успешно решать проблему сопротивления пациента психотерапевтическому воздействию. Метафорический рассказ о ком-то или о чем-то другом в принципе не способен вызвать сопротивление. В то же время, если события метафоры чем-то напоминают личные проблемы человека, он подсознательно начинает «примерять» на себя рассказ, содержащий то или иное их решение. Если это решение подходит пациенту, он примет его как свое собственное, а не навязанное извне.

Примером метафорического транса с заданной фабулой может послужить приведенная ниже стенограмма сеанса.

Транс «Мост»

Подумайте, пожалуйста, о той проблеме, с которой Вы готовы поработать сейчас. Еще раз сформулируйте ее четко для себя. Хочу попросить Вас начать с очень обычной вещи, с достижения комфорта Вашей позы и может быть поиска того положения в кресле, когда Вам будет по-настоящему удобно. И Вы можете обратить внимание на свое тело, попытаться почувствовать себя целиком. Почувствовать, как Вы дышите по мере поиска удобства Вашей позы. И можете еще раз подумать о проблеме, с

которой Вам хотелось бы расстаться. И пусть она всплывет сама, просто оттого, что Вы можете позволить себе сейчас расслабиться и погрузиться внутрь себя. И делать это быстро или медленно, просто ощущая себя здесь в этой комнате, в этом кресле. И то же время, обретая возможность уйти внутрь себя, своего воображения, сделав это быстро или медленно, так как это удобно для Вас. Это может быть очень легкий транс или более глубокий, который достигается таким же удобным и понятным способом, как и легкий, когда Вы просто идете внутрь себя, ощущая свое дыхание, которое всегда с Вами, которое существует без Ваших сознательных усилий. И можно отметить, что чувствует Ваше тело по мере этого неспешного погружения, когда Вы позволяете себе постепенно перемещаться на ту глубину, где Вы могли бы использовать это особое время с наибольшей пользой для себя. И, конечно, у Вас будет сохраняться возможность контролировать там, внутри себя все происходящее с Вами, и возможность в любой момент вернуться обратно. И все это позволяет, чувствуя себя в полной безопасности, разрешить себе поработать прямо сейчас с очень непростой для Вас проблемой...

И я хочу попросить Вас представить себе, что вы стоите где-то там, где перед Вами начинается мост. И пусть Ваше воображение нарисует сейчас, как выглядит этот мост. Потому что он может быть вполне реальным, пришедшим из Ваших воспоминаний. Мост, по которому Вы ходили недавно или давно, а может быть это мост, увиденный Вами однажды на картинке или фотографии, а возможно это мост целиком созданный Вашим воображением. И мне бы хотелось, чтобы прежде чем вступить на этот мост, который поведет Вас в прошлое, в то место и в то время, когда Вашей проблемы еще не было, прежде чем ступить на него, очень ясно представьте себе, с чем Вы готовы расстаться, с чем Вы могли и хотели бы работать уже сейчас. И думая о своей проблеме, Вы можете даже усилить ее на уровне Ваших чувств... на уровне Ваших воспоминаний. Потому что Вы находитесь в полной безопасности. И Ваше тело останется здесь в этой комнате, а Ваше воображение может отправиться на ту сторону пространства времени, в то место и то время, когда этой проблемы еще не было у Вас. И Вы будете делать только то, что подходит, что возможно, что правильно для Вас сейчас. И Вас будет защищать Ваш бессознательных опыт, будет защищать мой голос, который поможет Вам сделать эту важную работу очень качественно, самым подходящим, самым лучшим для Вас способом. И если Вы готовы к тому, чтобы отправиться на ту сторону своей жизни, в тот ее период, когда этой проблемы еще не было у Вас, Вы можете начать движение по этому мосту с той скоростью, которая удобна для Вас. И возможно Вам захочется осмотреться по сторонам, когда Вы движетесь, как будто бы входя в другое время своей жизни. И может быть даже реально ощутить, как ваши ноги ступают по настилу моста, когда Вы шаг за шагом идете по нему. И увидеть, из чего сделан этот мост и как он устроен. Может быть Вам захочется держаться за перила моста, а может быть и нет. Это неважно, потому что все детали Вашего похода по мосту легко могут быть созданы Вашим

воображением. И продолжая идти, позвольте себе все больше и больше погружаться в свои воспоминания, в свои ощущения, образы или чувства. Потому что Вы очень свободны сейчас. И это время, и это пространство принадлежит только Вам. И, в конце концов, Вы сможете оказаться на той стороне, в том месте и в том времени, когда Вашей проблемы действительно не было. И пусть Ваше бессознательное вернет Вам картины именно того места и времени, которые Вы ищите там внутри своей памяти. И у Вас есть время для этого. И как важно, что Вы можете использовать его и побыть на той стороне. А может быть даже увидеть себя со стороны там на той стороне. Или даже почувствовать себя так, как чувствовал себя в тот отрезок времени. И возможно это было давно, может быть даже в детстве. Доверьтесь тому, что это время всплывет само по себе, просто потому что Вы доверяете себе, своему бессознательному, своим возможностям знать о себе больше, чем раньше. И я хочу попросить Вас прежде, чем вернуться обратно оставить эту проблему где-то там, в прошлом... когда она еще только начиналась, и Вы даже не подозревали об этом... Оставить ее на той стороне времени, на той стороне пространства... И для этого постарайтесь представить свою проблему в символической форме, и Вы можете поискать и найти тот образ, который символизирует ее. Представьте свою проблему в виде некоего одушевленного или неодушевленного образа, он может быть каким угодно. А потом поразмыслите о том способе, который Вы используете, чтобы оставить ее. Потому что есть очень много способов оставить свою проблему там, где ее ещё не было у Вас, там, где она еще только-только зарождалась. И важно найти свой собственный, наиболее подходящий способ расставания с проблемой. И может быть, даже попрощаться с ней или уйти сразу, оставив ее там, где Вы хотели бы ее оставить, оставив ее так, как Вы хотели бы ее оставить... И тогда Вы можете вернуться обратно старым путем, снова пройдя по уже виденному вами мосту. А возможно, это будет совсем другой мост, который создает ваше воображение... И Вы сами выбираете, каким путем Вам было бы удобнее возвращаться назад в будущее, которое, фактически, является настоящим, И Вы можете идти быстро или медленно, так, как это будет комфортно для Вас. И по дороге обратно, возвращаясь в реальность сегодняшнего дня, Вы можете очень отчетливо представить себе, как изменится Ваша жизнь, когда эта проблема останется принадлежать прошлому и ее не будет вовсе. И если у Вас есть некоторое ощущение незавершенности, а возможно, желание еще раз вернуться к работе над этой проблемой или над тем, что от нее осталось, Вам важно помнить о том, что достаточно устроиться удобно и Вы снова сможете проделать этот путь, пройдя по этому мосту или совсем другому. Мосту, который приведет Вас в прошлое, где Вы сможете сделать что-то еще и, в конце концов, окончательно расстаться со своей проблемой, а затем вернуться обратно самым удобным и подходящим способом. Так, как Вы это делаете сейчас, обретая чувство реальности. И время снова будет течь, как обычно, и Ваш мышечный тонус станет обычным, но все то полезное и важное, что произошло в ходе этого путешествия останется с Вами.

Применение данной гипнотической техники позволяет, максимально сконцентрировав пациента на актуальной проблеме, затем осуществить диссоциацию сознательных и бессознательных процессов с последующей возрастной регрессией при прохождении моста (метафорического пути в прошлое), что позволяет ему отчетливо вспомнить себя, свободного от существующего ныне дискомфорта, связанного с проблемой; ориентирует на нахождение метафорического способа расставания с проблемой (при этом ярко визуализируются ее символический образ и способ оставления в прошлом), активизируя бессознательные возможности ее разрешения в реальной жизни; обеспечивает при возвращении обратно «присоединение к будущему», т. е. моделирование пациентом в воображении удовлетворяющего образа самого себя; в случае необходимости создает установку на продолжение начатой работы в аутогипнозе.

В качестве примера негипнотических воздействий, которые используются в эриксоновской терапии с целью изменений бессознательных паттернов симптоматического поведения, рассмотрим более подробно, так называемое, **тяжелое испытание**. Его суть состоит в том, что пациенту предлагается задание субъективно более трудное или тяжелое, чем имеющийся у него симптом. Прием основан на предположении, что продолжение существования симптома вместе с крайне обременительным дополнением является столь суровым и труднопереносимым испытанием, что пациент делает бессознательный выбор в пользу расставания с симптомом. Тяжелое испытание – типично эриксоновский прием, фактически позволяющий контролировать симптом, который ранее был неподконтрольным. За этой формально негипнотической техникой стоит весь огромный опыт Эриксона. Правильно использованный прием тяжелого испытания побуждает человека на разных уровнях сдерживать дисфункциональное поведение или симптом, чтобы не выполнять связанное с ними терапевтическое задание.

Приведем пример. У пожилого мужчины был сын-холостяк. Они с сыном имели агентство по продаже недвижимости. После смерти жены у мужчины развилась жестокая бессонница. Он часами ворочался в постели, а когда засыпал, уже пора было вставать. Он пришел к Эриксону за помощью. Тот спросил: «А где вы живете сейчас?» — «Я живу вместе со своим холостым сыном». — «А кто занимается хозяйством?» — «Обычно мы делим всю работу пополам, но я терпеть не могу натирать пол мастикой, поэтому это всегда делает сын». Тогда Эриксон сказал: «У меня есть лекарство от вашей бессонницы. Вам оно не понравится, но оно точно подействует. В ближайшем будущем оно заставит вас отнимать у сна часть времени, но не все. Вместо того чтобы лечь спать сегодня вечером, возьмите мастику для пола и будьте любезны всю ночь натирать пол. На следующий день отправляйтесь в свою контору, а когда закончите работу, возвращайтесь домой. Поужинайте, а когда придет время ложиться спать, достаньте мастику и натирайте пол всю ночь. Вы не отнимете у себя много сна... всего две ночи. К тому времени вы уже излечитесь от бессонницы. Я думаю, будет достаточно двух ночей». Две ночи напролет мужчина натирал пол мастикой, а вечером перед третьей он решил

ненадолго прилечь и проснулся в семь утра. Он пришел к Эриксону и рассказал об этом. Тот сказал: «Хорошо, поставьте на тумбочку перед собой часы с подсветкой, а рядом — банку с мастикой для пола и половую щетку. Если вы не заснете через пятнадцать минут с того момента, когда ляжете спать, то вставайте и всю ночь натирайте пол». После этого пожилой мужчина стал регулярно засыпать. Комментируя этот случай, Эриксон говорил: «К чему было утруждать себя проведением обычной психотерапии с этим мужчиной? Я просто создал такую ситуацию, что он сделает все что угодно лишь бы заснуть и не заниматься утомительной и крайне неприятной для него натиркой полов!»

Требования к тяжелому испытанию

Оно должно причинять такое же, если не большее неудобство, как и симптом (по принципу – наказание должно соответствовать преступлению). Лучшим является то испытание, которое приносит пользу данному человеку: физкультура, интеллектуальные упражнения, чтение специальной литературы и т. п. Потому что полезные вещи всегда делать тяжелее, особенно тем, кто ходит к психотерапевту. Испытание должно быть таким, что человек в состоянии сделать и не может категорически отказаться. Поэтому оно не должно нарушать моральных принципов пациента или причинять вред ему и окружающим.

Виды тяжелых испытаний

1. *Четко сформулированное испытание.* Психотерапевт определяет симптом-мишень и требует, чтобы каждый раз, когда симптом проявляется, пациент подвергал бы себя испытанию, которое формулируется предельно ясно и четко. Например, встать в три ночи, принять прохладный душ и выполнить серию физических упражнений, после чего снова лечь спать. Наутро процедура выглядит как кошмарный сон.

2. *Предписание симптома.* Болезненный симптом здесь сам становится тяжелым испытанием. Пациент получает от психотерапевта задание в указанное время сознательно вызывать симптом, от которого тот хочет избавиться. Это способ трансформировать сопротивление пациента в позитивное русло. Кроме того, происходит перевод непроизвольного действия (симптома) в намеренное, осознанное поведение, что делает дальнейшее существование симптома бессмысленным.

3. *Терапевт как испытание.* Все тяжелые испытания связаны с психотерапевтом, но некоторые специально ориентированы на него. Например, когда терапевт переопределяет некие действия пациента так, что это ему активно не нравится. Человек даже готов отказаться от этих действий, только бы не испытывать больше болезненных эмоций, которые вызывают у него комментарии психотерапевта.

4. Испытания, вовлекающие двух и более участников

Например, Эриксон давал задание ребенку, страдающему энурезом, практиковаться в каллиграфии, а матери – контролировать сухость его кровати. Если утром кровать оказывалась мокрой, ребенок должен был несколько часов тренировать свой почерк. Если кровать была сухой – писать буквы и слова не требовалось, но мать ребенка, по-прежнему была вынуждена

просыпаться рано утром, чтобы проверить состояние постели, что по-прежнему оставалось для нее трудным испытанием. В других случаях Эриксон мог подвергнуть испытанию всю семью, если один из ее членов начинал вести себя плохо.

Чтобы этот психотерапевтический прием возымел свое положительное действие, необходимо тщательно соблюдать все его элементы.

Основные элементы терапии тяжелым испытанием

Проблема должна быть четко определена. Например, если речь идет о тревоге, необходимо выяснить у пациента, способен ли он отличить нормальную тревожность и чрезмерную патологическую тревогу, от которой хотел бы избавиться. Разграничение должно быть очень четким, поскольку задание выполняется только при возникновении сильной тревоги, которая неадекватна ситуации. Иногда разница четко начинает осознаваться только после выполнения тягостного задания.

Клиент должен стремиться к излечению. Если человек готов пройти через испытание, он действительно хочет избавиться от существующей проблемы и ради этого готов на многое. В ряде случаев необходимо повысить мотивацию клиента. Тогда психотерапевт подчеркивает всю серьезность проблемы, обсуждает предшествующие неудачные попытки ее решения и представляет проблему в виде задачи, с которой надо справиться. Акцент делается на тяжелом, неприятном характере испытания, при этом подчеркивается, что это – стандартный и всегда успешный прием. Другой способ повысить мотивацию – заявить пациенту, что его можно вылечить, но для этого он должен заключить с психотерапевтом контракт, который обяжет его строго следовать неким предписаниям, суть которых ему заранее не сообщают. По сути, пациенту предлагают «сыграть в темную», давая возможность хорошенько подумать об этом несколько дней или неделю. Оговаривается, что он может прийти на прием только при наличии готовности к выполнению всех дальнейших указаний психотерапевта, связанных с предстоящим домашним заданием.

Испытание должно быть выбрано. Выбор делает психотерапевт, но лучше в сотрудничестве с пациентом. Испытание должно быть достаточно суровым, чтобы преодолеть симптом, приносить пользу, быть выполнимым и приемлемым с точки зрения приличий. Оно должно иметь фиксированное начало и конец. Участие пациента в выборе испытания служит гарантией его выполнения, а при необходимости увеличить тяжесть испытания, его реакция, скорее всего, будет положительной.

Испытание должно сопровождаться пояснениями. Терапевт дает точные указания, исключающие двусмысленность. Важно четко объяснить, что задание необходимо выполнять только при симптоматическом поведении и только в установленное для этого время. Необходимо подробно расписать то, что должно быть сделано.

Испытание не отменяется, пока проблема не решена. Задание выполняется каждый раз, когда возникает ситуация, оговоренная терапевтом. Оно не

отменяется, пока симптоматическое поведение не исчезнет. Контракт обычно заключается на неопределенный срок.

Связь испытания с социальным контекстом. Тяжелое испытание заставляет человека меняться, что имеет свои последствия. В ряде случаев симптом – отражение путаницы в социальном окружении, часто в семье. Поэтому устранение симптома может вызвать изменения в социальном окружении, которое было приспособлено под симптом. Агорафобия жены, ограничивая ее передвижение, заставляет мужа и детей всячески заботиться о ней. Избавление жены от симптома может привести к перераспределению ролей и возможно новым отношениям, которые они с мужем должны обсудить. Психотерапевту надо, по возможности, понять функцию симптома в социальном окружении клиента.

Терапевтический подход, включающий тяжелое испытание, может вызвать глубокие изменения в личности человека, а не просто меняет его поведенческие реакции. Один из признаков происходящих глубинных изменений – ощущение пациента, что с ним происходит что-то странное. Иногда выполнение следующего за симптомом трудного испытания ведет к благоприятным изменениям, которые могут сопровождаться странным чувством, что он как будто бы сходит с ума. Психотерапевт должен заверить пациента, что происходящее – часть ожидаемых изменений и за этим неминуемо последуют позитивные сдвиги. В заключение следует отметить, что прием тяжелого испытания может причинить вред пациенту, если употреблен безответственно или некомпетентным психотерапевтом.

Рассмотренные выше примеры, конечно же, не исчерпывают всего многообразия используемого в эриксоновской терапии технического инструментария. Вместе с тем, они позволяют получить определенное представление о стиле и методах работы типичных для эриксоновского подхода.

Метод может применяться в индивидуальном психологическом консультировании, психокоррекции и психотерапии.

Показания к применению могут быть разделены на клинические и консультативные. Клинические: невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, психогенные и смешанные сексуальные дисфункции, зависимости от психоактивных веществ, расстройства личности (например, тревожное, ананкастное), психосоматические заболевания, шизофрения без активной психопродукции с преобладанием дефицитарной симптоматики. Консультативные: проблемы межличностных отношений, включая созависимости; переживание вины, утраты; низкая самооценка; мотивация к деятельности; повышение креативности; стресс-менеджмент и т. п.

Противопоказания имеют относительный характер, касаются работы в гипнотическом трансе и во многом зависят от квалификации специалиста. К таким противопоказаниям относятся:

- *острые психотические состояния*, например, начало приступа шизофрении. Больные слабо связаны с реальностью, и диссоциация в трансе способна усугубить состояние пациента, усилить расщепление психики, а также галлюцинаторно-бредовые переживания. Кроме того, в остром психотическом состоянии практически невозможно на чем либо зафиксировать внимание пациента, что резко затрудняет наведение транса.

- *прием транквилизаторов и барбитуратов*, облегчая погружение в транс, уменьшает эффективность глубокой работы и затрудняет психофизиологические изменения;

- *прием наркотических средств* ускоряет движение по трансу, но делает его неуправляемым, не подчиняющимся контролю терапевта. Этот эффект особенно характерен для галлюциногенов.

- *беременность*, сопровождающаяся угрозой прерывания, токсикозом. Нужно с осторожностью проводить гипнотерапию у пациенток в первом триместре беременности. Нежелательным эффектом гипнотерапии в данном случае будут являться мышечная релаксация, а также возможность бурного отреагирования травматического опыта, что сопровождается возникновением сильного беспокойства и сдвигом уровня гормонов и биологически активных веществ в крови.

Опыт психотерапевта помогает проводить гипнотерапию в ситуациях, связанных с относительными противопоказаниями.

В заключении подчеркнем, что индивидуальный подход, использование гибких стратегий и богатого психотерапевтического инструментария, ориентация на достижение реальных целей – основные постулаты, на которых базируется обучение эриксоновской психотерапии и эриксоновскому гипнозу в Лиге. Они же являются слагаемыми успешной терапии.

ЧАСТЬ 2. Модальности (методики, методы, школы) психотерапии и консультирования, принятые в Российской Федерации.

Терапия творческим самовыражением

Бурно М.Е.

Резюме

Терапия творческим самовыражением (ТТС) – отечественный клинико-психотерапевтический метод, работающий в поле Терапии духовной культурой (Бурно М.Е., 1989-2008) вместе с экзистенциально-психотерапевтическими, арт-терапевтическими, религиозно-

психотерапевтическими и другими методами, в основе которых как ведущий лежит также креативный психотерапевтический механизм. ТТС отличается от указанных психологически-психотерапевтических методов своим естественно-научным мироощущением (мировоззрением). Основой даже самых тонких душевных, духовных движений, в соответствии с естественно-научной философией данного метода, является телесная природа человека. Душевные, духовные процессы подчиняются клиническим, физиологическим закономерностям, как и соматические процессы, но в «снятом» виде (гегелевское *Aufheben*). В клинической психопатологической картине и в конкретном здоровом характере клиницисту видится более или менее выразительная самозащитная, приспособительная работа саморазвивающейся стихийной природы.

Существо метода. Психотерапевт, работающий в ТТС, гиппократовски, по возможности, способствует защитно-приспособительной работе природы. Поэтому пациент или здоровый человек с душевными трудностями, в соответствии с ТТС, под руководством психотерапевта, для целительного поиска своих творческих дорог, своего вдохновения, изучает свою природу: изучает элементы психиатрии, характерологии, естествознания, психотерапевтические механизмы (суггестивный, рациональный-когнитивный, аналитический и т. д.). Изучает не сухо-академически, а в разнообразном творческом самовыражении, поскольку сказать что-то уверенное о собственном характере, переживаниях, о характере и переживаниях другого более или менее душевно сложного человека возможно лишь рассматривая все это в творчестве (в широком смысле). Именно в творчестве человек обнаруживает себя неповторимо *по-своему*. Таким образом, обретается творческое вдохновение как светлая содержательная встреча с самим собою, душевный, духовный свет, в котором живут Любовь и Смысл. Биологической основой этого душевного состояния является отворение природных аптек организма с выходом из них организмических собственных лекарств. Этим осознанным прояснением-

оживлением своей индивидуальности в творчестве, уяснением своей жизненной дороги среди других людей человек с тревожно-тягостным переживанием неполноценности, которому, прежде всего, показана ТТС, поднимается из душевной неопределенности, аморфности, безысходности. Человек этот становится неповторимо психастеническим, аутистическим, шизофреническим и т. д., одухотворенным самим собою. Таким образом, характеры, диагнозы здесь понимаю не как «бирки», «наклейки», а лишь как важные природные ориентиры для поиска своей творческой неповторимости.

Применение. Показания. ТТС применяется (перечислены лишь некоторые публикации)*:

– в психиатрии для лечения пациентов с разнообразными дефензивными расстройствами (тягостное переживание своей неполноценности с чувством виноватости без вины): тревожно-депрессивные состояния различного генеза, психопатии (расстройства зрелой личности) с дефензивными переживаниями: Бурно М.Е., 1989-2007; Джангильдин Ю.Т., 1990; Зуйкова Н.Л., 1994-1998, 2003, 2008; Добролюбова Е.А., 1994-1997, 1999-2000, 2003, 2007; Гоголевич Т. Е., 1994-1995, 1997-1999, 2003, 2006; Некрасова С.В., 1995-1997, 1999, 2000, 2003; Капустин А.А., 1995, 1998, 2000, 2002, 2003; Благовещенская Л.Ю., 1997, Иванова Г.Н., Иванова И.Н., 1997, Иванова Г.Н., 1998, 2000; Бурно А.А., 2000; Васильев В.В., Васильева Н.М., 2000; Васильев В.В., 2000-2001, 2003; Махновская Л.В.,

* Большинство библиографических данных работ о ТТС, опубликованных до 2001 г. (иногда до 2002 г.) — см. в «Практическом руководстве по Терапии творческим самовыражением» под ред. Бурно М.Е., Добролюбовой Е.А., (2003) на с. 806-830. В «Практическом руководстве...» см. также не упомянутые здесь разнообразные работы многих авторов о ТТС (и, в том числе, описания конкретных занятий в группах творческого самовыражения). Список наиболее важных работ о ТТС, опубликованных после 2001—2002 гг. см. в 3-ем издании «Терапии творческим самовыражением» (Бурно М.Е., 2006а, с. 420—426). См. также «Дополнения (работы автора последних лет о Терапии творческим самовыражением)» в этой же книге (с. 363—419).

1998-2000,2003; Хмельницкий А.Р., 1998; Павловский А.Б., 2000; Чернова В.А., 2000; Баянова Е.В., 2000, 2003; Стоян А.С., 2000; Корнетова Е.Г., 2001; Гурвич В.Б., 2000, 2002, 2003; Дмитриева Т.Б., Положий Б.С., 2003; Баранская И.В., 2003; Александрович А.В., 2004; Корнетова Е.Г., Корнетов А.Н., 2004; Красильников Г.Т., 2005; Тарасенко Л.А., 2006; Иговская А.С., 2008; Калмыкова И.Ю., 2008; Мухаметзянова Г.Р., 2008; Вурно М., 1983, 1986, 1987, 1994, 1996, 2002, 2005; Gogolevitch T., 1996;

– для профилактики и лечения алкоголизма, наркомании, токсикомании у взрослых и подростков с переживанием своей неполноценности (составляющих группу риска в отношении зависимости к психоактивным веществам): Рожнов В.Е., Бурно М.Е., 1987; Бурно М.Е., 1988, 2000, 2002, 2003; Токсонбаева Т.Н., 1990; Рожнов В.Е., Бурно М.Е., Овчинская А.С., Островская О.А., 1991; Воробейчик Я.Н., Зайцева Л.Н., 1997; Раю Н.А., 2000; Салынцев И.В., 2001; Грушко Н.В., 2002, 2003, 2005; Литвиненко В.И., 2003; Холопенко Н.А., 2005; Вурно М., 1987;

– в детской неврологии: Штеренгерц А.Е., 1990; Ян В.И., Штеренгерц А.Е., Поклитар Е.А., Катков В.Г., Воробейчик Я.Н., Бурчо Л.И., 1996; Бреева Г.Г., Фролова С.Д., 1997; Штеренгерц А.Е., Катков В.Г., Ройз И.Е., 1997;

– в кардиологии: Шафикова А.Г., 1985; Минкович М.Я., Иващук Ю.Д., Поклитар Е.А., 2001; Аверьянова О.П., 2002; Иващук Ю.Д., 1994, 2000, 2002;

– геморрагические диатезы: (лечение гемофилии): Кондратюк В.П., 1989;

– аутоиммунные заболевания (болезнь Шегрена): Гурвич В.Б., Васильев В.И., Евменова Н.Н., 2003;

– во фтизиатрии: Нерсесян О.Н., Степула М.И., Мастеров Г.Д., Смоквин В.Д., Нелин В.Н., 1991; Нелин В.Н., Нерсесян О.Н., Мастеров Г.Д., Поклитар Е.А., Ратовский И.И., Штеренгерц А.Е., 1991; Филюк В.В., Старшинова Е.Н., Поклитар Е.А., 1996, 2001; Гажий Н.Б., Нерсесян О.Н., Поклитар Е.А.,

Старшинова Е.Н., Филюк В.В., Штеренгерц А.Е., 1997; Прыгунков В.М., 1999; Штеренгерц А.Е., Филюк В.В., Поклитар Е.А., Носач А.А., 1999-2002; Нерсесян А.О., 2001; Поклитар Е.А., 2001; Кофман Л.В., 2002; Цвигуненко И.Е., 2003;

– в эндокринологии (лечение сахарного диабета): Романов А.С., 1991; Иващук И.Ю., 2004, 2005;

– в офтальмологии: Богданович М.А., 2002; Коновалова Н.А., Богданович М.А., 2004; Богданович М.А., Коновалова Н.А., Приленский Б.Ю., 2006;

– в гастроэнтерологии: Терлецкий А.Р., 2001, 2003, 2005;

– в дерматологии: Иванова И.Н., 1994;

– в курортологии: Зайцева Л.Н., 1985, 1991, 2000; Мокану Т.А., Бошняга Э.К., 1989; Зицер Г.Л., 1990; Левченко М.В., Ивченко М.М., 1991; Александрина, 1997; Савельева А.В., 2004;

– в дефектологии (лечение заикания): Журова Е.С., 1999, 2000;

– в реабилитации больных и инвалидов (взрослых и детей): Мурзина Т.Ф., 1995, 1998, 2006; Тодорова О.Н., Конькина О.Л., Тифтилова А.Л., 1997, 1998, 1999; Гурвич В.Б., Маркович-Жигич Д., 1999; Щинова Л.А., Лекомцев В.Т., 2000; Зозуля Т.В., 2001; Чернова Д.В., 2001; Гажа А.К., Низкин С.И., Раю Н.А., 2003; Павловский А.Б., 2005; Иванова Г.Н., 2003; Позднякова Ю.В., 2005;

– в комплексном лечении сколиоза у детей: Унанов Т.А., 2003, 2005;

– в лечении вич-инфицированных: Константинова Н.Н., 2003;

– в гериатрии: Бешапко С.А., 2003; Баранская И.В., 2003; Полищук Ю.И., Баранская И.В., Гурвич В.Б., Летникова З.В., Колпаков А.В., 2004; Филозоп А.А., 2004, 2005; Гурвич В.Б., 2008;

– в хосписах: Панков М.Н., 1997; Сидоров П.И., Панков М.Н., 1997; Орлова Т.В., 2007, 2008.

В своих немедицинских формах ТТС применяется у нас и за рубежом:

– преподавателями (в учреждениях последипломного образования) для обучения психологов и педагогов и преподавателями вузов для обучения студентов: Манюкова Е.С., 2003, 2005; Поклитар Е.А., Орловская Л.В., Штеренгерц А.Е., 1996; Ян В.И., 1990;

– врачами, школьными психологами, психологами детских домов, педагогами в работе со здоровыми детьми (чаще с дефензивными детскими трудностями): Бусалаева Т.Г., 1990; Иващук Л.В., Иващук Ю.Д., 1991; Ершова Е.М., 1994; Поклитар Е.А., Орловская Л.В., Штеренгерц А.Е., 1996; Конрад-Вологина Т.Е., Поклитар Е.А., 1997; Конрад-Вологина Т.Е., Бурчо Л.И., Лупол А.В., 1999; Лупол А.В., 2000, 2002; Пономарева В.И., 2003; Спиридонов О.В., 2000, 2003; Бурчо Л.И., 2001; Цвигуненко И.Е., 2001, 2003; Волков П.В., 2001; Грушко Н.В., Сурков В.Н., 2001, 2003; Ян В.И., Ян-Веселовацкая Я.В., 2002; Романенко Е.В., 2002; Шихова Т.Ю., 2002; Эннс Е.А., 2002; Пономарева И.Б., 2002, 2003, 2006; Гурло А.Ю., Иващук И.Ю., Лупол А.В., Пономарева И.Б., Унанов Т.А., 2003; Поклитар Е.А., Пономарева И.Б., Унанов Т.А., Лупол А.В., 2000, 2003; Кравченко Д.А., 2003; Грушко Н.В., 2002, 2003, 2005; Гурло А.Ю., Иващук И.Ю., Лупол А.В., Пономарева И.Б., Унанов Т.А., 2003; Павлова С.М., 2003, 2006; Воробейчик Я.Н., Иващук Ю.Д., Иващук И.Ю., Конрад-Малов-Вологин О.Г., Метелкина Т.Ю., Поклитар Е.А., Терлецкий А.Р., Унанов Т.А., Бурчо Л.И., 2004; Поклитар Е.А., 2004; Поклитар Е.А., Гурло А.Ю., Зулкарнаева Л.С., Рейхман Л.И., Зулкарнаев В.М., Терлецкий А.Р., 2005; Карпова Е.А., 2005; Гилева Т.А., 2005; Протасова Л.Д., 2005; Протасова Л.Д., Гилева Т.А., 2005; Селиванова Л.А., 2005; Манюкова Е.С., 2003, 2005; Холопенко Н.А., 2005; Ян В.И., Коваленко А.П., Чебан А.Г., 2005; Пономарёва И.Б., 2002, 2003, 2006; Бернякович Л.О., 2008; Галеева Н.И., 2007-2008;

– психологами в работе со взрослыми в группах ТТС: Баянова Е.В., 2005; Манюкова Е.С., 2005; Раскина М.А., 2005, 2006;

– в психогигиенических школах, в том числе христианских: Поклитар Е.А., 2000-2001, 2004, 2005; Поклитар Е.А., Терлецкий А.В., Чиянов В.Ф.,

1990, 1997; Терлецкий А.Р., Чебан А.Г., 1991; Геник А.К., 2002; Метелкина Т.Ю., 2004; Горелов К.Е., 2008;

– для предупреждения и устранения ностальгического синдрома в дальнем зарубежье: Штеренгерц Е.А., Конрад-Вологина Т. Е., Воробейчик Я.Н., 2001; Раскина М.А., 2005, 2006.

Теоретические, в том числе философские, работы по изучению ТТС, изучение эффективности ТТС, организационные вопросы, отношение различных специалистов и пациентов к ТТС, место ТТС в психотерапии, ТТС и здоровый образ жизни: Полис А.Ф., 1981, 1982; Рожнов В.Е., Бурно М.Е., 1983, 1987; Смирнов В.Е., 1985; Рожнов В.Е., 1985, 1991; Романов А.С., Зайцева Л.Н., Москети К.В., 1987; Гулеватая З.К., 1990; Лобенко А.А., Жила К.Д., Воробейчик Я.Н., Андриановская Н.В., 1990; Катков В.Г., 1990; Зубаренко В.З., Поклитар Е.А., 1990; Поклитар Е.А., Псядло Э.М., 1990, 1997; Жила К.Д., 1991; Виш И.М., Романюк В.Я., Рыбак М.И., 1991; Сервецкий К.Л., 1991; Поклитар Е.А., Штеренгерц А.Е., 1991, 1997; Петрушин В.И., 1991, 1997, 1999; Александровский Ю.А., 1993; Руднев В.П., 1993, 1994, 1996, 1997, 2000, 2001, 2002, 2004, 2005; Мачевская Н.М., Вепрюк И.Г., Жукова Н.Г., 1994; Поклитар Е.А., Штеренгерц А.Е., Ян В.И., Ройз И.Е., 1994; Блейхер В.М., Крук И.В., 1995; Крыжановский А.В., 1995; Бурчо Л.И., 1997-1999, 2001; Воробейчик Я.Н., Поклитар Е.А., Ян В.И., Штеренгерц А.Е., Лановая С.В., 1997; Некрасова С.В., Бурно А.М., 1997; Штеренгерц А.Е., 1998; Бурно А.М., 1998; Носачев Г.Н., 1998; Шевченко Ю.С., Крепица А.В., 1998; Каган В.Е., 1998; Простомолотов В.Ф., 1998, 2000; Макаров В.В., 1999-2003; Копытин А.И., 1999, 2000, 2002, 2003; Корнилов В.П., 1999; Соколов А.С., 1999, 2000; Позднякова Ю.В., 2000; Волков П.В., 2000, 2005; Унанов А.А., Иващук Ю.Д., Бурчо Л.И., 2000, 2001; Карвасарский Б.Д., 2000; Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Клименко Т.В., Пищикова Л.Е., Кулагина Н.Е., 2000; Лупол А.В., 2000; Редькин Н., 2000; Ясвин В.А., 2000; Унанов А.А., Иващук Ю.Д., Бурчо Л.И., 2000; Либерман Я.Л., Либерман М.Я., 2001; Прусс В.П., Висковатова Т.П., Данилова Т.В., Лишневецкая В.В., 2001; Ратовский И.И., 2001; Баранников А.С., 2001, 2002; Княжева В.Н., 2001;

Иващук И.Ю., 2002, 2003; Штеренгерц Е.А., Ян В.И., Бурчо Л.И., Иващук Ю.Д., Кофман Л.В., Носач А.А., Цвигуненко И.Е., 2002; Мартынов В.А., 2002; Станская О.В., 2002; Христенко С.И., 2002, 2003; Поклитар Е.А., 2002, 2004; Ян В.И., Ян-Веселовацкая Я.В., 2002; Михайлов Б.В., Табачников С.И., Витенко И.С., Чугунов В.В., 2002; Тихомиров С.В., 2002; Старшенбаум Г.В., 2003, 2005; Стоименов Й. (ред.), 2003; Коваленко А.П., 2003; Воскресенский Б.А., 2003; Аппенянский А.И., 2003; Лукьянов О.В., 2003, 2005; Капустин А.А., 2004; Кофман Л.В., 2005; Холопенко Н.А., 2005; Прокуда Е.А., 2005; Балахнина Н.А., 2005; Бейлин С.И., 2005; Канарш Г.Ю., 2004, 2005; Чернявская А.Г., 2005; Кожухарь М., 2005; Иващук Ю.Д., 2005; Волков П.В., 2005; Цвигуненко И.Е., Зулкарнаев В.М., Зильберг А.В., 2005; Вайнруб И.В., 2006; Иванова Г.Н., 2006; Сосновская К.Ю., 2006; Мурзина Т.Ф., 2006; Мижерова К.М., 2006, 2008; Воробейчик Я.Н., Минкович М.Я., 2006; Ловчев В.М., 2007; Горелов К.Е., 2008; Уманский С.В., Уткин В.А., 2008; Hynes A, 1990; Иванов Вл., 1990; Kretschmer W., 1982; Čuriková A., 1986 Kunda St. a Kol., 1988; Kunda St., 1989; Kratochvil S., 1989; Kondās O., Kratochvil S., Syristova E., 1989; Polis A., 1993; Sosland A., 1997; Kagan V., 1998; Makarov V., 2002; Kopytin A.J., 2003. ТТС сегодня «становится частью междисциплинарного исследования художественного текста и культуры» (Руднев В.П. Энциклопедический словарь культуры XX века. — М.: Аграф, 2001. С. 477).

Самым серьезным *противопоказанием* к лечебной ТТС является острое депрессивное состояние с суицидальными намерениями: в уютной обстановке психотерапевтической гостиной, среди празднично самовыражающихся людей, эти больные представляются себе особенно несчастными, одинокими в своей безысходности. Все это может подтолкнуть их к суициду. В то же время Валерий Витальевич Васильев из Ижевска в своем диссертационном исследовании (2001) рекомендует ТТС именно для пациентов с суицидальными переживаниями, но не с острой, а со

сниженной актуальностью этих переживаний. Не для лечения, а для профилактики суицидального поведения.

Теоретическая основа ТТС — положение П.Б. Ганнушкина (1933) о «жизненной компенсации психопатов» и «мягких шизофреников и эпилептиков» (выявление или невыявление данной патологии в зависимости «от внешних воздействий, от их суммы, от их содержания») и подобные, созвучные П.Б. Ганнушкину, более полные размышления Э. Кречмера (1934) с последующим выводом, что «здесь лежат психотерапевтические задачи».

Практика метода — индивидуальные беседы с творческими домашними заданиями, группа творческого самовыражения (в камерной обстановке психотерапевтической гостиной, всячески смягчающей дефензивную напряженность). Клинический театр-сообщество как возможность изучить свои особенности и особенности других людей в исполнительском творчестве.

Конкретные методики терапии творчеством, калейдоскопически переплетающиеся между собою, растворяющиеся друг в друге в практике групповых занятий, суть следующие: 1) терапия созданием творческих произведений; 2) терапия творческим общением с природой; 3) терапия творческим общением с литературой, искусством, наукой (в том числе экзистенциально-феноменологический подход в ТТС Ксении Юрьевны Сосновской); 4) терапия творческим коллекционированием; 5) терапия проникновенно-творческим погружением в прошлое; 6) терапия ведением дневников и записных книжек; 7) терапия перепиской с психотерапевтом; 8) терапия творческими путешествиями; 9) терапия творческим поиском одухотворенности в повседневном; 10) терапия исполнительским творчеством (Клинический театр-сообщество).

Слово «творческий» означает всюду здесь «по-своему»: с познанием, переживанием *себя*, своих особенностей — для своей вдохновенно-творческой жизненной дороги.

Групповые занятия (8—12 человек в группе) и индивидуальные встречи с психотерапевтом происходят дважды в месяц в курсе долгосрочной ТТС (от двух до пяти лет). Краткосрочные интенсивные варианты метода продолжаются от недели до четырех месяцев.

Идеал эффективности ТТС — формирование (обычно в долгосрочном курсе терапии) творческого стиля жизни: состояния почти постоянного более или менее выраженного творческого вдохновения или способности специальными выработанными творческими способами ввести себя в это целительное состояние.

Терапия творческим самовыражением

(Терапия творческим самовыражением в психологии и педагогике)

Терапия творческим самовыражением (ТТС) [1-12, 17-22, 24-26] как отечественный метод-школа вышла из самобытной российской клинической психиатрии и психотерапии Саблера, Малиновского, Корсакова, Сикорского, Ганнушкина, Консторума, вообще – из российской культуры последних веков нашей жизни. Существование российской культуры – сквозь все случившиеся, известные нам, порою долгие, зверства и несвободы в нашей истории – сказывается, прежде всего, в целом, в одухотворенно-земной, нравственно-психологической усложненности российской жизни. В сущности, это то, что рассказали и рассказывают миру своим творчеством наши самобытные писатели, живописцы, философы. Наша национальная нравственно-психологическая усложненность, свойственная особенно интеллигенции (чеховской интеллигенции, в уменьшенном количестве существующей и сегодня) несет в себе переживание вины перед теми, кому хуже, чем тебе. Этим во многом объясняется и сравнительно высокая распространенность среди наших российских психотерапевтических пациентов более или менее сложных душой людей с переживанием своей неполноценности, несостоятельности, с чувством вины перед близкими (даже без отчетливых признаков истинной (патологической) депрессии). Если внимательно клинически присмотреться, то эта *дефензивность* обнаруживается нередко и у самых, казалось бы, простых, даже малограмотных, наших людей (простолюдинов – как выражались прежде). Для дефензивных людей и существует Терапия творческим самовыражением. Она органична им и существенно им помогает.

Считаю возможным писать здесь название нашего метода с большой буквы, дабы не путать название этого сложившегося самостоятельного метода с бытующим сейчас названием (термином) «терапия творческим самовыражением» в широком (даже порой житейском) смысле.

Ирмгард Бонштедт-Вильке и Ульрих Рюгер (Клиника и поликлиника психосоматики и психотерапии в Геттингене) в известном современном «Базисном руководстве по психотерапии» (ред. А. Хайл-Эверс, Ф. Хайгл, У. Рюгер, пер. с нем., 2001) [23] в разделе «Терапия искусством и творческим самовыражением» отмечают следующее. «Терапия искусством и творческим самовыражением представляет собой психотерапевтическое вмешательство, осуществляемое с использованием творческих средств» (с. 529). В кратком обзоре мировой литературы (и в других местах этого раздела) – о клиническом (исходя из особенностей клинической картины, нозологии) применении творческих средств ничего нет. Ничего нет и о ТТС в нашем понимании. В заключение авторы пишут: «Однако повторимся: терапия творческим самовыражением до сих пор применялась к

пациентам, страдающим психическими расстройствами, как правило, лишь в рамках общего плана лечения, включавшего и другие методы. В силу этой причины ее изолированные эффекты, равно как и ее заслуги в успешности лечения, часто практически невозможно проверить. Здесь полезными могут оказаться исследования отдельных случаев, разумеется проводившихся в соответствии с методическими стандартами» (с. 540).

«Терапия творческим самовыражением» понимается в этой серьезной работе как ограничение психоаналитиками и психотерапевтами «чисто вербальной психотерапии» тем, что выносятся на передний план, например, психодрама (Морено), музыка (Пристли). Упоминаются имена всемирно известных в этой области психотерапевтов, работы которых не проникнуты естественнонаучным мироощущением, клиницизмом. Это, например, Хейер, Наумбург (Номберг), Францке, Биньек, Янссен, Крамер, Крафт, Шроде. Сообщается о том, что в Германии к концу прошлого века психотерапевты, «тяготеющие к глубинной психологии», и психотерапевты, «склоняющиеся к арт-терапевтическим методам», нашли компромисс и «объединились в профсоюз терапевтов искусством и творческим самовыражением» (с. 531). В подробностях о современной арт-терапии в мире см. в работах А.И. Копытина (2002а,б, 2003, 2006) [13-16].

В нашей стране, как известно, полноправно живет-существует Арт-терапевтическая ассоциация (председатель – Александр Иванович Копытин, Санкт-Петербург). Ассоциация проводит ежегодные конференции «Арт-терапия сегодня», выпускает международный журнал арт-терапии «Исцеляющее Искусство». В сущности, эта Ассоциация официально, гармонично интегрирована в мировое Арт-терапевтическое поле (Копытин А.И., 2005 [15]); она исповедует, применяет, изучает подлинную арт-терапию, то есть помощь искусством и творчеством, исходя, в основном, из теоретических концепций. Концепций, стало быть, разнообразных изначально психологических в широком смысле: стройно-интеллектуальных, идеалистически-аутистических (в широком, не болезненном, понимании «аутистического», так – как широко, общечеловечески, понимал это и Эуген Блейлер), концепций, нередко умозрительных (но лишь с точки зрения очень здравого смысла, который, конечно же, не есть единственная правда в мире). Терапия творческим самовыражением, наш метод, естественнонаучно, материалистически исходит, напротив, из особенностей самой природы характера, природы душевных расстройств того человека, которому оказывается помощь. Естественнонаучное материалистическое мироощущение есть, кстати, мироощущение, в том числе, великих естествоиспытателей – Дарвина, Павлова, Кречмера. Примеры кратких описаний практической помощи в ТТС даже без изучения с пациентами элементов характерологии см.: Бурно М.Е.- в Бурно М.Е., Добролюбова Е.А. (ред.), 2003, с.42-57 [8]; Бурно М.Е. 2006а [5]. Существо ТТС, напомним, состоит в том, что психотерапевт помогает человеку с душевным неуютом-«мешаниной», переживанием своей неполноценности, несостоятельности посылить изучить особенности своей души – как природные «ориентиры», с целью научиться творчески выражать себя *по-своему*, сообразно своей природе, неповторимо, но отправляясь, отталкиваясь от этих природных своих «ориентиров». Это *«по-своему»* целительно проясняет и, значит, смягчает, освещает напряженную душу, что, в сущности, есть творческое вдохновение. Но творческое вдохновение, по возможности, благодаря нашей работе в ТТС, с осознанием-пониманием себя в мире, своего пути и смысла. Повторяю – исходя из особенностей своей природы. Так Природа, осторожно направляемая психотерапевтом в соответствии с «рисунком» природной защиты, запечатленном в клинической картине, продолжает и здесь, по Гиппократу, оставаться Главным Врачом.

Таким образом, ТТС не просто помощь творчеством и искусством в широком смысле. Это, в своем полном, нескольколетнем, виде, – достаточно глубокое и сложное психотерапевтическое воспитание, образование с помощью творческого погружения в

природу, науку и искусство. А в кратком, элементарном виде ТТС может быть симптоматической, несложной (для психотерапевта) помощью, даже минутной [5].

А.И. Копытин (2003) [14] считает Терапию творческим самовыражением «одним из наиболее обоснованных в теоретическом плане методов современной психотерапии». В тоже время Копытин (по моему убеждению, подлинный лидер отечественной современной арт-терапии) полагает, что поскольку «данный метод (ТТС – М.Б.) базируется на естественнонаучной, медицинской парадигме», он, «к сожалению, не располагает достаточными концептуальными возможностями для анализа отношений как между участниками группы, так и между ними и психотерапевтом. Развиваясь за пределами психодинамической традиции, клинический подход в психотерапии и терапия творческим самовыражением не позволяют описывать и анализировать общегрупповые процессы, с которыми в значительной мере связаны психотерапевтические возможности группы» (с. 115-116). Не могу с этим не согласиться. Да, мы слишком мало и осторожно входим в анализ бессознательных переживаний в психодинамическом понимании. Психодинамика как изначально самособойное движение духа не сродни естественнонаучному, материалистическому мироощущению. Наш анализ – естественнонаучный клинический анализ Э. Блейлера и Э. Кречмера, основывающийся своими особенностями на особенностях природы, биологии, хотя сам анализ, конечно же, нематериален. Это и осознание своих характерологических свойств, стремлений, и осознание своих конфликтов, переживаний, тесно связанных с личностной почвой. Все это так. Однако в оправдание ТТС замечу, во-первых, то, что метод показан именно тем застенчивым, ранимым, без вины виноватым людям, которые с этой своей природной дефензивностью (особенно болезненной) стыдливо бегут подальше от прилюдного (и даже наедине с психотерапевтом) анализа «происков» своего Бессознательного. Они посылно тайно познают эти «происки» в группе и в индивидуальных беседах, познают как-будто бы *про себя*, а может быть, в то же время, для товарищей по группе, и *не совсем про себя*. Во-вторых, большинство пациентов и здоровых людей, которым серьезно помогает ТТС, предрасположены своей природой к материалистическому, естественнонаучному мироощущению и, стало быть, имеют право на свою, созвучную им, терапию творчеством и искусством.

Недавно вышло третье, исправленное и дополненное издание моей книги «Терапия творческим самовыражением» (Москва, 1989, 1999, 2006) [6]. Уже в первом издании (1989) ясно сказано о том, что наша Терапия творческим самовыражением (ТТС) есть самостоятельный, со своей самобытной структурой, отечественный метод психотерапии с достаточно определенными показаниями, противопоказаниями, осложнениями, со своей продуманной оценкой терапевтической эффективности. Отмечалось (с краткими описаниями), что данный метод может сопровождаться лекарственным лечением, гипносуггестивной терапией, приемами психической саморегуляции. И в то же время из ТТС «возможно немало почерпнуть для психологии и педагогики с существенной выгодой для общества в целом». Я имел здесь ввиду, прежде всего, «вопросы профориентации подростков и юношей с дефензивными свойствами» [1, с. 287]. Говорилось в первом издании и об известной личностной предрасположенности, пригодности специалистов к работе в ТТС.

С годами метод стал школой. Разработано немало разнообразных форм, вариантов ТТС. Защищено 7 кандидатских диссертаций (каждая из них о своем варианте ТТС при различных душевных состояниях, расстройствах). И – одна докторская. Еще в нескольких защищенных диссертациях ТТС занимает свое серьезное место. ТТС преподается в соответствии с государственно утвержденными и опубликованными учебными программами врачам и психологам в России. Так, в нашей Российской медицинской академии последипломого образования каждую осень проводятся 2 двухнедельных цикла тематического усовершенствования «Терапия творческим самовыражением». Много уже было таких циклов. Опубликовано специалистами у нас и в зарубежье более

500 работ о применении, исследовании ТТС, о создании различных вариантов метода, о теоретическом осмыслении ТТС, об исследованиях, тесно связанных с ТТС. Возможно, думается, уже определенно говорить о стандартах помощи в духе ТТС при различных расстройствах и здоровых трудностях определенными вариантами метода, разработанными, прежде всего, в диссертационных работах с современными, принятыми у нас, доказательствами терапевтической эффективности, вариантами метода, внедренными в практику.

ТТС стала жить своей жизнью. Она вышла за ворота психиатрии и стала применяться врачами и психологами (лечебно и профилактически) в кардиологии, гастроэнтерологии, фтизиатрии, эндокринологии, офтальмологии и т.д. (Бурно М.Е., 2006б, с. 372-382) [6].

«Инициатива и первый опыт применения в педагогической практике элементов Терапии творческим самовыражением принадлежит академику А.Е. Штеренгерцу» (Конрад-Вологина Т.Е., Бурчо Л.И., Лупол А.В., 1999 [12]). Упомянутые авторы рассказывают, как в середине 80-х годов прошлого века Александр Ефимович Штеренгерц, исходя из ТТС, «стремился в процессе обучения и воспитания детей, больных детским церебральным параличом, находившихся на лечении в одесском санатории им. Октябрьской революции (главный врач В.Г. Катков), объяснять им особенности характеров людей, сильные и слабые стороны каждого характера и, тем самым, стимулировать детей и подростков, узнавших свой характер, его ценности, к проявлению в учебе присущих им способностей, мобилизации воли к высвобождению положительной энергии, оптимизирующей учебный процесс. Эта же методика была использована в дальнейшем по рекомендации А.Е. Штеренгерца и в других санаториях Одессы (например, в детском санатории «Зеленая горка» - А.А. Носачем, в санатории «Хаджибей» – В.П. Пруссом)» (с. 43-44).

Вскоре, также в Украине, в Одессе, врачи, педагоги, психологи стали заниматься ТТС и со здоровыми людьми. В 1990 г. опубликована работа врача Евгения Антоновича Поклитара (ныне доцента) «Опыт использования психогигиенического варианта терапии творческим самовыражением» [18]. В 1997 г. школьная учительница Тамара Ефимовна Конрад-Вологина (США, Чикаго; прежде проживала в Одессе) и Е.А. Поклитар (Одесса) в сборнике Московской психотерапевтической академии, в работе «Опыт внелечебного использования приема терапии творческим самовыражением М.Е. Бурно» [11] сообщают следующее.

«В практике школьного воспитания использован в качестве способа формирования творческой индивидуальности модифицированный вариант приема терапии творческим самовыражением М.Е. Бурно (Е.А. Поклитар, А.Е. Штеренгерц). Как и терапия творческим самовыражением этот способ основывается на трех принципиальных положениях: а) познай изначально свойственные людям характеры, б) найди среди них свой характер и присущие ему склонности и устремления, в) выбери для себя (сообразно своему характеру) путь в жизни, род занятий и увлечений (чтобы обрести себя в творческом самовыражении).

Занятия проводились в группах продленного дня. Строились по следующей схеме: 1) в течение 1,5-2-х месяцев преподаватель знакомил учащихся с особенностями различных характеров – реалистически-авторитарного, синтонно-реалистического, аутистически-философского, тревожно-сомневающегося реалистического, ювенильно-эгоцентрического и др. (по классификации М.Е. Бурно). При этом проявления различных характеров иллюстрировались творческими произведениями выдающихся поэтов, писателей, живописцев, музыкантов (путем чтения отрывков художественных произведений, демонстрации диапозитивов, прослушивания фонограмм). Познания, полученные в процессе указанных занятий, создавали в сознании каждого учащегося конкретное представление о своем характере и присущих ему душевных и духовных потребностях, что в конечном счете позволяло ему сориентироваться в поиске своего жизненного пути,

выбрать наиболее валидную своему характеру профессию, стремиться к общению с людьми, оптимально способными удовлетворять его социальные, душевные и духовные устремления» (с. 31).

Ещё в 1990 г., опубликована работа тоже одесского педагога доцента Виктора Ильича Яна [25] о применении модифицированного варианта ТТС при преподавании литературы на педагогическом факультете Южно-Украинского университета им. К.Д. Ушинского. Студенты в духе ТТС познавали характерологию, изучая характеры героев литературных произведений.

Первая работа о включении ТТС в воспитание экологической культуры опубликована одесскими специалистами В.И. Яном и Яной Викторовной Ян-Веселовацкой в 2002 г. [26].

Первые работы о том, как ТТС может помочь здоровому человеку найти свой путь к Богу опубликованы Е.А. Поклитаром в 2000 и 2001 годах [19-20].

Первая публикация о применении ТТС в детском саду – работа психолога Елены Владимировны Романенко (2002 г., Сургут)[21], а о применении ТТС в работе с девочками-скаутами – работа психолога Татьяны Юрьевны Шиховой (2002 г., Новокузнецк) [24].

Первая публикация о психокоррекционном варианте ТТС (для подростков с дефензивными свойствами) в условиях дополнительного образования – работа психолога Натальи Викторовны Грушко из Омска (2002 г.) [10].

Наконец, первая публикация о включении ТТС в преподавание в Казачьем кадетском корпусе – работа психолога Нины Ивановны Галеевой (Москва, 2006 г.) [9].

Работ о немедицинском применении ТТС с годами все больше. См. библиографические списки в книгах о ТТС [6, 8]. Сердцем творческого «организма» помощи в духе ТТС здоровым людям в России является сегодня Новокузнецкое региональное отделение Научно-методического Центра Терапии творческим самовыражением при Профессиональной психотерапевтической лиге (ППЛ). 15 мая 2003 г. в Новокузнецке состоялась первая научно-практическая конференция «Терапия творческим самовыражением и практическая психология» (Институт повышения квалификации, Региональное отделение Центра ТТС в рамках ППЛ). В том же году Новокузнецкий институт повышения квалификации Министерства образования РФ (кафедра психологии) выпустил на 20-ти страницах мелким шрифтом «Дополнительную профессиональную образовательную программу “Терапия творческим самовыражением”» (144 часа; см.: Манюкова Е.С., Сикорская Т.В., Трегубова Н.А. (ред.), 2003) [17]. Программу составила Елена Сергеевна Манюкова. Программа предназначена для преподавателей учебных заведений, аспирантов и студентов педвузов. Категория слушателей: психологи, педагоги, социальные работники, логопеды и др. специалисты. Недавно Новокузнецкий Институт выпустил для преподавания своим слушателям (педагоги, педагоги-психологи, социальные работники) еще 3 программы. Первая. «Дополнительная профессиональная образовательная программа “Формирование личностно-профессиональной культуры специалиста: Терапия творческим самовыражением”». Составители: Лариса Александровна Селиванова и Татьяна Юрьевна Шихова (144 часа). Вторая программа. «Программа “Формирование позитивного самоотношения старших школьников методом творческого самовыражения”» (144 часа; составили - те же авторы). Третья программа. «Программа социальной адаптации подростков методом творческого самовыражения “Творческая гостиная”» (128 часов; авторы – Людмила Дмитриевна Протасова и Татьяна Александровна Гилева). См. эти программы в брошюре: Селиванова Л.А., Шихова Т.Ю., Лучшева Л.М. (ред.), 2006. -92 с. [22].

Приведу два живых примера из этих последних программ (первой и третьей).

Первое занятие. Из «Конспекта занятия. Тема 2.7. Нико Пиросмани. Жизнь и творчество. Автор: Шихова Т.Ю.» (с. 27-31). «Цель: рассмотреть особенности

полифонического характера на примере жизни и творчества Нико Пиросмани». После стройного неравнодушного к художнику описания его жизни, характера, творчества с рассматриванием картин на экране психолог Татьяна Юрьевна Шихова ставит *вопросы*: «1. Как проявляется характер художника в жизни и творчестве? 2. Как относитесь к людям с таким характером? 3. Кому может помочь знакомство с жизнью и творчеством Пиросмани?» В *заключении-анализе*, после обсуждения с участниками занятия, автор отмечает свойственную творчеству художника сюрреалистичность: «живописует необыкновенно ярко, гиперреалистически, не соблюдая условности и пропорции. Все его творчество наполнено философскими размышлениями, о которых нельзя рассказать реальными полнокровными образами. Полифонист-романтик живет своим творчеством: наделяет животных лучшими человеческими качествами (благородством, силой); прощает людские пороки, облачая грешников в белые одежды. Соединение несоединимого исходит из природы полифонического характера, в котором переплетаются реалистичность и идеалистичность». Пиросмани в депрессии продолжает рисовать, потому что это помогает ему «делиться с окружающими своими внутренними переживаниями» в своем болезненном одиночестве («постепенный уход (Пиросмани – М.Б.) от реальности»). Своим странным, чудаковатым творчеством (думается, таковым, непонятным, для людей слишком здравого смысла – М.Б.), художник «открывает самое свое сокровенное» и «поднимается над своим недугом», «вступает в эмоциональный контакт с миром». «Несмотря на шутки о своем творчестве, Пиросмани было важно теплое, принимающее отношение к своим картинам (“чтобы видеть, нужно иметь глаза, не замутненные предрассудками”)». Таким образом, благодаря занятию, Пиросмани оказывается, в какой-то мере, созвучным мироощущению одних людей (хочется добавить: помогая им отчетливее почувствовать себя собою – М.Б.), а «других приблизит к пониманию его особенностей, гуманному принятию человека с полифоническим характером», с его особенными сюрреалистическими, философскими полифоническими творческими ценностями-богатствами.*

Второе занятие. Из конспекта занятия. «Тема 7.3. Жизнь и творчество М.Е. Салтыкова-Щедрина. Автор: Гилева Т.А.» (с. 87-91). «Цель: установление зависимости особенностей творчества от черт авторитарно-напряженного характера». После весьма содержательного в характерологическом отношении «рассказа о биографии и творчестве писателя» и «чтения сказки “Коняга”» происходит в группе «беседа по следующим вопросам»: 1. «Какое впечатление произвел на вас рассказ о Салтыкове-Щедрина? Поделитесь впечатлениями о сказке». 2. «Какие черты характера Салтыкова-Щедрина вы можете выделить? Как они проявляются в его жизни и творчестве? Назовите характер». 3. «Какие черты близки и понятны вам, какие вызывают отторжение?» 4. «Как вы можете поладить с таким человеком?» В *заключении-анализе*, после обсуждения с участниками занятия, говорится о «напряженной прямолинейности» в «напряженно-авторитарном характере». Педагог-психолог Татьяна Александровна Гилева далее сообщает следующее. «Прямолинейность проявляется в склонности мысли и чувства двигаться к цели по кратчайшему пути, не запутываясь в сложных противоречивых построениях, не сомневаясь в себе. К тому же мышление напряженно-авторитарного порой вязкато, обстоятельно, тяжеловесно, тугоподвижно. Однако оно логически крепко сколочено и, несмотря на упрощенность, по-своему основательно и тщательно. В разговоре такой человек настаивает на своем, его трудно сдвинуть с уже занятой позиции. Напряженность состоит из мрачного настроения, тревожной подозрительности и агрессивной злобноватости. По причине злобноватости эта смесь обжигает собеседника, как крапива. Напряженность нуждается во внешней разрядке, и потому те, кто ее ощущают, невольно стараются вести себя с напряженно-авторитарным человеком осторожней, угодливей или, наоборот, становятся в оппозицию, чем могут окончательно вывести его из себя. Когда

* Подробно о полифоническом характере см. в моей работе 2005 года [3].

напряжение становится для напряженно-авторитарного невыносимым, то происходит “взрыв”, гневно-агрессивная разрядка вовне. Этот душевный склад называют “характером воина”, поскольку для него естественна борьба за свои принципы. Благодаря своей негибкой строгости, напряженно-авторитарные люди могут быть хорошими начальниками, командирами там, где важно держать дисциплину, единство. Некоторым напряженно-авторитарным свойственна высокая степень справедливости, ведь справедливость тоже своеобразная правильность – четкий баланс проступка и наказания, успеха и поощрения. Они жёстко требуют справедливости не только от других, но и от себя. В своей прямолинейной честности они способны на невыгодный для себя поступок, будут яростно драться за правое дело и могут быть утомительны для многих своим правдолюбием. Даже в духовных размышлениях напряженно-авторитарного человека звучит тема власти с ее многоликими гранями, стремление воевать за правду, бичуя недостатки, как видно это в злой сатире Салтыкова-Щедрина» (с. 90-91).

ТТС, выходит, нужна многим россиянам. Этот факт убеждает меня в том, что *diagnosis ex juvantibus* множеству россиян свойственна дефензивность и, значит, потребность в помощи такого рода. Возможно, эта потребность в известной степени отвечает и тому сегодняшнему «духу времени», способствующему усилению творческой жизни людей, о котором пишут современные психологи. Так, психолог Елена Яцута из Кемеровского госуниверситета в своей работе, опубликованной в 2004 г. [27] утверждает следующее.

“Понимание личности как высшей ценности, а не совокупности «стимулов и реакций», «вытесненных комплексов», «продукта социума» привело к созданию гуманистической психологии и одного из ее наиболее ярких проявлений клиент-центрированного подхода в психотерапии К. Роджерса. Своей кажущейся простотой и позитивными результатами применения он стремительно завоевал не только «сердца» психотерапевтов, психологов, но и проник в систему образования, промышленность, здравоохранение. Группы встреч, тренинги личностного развития стали привычным явлением во всем мире. Но «дух времени» обнажает новые проблемы, требующие создания новых подходов в создании условий для сохранения и развития человеческого в человеке, способности ориентироваться в шквале информации, переходя от ее накопления к осмыслению, его активного, осознанного, созидательного и творческого отношения к себе и собственной жизни – того, что в современной психологии обозначено понятием «жизнетворчество» (Д.А. Леонтьев, 2002; Яцута, 2001)” (с. 180-181).

В процессе особого характерологически-творческого образования, воспитания в духе ТТС открываем человеку мир людей с их природными характерами, переживаниями и поступками, в большой мере исходящими из природы человека. Помогаем становиться именно собою, неповторимым подлинным собою (для себя и других), творчески исследуя силу своих слабостей в поисках *своего* достойного общественно-полезного места и своего смысла в Человечестве.

Работая в ТТС со здоровыми людьми надобно быть особенно осторожными в отношении всяческих характерологических ярлыков-диагнозов. Мы и в работе с пациентами стремимся говорить не столько о диагнозах, сколько о характерах, душевных трудностях в самом широком смысле: не так важно для нас есть тут болезненная выраженность черт характера, душевных трудностей или нет. Для нас, важен сам рисунок (картина) души. В душе может быть тягостный неуют определённой характерологической картины – и вот как возможно помочь естественно, отвечающими этой картине особенностями творчества, - помочь в этом переживании. В случаях работы со здоровыми людьми я уже предлагал, дабы не смущать здоровых словом «терапия», говорить вместо «Терапия творческим самовыражением» – «**характерологическая креатология**». В отличие от *эстетики* и *эвристики* **характерологическая креатология** изучает не наиболее *общие* закономерности творческого процесса – эмоционального, душевного (эстетика) и мыслительного (эвристика), – а проникает в *конкретные* характерологические

(в широком смысле) природные особенности, помогая быть вдохновенно-творческим собою, сообразно своей природе.

Конечно, я душой остаюсь, видимо, до конца жизни, в психиатрии, будучи прирожденным клиницистом. Однако, с благодарным удивлением наблюдаю, как ТТС понемногу входит и в здоровую нашу жизнь.

Список литературы

1. Бурно М.Е. Терапия творческим самовыражением. - М.: Медицина, 1989. -304 с.
2. Бурно М.Е. Терапия творческим самовыражением. - М.: Академический Проект; Екатеринбург: Деловая книга, 1999. -364 с.
3. Бурно М.Е. О «шизофреническом характере», о «здоровом шизофренике» в Терапии творческим самовыражением // Московский психотерап. журн. -2005а. - №1. -С. 89-110.
4. Бурно М.Е. О характерах людей (психотерапевтическая книга). - М.: Академический Проект, 2005б. -608 с.
5. Бурно М.Е. Терапия творческим самовыражением (ТТС) без изучения с пациентами душевных расстройств и характеров//Психотерапия. -2006а. -№7(43). -С. 3-4.
6. Бурно М.Е. Терапия творческим самовыражением Изд. 3-е, исправлю и доп. - М.: Академический Проект, -2006б. -432 с.: ил.
7. Бурно М.Е. Клиническая психотерапия. Изд. 2-е, доп. и перераб. - М.: Академический Проект; Деловая книга. -2006в. -800 с.
8. Бурно М.Е., Добролюбова Е.А. (ред.). Практическое руководство по Терапии творческим самовыражением. -М.: Академический Проект; ОППЛ. -2003. -880 с.: ил.
9. Галеева Н.И. Модифицированный вариант Терапии творческим самовыражением М.Е. Бурно на интегрированных уроках «Психология в музыке»//Психотерапия. - 2006. -№12.
10. Грушко Н.В. О психокоррекционном варианте Терапии творческим самовыражением в условиях дополнительного образования//Вопросы ментальной медицины и экологии. -2002. -т.8, №1. -С. 35-40.
11. Конрад-Вологина Т.Е., Поклитар Е.А. Опыт внелечебного использования приема терапии творческим самовыражением М.Е. Бурно//Терапия творчеством (Сборник статей и очерков) / Под ред. Б.А. Воскресенского, М.Е. Бурно. -М.: Изд-во Российского общества медиков-литераторов, 1997. -С. 31.
12. Конрад-Вологина Т.Е., Бурчо Л.И., Лупол А.В. Внелечебные возможности приема терапии творческим самовыражением М.Е. Бурно//Новое в науке и практике (Одесса). -1999. -№1(2). -С. 43-45.
13. Копытин А.И. Теория и практика арт-терапии. -СПб.: Питер, 2002. -368 с.: ил.
14. Копытин А.И. Руководство по групповой арт-терапии. -СПб.: Речь, 2003. -320 с.
15. Копытин А.И. Репортаж о Генеральной ассамблее Европейского Консорциума арт-терапевтического образования//Исцеляющее Искусство. -2005. -№1. -С. 4-5.
16. Копытин А.И. Международное сотрудничество в области арт-терапевтического образования//Исцеляющее Искусство. -2006. -Т.9, №1. -С. 4-6.
17. Манюкова Е.С., Сикорская Т.В., Трегубова Н.А. (ред.). Дополнительные профессиональные образовательные программы: Психология. *Методическое пособие*. -Новокузнецк: ИПК, 2003. -96 с.
18. Поклитар Е.А. Опыт использования психогигиенического варианта терапии творческим самовыражением//Научно-практич. конференция по ЛФК, физвоспитанию, диагностике, лечению и учебно-воспитательной работе. -Одесса: Одесск. управл. санаториями МЗ УССР, 1990. -С. 35.

19. Поклитар Е.А. Семинар виртуальной психогигиены Анны Геник//Новое в науке и практике (Одесса). -2000. -№3(9). -С. 32.
20. Поклитар Е.А. Два типа «религиозного обращения» у занимающихся в группах творческого самовыражения//Новое в науке и практике (Одесса). -2001. -№1(11). - С. 28-29.
21. Романенко Е.В. Из опыта Терапии творческим самовыражением в детском саду// Исцеляющее Искусство. -2002. -Т.5, №1. -С. 58-60.
22. Селиванова Л.А., Шихова Т.Ю., Лучшева Л.М. (ред.) Применение метода терапии творческим самовыражением в работе психолога: Учебно-методическое пособие. - Новокузнецк: Изд-во МОУ ДПО ИПК, 2006. -92 с.
23. Хайл-Эверс А., Хайгл Ф., Отт Ю., Рюгер У. Базисное руководство по психотерапии. - СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа совместно с издат-вом «Речь», 2001. -784 с.: ил.
24. Шихова Т.Ю. Заметка психолога о начале применения Терапии творческим самовыражением (ТТС) в работе с девочками-скаутами//Исцеляющее Искусство. -2002. -Т.5, №1. -С. 61-62.
25. Ян В.И. Опыт применения терапии творческим самовыражением при преподавании на педагогическом факультете//Материалы научно-практической конференции по эмоционально-стрессовой психотерапии, физическому воспитанию, диагностике заболеваний, реабилитации больных. - Одесса: Минздрав УССР, 1990. -С. 6.
26. Ян В.И., Ян-Веселовацкая Я.В. Терапия творческим самовыражением в системе воспитания экологической культуры//Новое в науке и практике (Одесса). -2002. - №1. -С. 35.
27. Яцута Е. От клиент-центрированного подхода в психотерапии к контент-центрированному взаимодействию в образовательном процессе// 2 Всероссийская научно-практическая конференция по экзистенциальной психологии: Материалы сообщений/Под ред. Д.А. Леонтьева. - М.: Смысл, 2004. -С. 180-199.

Дианализ

В. Ю.Завьялов

1. Введение

1.1. Дефиниции

Дианализ – отечественное направление в психотерапии и психологическом консультировании, основанное на синтетической философии личности и феноменологии смысла А.Ф. Лосева. Дианализ – логическое продолжение первой российской методологии психотерапии – «аретерапии» А.И. Яроцкого, в основе которой был заложен метод вдохновения человека идеей его личного возрождения ради великой цели. В дианализе эта идея названа «терапевтической идеей». Она «выводится» из проблемного поля самого клиента методами «пентадной диалектики» и реализуется в новое справляющееся поведение с помощью десяти принципов оказания психологической помощи, экстрагированных из обобщенного опыта мировой психотерапии, доступного практикующему врачу-психотерапевту или клиническому психологу. Дианализ является развёрнутой методологией здравого смысла в области психотерапии и психологического консультирования, которая устраняет излишнюю концептуализацию психических процессов в ходе оказания психотерапевтической помощи нуждающемуся человеку.

1.2. Запрос на данный вид услуги

Клиента психотерапевта или клинического психолога меньше всего интересует методология оказания ему психологической помощи; главное для него – получить действенную помощь в максимально короткое время с минимальными затратами времени и денег. Это – современная рыночная аксиома: оптимальное соотношение цены/качества.

Потребителя услуг психотерапевта и психолога интересует результат от купленной услуги, а не специальный язык, на котором данная услуга описана. Поскольку психотерапия и консультирование является профессиональным занятием, за которое специалист должен получать достойное вознаграждение, а не миссией, которая даёт только большой смысл деятельности, то психотерапию необходимо описывать как дорогостоящую, сложную, ответственную и технически обеспеченную соответствующими средствами услугу:

Дианализ - квалифицированная интеллектуальная медико-психологическая услуга, имеющая цель облегчить душевное состояние человека, методами реорганизации содержания его психической деятельности без прямого вмешательства в его психику.

Итак:

- **услуга** (сфера медико-психологических услуг);
- **облегчение состояния клиента** (главная цель);
- **реорганизация** (методология);
- **ресурсы (личностные) самого клиента** (персонализм);
- **невмешательство в психику** (экология души).

Запрос современного клиента дианализа, сформулированный в контексте данной методологии, следовательно, таков: просьба оказать помощь в разрешении сложных психологических вопросах охраны своего душевного здоровья, развития собственной личности, адаптации к современным условиям жизни и реализации своих позитивных намерений и мотивов достижения значимых целей средствами логико-психологической реорганизации предоставленного материала (рассказ о себе) при условии невмешательства в саму психику, т.е. без манипулятивного воздействия на психические рычаги поведения человека.

В «информированное согласие» на процедуру дианалитического консультирования и психотерапии входит:

- понятное клиенту **описание** самой процедуры (анализ проблемы и формулирование на основе достигнутого понимания решаемых задач);
- декларирование **невмешательства** в психику;
- описание примеров дианалитической помощи как **случаев разрешения** конкретной проблемы и последствий реализации этих новых решений для улучшения жизни, сохранения здоровья и достижения поставленных целей;
- отказ от любых форм химического (психофармакологического) или психобиологического контроля сознания – **«лечение словом!»**;
- предоставление клиенту **информации об иных способах** психотерапии или психиатрического (соматического, психосоматического, комплексного) лечения его расстройств, если таковые можно интерпретировать как «болезнь».

1.3. Применение дианализа

Количество социальных конфликтов в обществе нарастает, поэтому спрос на помощь в разрешении разного рода конфликтных состояний также растёт. Исторически психотерапия, как медико-психологическая услуга, сложилась на рубеже 18-19 веков в центре Европы (г.Вена) на пересечении путей миграции населения европейских стран и была ответом на вызовы времени: социально-психологические конфликты и их последствия в форме неврозов. В этом смысле любая психотерапия, так или иначе, соприкасается с проблемой конфликта. В психоанализе З.Фрейда это был так называемый «внутриличностный конфликт», а сам метод «свободных ассоциаций» был направлен на устранение этого конфликта и его психосоматических последствий в форме «симптома» или «ингибции» психики («невроз характера»).

В дианализе также имеется цель разрешения социально-психологического конфликта, который является источником аномального поведения и эмоциональных расстройств, но делается это другими средствами – поддержка личности конкретного человека и активация его сознания и мышления. Применённый к реальным задачам современных людей, дианализ есть практическая конфликтология, в которой различают три различных класса явлений, подпадающих под общее определение «конфликт»:

- **Внешний конфликт**
- **Внутренний конфликт**
- **Псевдоконфликт**

Под «внешним» конфликтом понимается какой-либо социально-психологический конфликт с двумя и более субъектами (диада, триада, коалиции, группы людей), где «третьей» стороной является предмет спора («яблоко раздора»). «Внутренний» конфликт есть конфликт с одним участником, одним субъектом. В дианализе данный вид конфликта понимается как конфликт в области сознания, ума, воли и других форма психической репрезентации внешней действительности (Реальность) и внутреннего мира (Символ). Практически всегда внешний и внутренний конфликты существуют одновременно в самых разных пропорциях и отношениях: внутренний конфликт может быть отражением внешнего, он может быть интерпретацией внешнего конфликта или фактором усиления/ослабления внешнего конфликта и т.п.; внешний конфликт может быть источником внутреннего конфликта, катализатором или ингибитором внутреннего конфликта и т.д.

Разделение этих двух видов конфликта крайне важно, так как способы помощи при внешнем и внутреннем конфликте в логико-семантическом отношении полярно противоположны. Так, коротко говоря, внешний конфликт решается с помощью формальной логики (+ психология социальная, дифференциальная и прочее). Внутренний конфликт разрешается методами диалектики (+ психология личности, единая теория психических процессов и прочее).

Псевдоконфликт есть внедрённая в сознание человека идея конфликта человека с самим собой. Над этим постарались многие философские, религиозные и политические системы, проводя через методы образования и воспитания внутренний раскол в человеческой личности. В дианализе Личность понимается как надсистемное свойство («эмерджентное» свойство любой системы), как Единичность и Единственность смысла человеческого существования. Класс «псевдоконфликта» - это различные искажения внутреннего единства и интегрированности личности человека. Только система может находиться в «конфликтном» или «бесконфликтном» состояниях. Личность, как она понимается в персонализме, не есть «система». Это «сверхсистемное» качество человека, которое можно приблизительно описать как «Первообраз» (некий Абсолют), как абсолютную собранность и обобщенность всех образов для уподобления и подражания. В этом абсолютном образе нет никакого конфликта, но царит «тайная гармония» (по Гераклиту). Псевдоконфликт решается способом, близким к тому, что описал в «арететерапии» А.И. Яроцкий – исцеление вдохновляющей Идей-Образом.

1.4. Практика: терапия и консультирование

Дианализ может быть использован и как метод терапии, когда целью является лечение или реабилитация больного после иного лечения, и как метод консультирования условно здоровых лиц в преодолении различных жизненных трудностей, и как метод коучинга («инновационный коучинг») для целей помощи в управлении проектами, бизнес-процессами и коллективами.

Всего разработано пять форм реального применения методологии Дианализа: интервью, дискуссия, иммагинация, реорганизация и амплификация. Каждая «форма» это целый класс методик и приёмов работы с клиентом, объединённых общим подходом («стратегией»). Так, интервью – это стратегия преодоления избыточной концептуализации

в познании собственных проблем и затруднений («терапия очевидностью»). Дискуссия – стратегия диалогического познания истины, за основу которой взят «Сократический диалог» или диалектика в её первоначальном значении как «умная беседа». Иммагинация («диасинтез») это стратегия восстановления непрерывности жизни с помощью «живого воображения», борьба с «циклическими» проблемами и обрывами смысла («психологическими прерывателями»). Реорганизация есть стратегия наведения порядка в элементах психического и жизненного опыта. Амплификация есть стратегия построения осмысленной, наполненной живого смысла картины жизненного пути человека, усиления осмысленности судьбы и каждого поступка человека. Все формы внутренне содержат одну и ту же диалектическую логическую форму («пентаду»), хотя и наполнены самыми разными методическими приёмами.

Предметная область оказания помощи компактно описывается с помощью десяти принципов, которые были сформулированы на основе многолетнего изучения опыта психотерапии разных школ и направлений и обобщения психологического содержания симптомов «болезни» или «расстройства» клиентов, обратившихся за помощью к автору на протяжении 35 лет врачебной и консультативной практики. Эти принципы на одном языке описывают три аспекта любой психотерапии и консультирования: достижимые цели, процесс их достижения и результат. Принципы (Декалог) создают профессиональный тезаурус для специалистов данной модальности психотерапии и консультирования.

1.5. Направления исследований

Сформировались два главных направления исследования в развитии дианализа:

- Методологическая разработка дианализа
- Прикладной дианализ

Первое направление в свою очередь распадается на два направления: методологическое обновление дианализа (ежегодные презентации «новой версии») и дидактический дианализ (способы преподавания дианализа, упрощенные описания методологии и форм работы).

Второе направление исследований касается применения дианализа в различных конкретных областях деятельности психотерапевта и консультанта:

- Психиатрия (аддиктология, неврозология, реабилитология);
- Психосоматическая медицина (неврозоподобные состояния, стресс и пр.);
- Социальная психиатрия (профилактика неврозов в СМИ, аналитика и др.);
- Социальная психология (брачное консультирование, помощь семьям);
- Социальная педагогика (консультирование учителей и родителей школьников);
- Управленческая психология (коучинг, поддержка кадровых решений лидера и пр.).

Научный потенциал дианализа достаточно полно раскрылся при выполнении НИР «Создание методических основ выявления конфликтов в коллективах с применением технологий компьютерного сетевого анализа» по заказу Федерального агентства по науке и инновациям (субвенция) совместно с институтом цитологии и генетики СО РАН (лаборатория теоретической генетики, акад. Н.А.Колчанов). В ходе выполнения работы был создан компьютерный метод анализа личности (P-test, Свидетельство №2008611336 и P-analyzer, Свидетельство №2008611605) и метод выявления конфликтных структур в социальных сетях «Социотом».

Дианализ, как метод психотерапии используется в ряде клиник в России и Украине, а как методология консультирования используется в академии инновационного коучинга (г. Москва). В 2004 году дианализ признан в качестве российской модальности психотерапии в ППЛ.

2. Методология дианализа

2.1. Краткое описание

Дианализ – это метод психотерапии и консультирования, центральной частью которого является анализ существующих противоположностей в действии ума. Самая известная противоположность – заблуждение и истина. Никакое высказывание человека не бывает абсолютной истинной, никакая ложь не бывает абсолютной ложью. Всегда найдётся соответствующий контекст, в котором истина окажется ложью, а ложь – истиной. Ум живёт в таких противоположностях. Без создания противоположностей ум проявлять свою активность не может, он – бездействует.

В философских школах анализом противоположностей – «антиномий разума», занималась диалектика. В психотерапии, которая насчитывает около 150 лет истории, традиционно использовалась формальная логика («рациональная психотерапия» Дьюбуа), психология мышления («когнитивная» психотерапия А.Бека), научное мышление («поведенческая» терапия И.П.Павлова, Вольпе и других), системное мышление (гештальт-терапия, семейная системная терапия) и т.д. Кроме указания на «сократический диалог» (как искусство ведения спора) о диалектике в психотерапии говорится очень мало. Некоторые специалисты утверждают, что Зигмунд Фрейд, основатель психоанализа, в конце жизни интересовался диалектикой, хотя и «не дошёл до неё». Самый талантливый ученик Фрейда Карл Юнг в диалектике видел не игру ума, а игру бессознательных сил.

Дианализ – система понятий и концепций, предназначена для помощи человеку в решении «трудных вопросов жизни» и построена на основе «абсолютной диалектики» А.Ф. Лосева (в списке использованной литературы перечислены труды философа, из которых выбраны основные логические конструкции дианализа). В дианализе нет привычной для всякой модальности «теории личности», как системного описания интегративных свойств психики. Вместо «теорий личности» в дианализе развивается «личностный взгляд» или «личностное мировоззрение», т.е. персонализм. Изучается и анализируется не личность человека (иначе «личность» сразу бы становилась «объектом» исследования), а содержание переживаний – мыслей, воспоминаний, фантазий.

Главной темой дианализа, отправной точкой анализа любой темы, является *заблуждение*, которое есть причина «проблемы», а проблема есть причина расстройств, которые предъявляет клиент. Задача дианализа – разобраться в типе расстройства, выявить лежащую за ним проблему, а за проблемой обнаружить её сущность – заблуждение (ошибка вывода, ложное умозаключение, ложная аргументация, неадекватная система убеждения и др.). Заблуждение понимается как отдаление от истины. Чем дальше человек отклоняется от истины, тем более «трудный вопрос жизни» возникает перед ним. Когда отклонение достигает некой критической точки, человек не в состоянии сам, без сторонней помощи, без другого человека разрешить этот «вопрос». Дианализ помогает распознать заблуждения, выявить главные противоречия и конфликтующие мотивы, «антиномии», «расколы сознания» и найти пути примирения и объединения противоречий. В этой своей главной направленности дианализ, как и многие другие методы психотерапии и консультирования, является «лечением правдой», светским вариантом философско-религиозного поиска истины.

2.2. История создания дианализа

Дианализ – система интегративного консультирования и психотерапии, созданная в конце XX века и предложенная специалистам в области консультирования и психотерапии в 2000 году для апробации. До 2003 года дианализ преподавался только на семинарах и в «мастер-классах». В конце 2003 в Киеве, в начале 2004 года в Новосибирске вышел первый «Элементарный учебник дианализа» (Завьялов, 2003, 2004).

Дианализ – итог 35-летней работы автора врачом-психотерапевтом, клиническим психологом психодиагностом (тесты Роршаха, ТАТ, ММРІ, Зонди и др.) и учёным-исследователем. Обе диссертации, кандидатская и докторская, были посвящены клинико-психологическому анализу личности зависимых от алкоголя людей.

В 1975 году в соавторстве с профессорами В.М. Банщиковым и Ц.П. Короленко вышла первая книга «Эмоции и воображения: клинико-психологические исследования». В ней был заложен «первый кирпичик» в персоналистическое мировоззрение и тот интегративный подход в психотерапии, который воплотился в систему дианализа.

Современная психотерапия, зарождение которой почти все историки медицины относят к дискуссии по поводу «животного магнетизма» Антона Месмера (1784 г.), началась именно с понимания роли воображения в возникновении и преодолении болезней. Функция воображения действительно была тем «полем», где совпали интересы (и понимание) психиатров, интернистов, гипнологов («магнетизёров») — первых официальных психотерапевтов. Многие аспекты дианализа ранее были поняты и продуманы в контексте терапии через активацию воображения, личный выбор человека, формулирование смысла деятельности. После ознакомления с работами Якова Голосовкера («Логика мифа» и другие) воображение было осознано как высшая познавательная функция человека, которая связывает «два берега» — «Прошлое и Будущее», а также объединяет в человеке все разрозненные смыслы. Много лет свою психотерапевтическую деятельность автор называл «имагинацией» и «Имаго-терапией» (по Вольперту).

До 1993 года автор участвовал во многих проектах развития и распространения методов современной психотерапии (Транзактный анализ, Эриксоновский гипноз, НЛП, Гештальт-терапия, Экзистенциальная терапия, Когнитивная терапия А. Бека, Терапия реальностью Глассера и многое другое). С 1993 года, когда вышли запрещенные ранее труды А.Ф. Лосева («Диалектика мифа», «Самое само» и другие работы философа), пришло и понимание того, как именно можно интегрировать многочисленные методы и концепции психотерапии и клинической психологии: не через создание «объединённой теории личности», а через описание методологии самой деятельности врача-психотерапевта, консультанта, психолога. Методология дианализа, выражаясь очень кратко и ёмко в стиле А.Ф.Лосева, была сформулирована следующим образом: «Вглядываясь в Эйдос, постигай Логос». «Перевести» на обычный психологический язык можно так: вглядываясь в личность человека, которая по сути своей есть тайна, консультант вправе реконструировать любые концепции, объясняющие то или иное поведение и скрытые мотивы поведения, для того, чтобы постигнуть глубинную логику жизни личности (Логос). Основная цель дианализа - помочь человеку осознать свои истинные цели и сформулировать решаемые задачи развития собственной личности в изменчивом мире.

2.3. Формула дианализа: *Примирение неизбежных противоречий жизни личности.*

Эта формула есть компактное выражение методологии и метода под названием «дианализ». Название было придумано автором в 1997 году и зарегистрировано свидетельством РФ как торговый знак в 2004 году. В 2008 году торговая марка «Дианализ®» (на трёх языках) зарегистрирована в Украине. Главный смысл в названии передаёт термин «анализ». Это – аналитическая методология и аналитический метод помощи. Приставка «ди» означает диалектику, примененную к двойственной природе человеческой личности. В дианализе используется «абсолютная диалектика» А.Ф. Лосева. В упрощённом виде эта диалектика описывается как «пентада» – форма саморазвития идеи через ряд самоотрицаний (четыре) и синтезов (три):

| Момент | название | диалектический метод |
|--------|----------|----------------------|
|--------|----------|----------------------|

| | | | |
|----------|----------------|-----------|--------|
| 1 момент | Единое | Полагание | |
| 2 момент | Многое | Отрицание | Анализ |
| 3 момент | Становление | Отрицание | Синтез |
| 4 момент | Ставшее | Отрицание | Синтез |
| 5 момент | Нестановящееся | Отрицание | Синтез |

Формула дианализа строится на «пентаде» (В.Ю. Завьялов, 2004, 2005г.):

| | |
|--------------|--|
| Примирение | (<i>Единое</i>) |
| Неизбежных | (<i>Многое</i>) |
| Противоречий | (<i>Становление</i>) |
| Жизни | (<i>Ставшее или Факт</i>) |
| Личности | (<i>Нестановящееся или Символ и Миф</i>) |

В «пентаде» одна идея развивается по законам диалектики. В формуле дианализа идеей является «услуга по оказанию помощи» или просто «услуга». Теперь подробнее о «расшифровке» формулы:

1. Примирение

Единство – это «тайная гармония» (Гераклит) расходящихся в Природе и Социуме действующих сил. Эти силы репрезентируются в разуме как противоположности, «антиномии». Мирное существование антиномий разума, противоречий в понятиях, возможно только с помощью диалектической логики и мифа. Противоположности примиряются в третьем, новом, «ином» понятии. Примирение противоположностей в некоей системе есть приведение системы в бесконфликтное состояние

2. Неизбежных

Избегание противоречий – главная форма психологической защиты, защита неведением проблем, избегание проблем. Обычная жизнь человека, открытая для изменений – это принятие противоречий. В идеологии Евросоюза, например, примирение неизбежных при совместной жизни противоречий есть основа жизни народов, населяющих континент. Так и в личной жизни любого человека противоположные тенденции неизбежны, борьба мотивов неизбежна, конфликт потребностей неизбежен. Неизбежные противоречия – двигатель непрерывного развития человека. Они формируют сознание. Они же – источник переживаний и болезней. Симптомное поведение – это попытки избавиться от противоположностей вообще («не хочу думать», «сделайте, чтобы я ничего не чувствовал»), либо уродливая форма удержания противоположностей в состоянии конфликта, борьбы или войны.

3. Противоречий

Противоречие – это «заговорившие противоположности», оформленные словом, речью. Этимология термина «противоречие» подсказывает, что это «речь против» чего-то. Сущность человека – его осмысленная речь, в которой отражается весь мир и сам человек. Человек здоров до тех пор, пока он объединяет противоположности, соединяет несоединимое, как кентавр, у которого было конское тело и человеческое тело в одном. Человек тоже «кентавр». В нём соединяются, не сливаясь воедино, отцовское и материнское начало, мужское и женское, общественное и личное, всеобщее и индивидуальное. Личность – «неслиянное и нераздельное» единство противоположных начал, вечное становление человека.

4. Жизни

Человек живёт разумной жизнью. Это – жизнь-в-разуме. Жизнь без разума – это смерть. Современное определение смерти – смерть мозга, смерть разумного начала. В дианализе главным предметом является жизнь человека, которая отражается в его разуме, а не абстрактные понятия. Эмоции – факт жизнедеятельности человека. Мысль – факт разумной жизни человека, смысл – факт существования его как личности. Факт распадается на множество более мелких фактов, которые несут на себе смысл целого факта. В дианализе всегда берётся некий факт или совокупность фактов. Интерпретация

факта подчинена главной цели – поиску путей примирения противоречий. Дианализ не есть «когнитивная терапия». Это – терапия способа жизни, фактического существования человека.

5. Личности

Личность человека есть *смысловое всеединство человека*, синтез субъективности и объективности. Это – взгляд на личность с точки зрения *персонализма*. Для личности всё есть объект познания, все свои собственные мысли и чувства. Субъект – источник активности, динамики и самовыражения. Субъект никак нельзя определить позитивно – только через отрицание своей противоположности – объекта. Поэтому в своей сущности личность есть тайна, которую нельзя раскрыть до конца, которую нельзя изучать научными методами. Существуют объекты внешнего мира и «ментальные объекты». Сами по себе объекты и отношения к ним не есть «личность». Можно изучать только объекты, с которыми личность как-то связывается, с которыми строит отношения, а с личностью можно только общаться и вопрошать к ней.

2.4. Теория помощи

Социальность человека есть результат развития помощи и взаимопомощи. Социализация человека – развитие умения помогать и принимать помощь. Социально развитый и благополучный человек это тот, кто получил, получает и будет получать помощь от других людей (например, денежный кредит), а также тот, кто давал, даёт и будет давать помощь нуждающимся.

Феномен «выученной беспомощности», открытый Мартином Селигманом, несёт в себе важную для теории помощи закономерность, повторяющуюся в определенных условиях с необходимостью. Если животное, включая и человека, обучается тому, что от его поведения ничего не зависит, что оно (он) не контролирует ход важных для его жизни событий, то такое животное становится беспомощным существом. Более того, обучившись беспомощности в одних обстоятельствах, существо становится беспомощным и в других обстоятельствах, иногда тотально. Практически все расстройства, с которыми сталкивается психотерапевт в своей практике, так или иначе, есть результат «выученной беспомощности» в какой-то области, чаще – в самоуправлении и самоорганизации собственного поведения. Следовательно, помощь таким людям заключается в восстановлении управления. Если речь идёт о состоянии конфликта (внутренний или внешний, или тот и другой одновременно), то такую помощь можно назвать «помощью в управлении конфликтом».

Поддержка личности, усиление личностного начала в человеке (интеграция и смысл) есть наша главная цель. Дианализ предлагает помощь в форме раскрытия и расширения смысла собственной деятельности человека через понимание символов, в которых и через которые проявляется его личность. В человеке всё можно брать как символ – поведение, жалобы, симптомы, рассказы, сновидения, образы, метафоры, «фигуры умолчания», слова, жесты, интонации и прочее. Для этой цели в дианализе используется теоретическая конструкция из трёх исторически сложившихся учений о Личности (персонализм), Реальности (онтология) и Символе (символология или «абсолютная диалектика» А.Ф.Лосева). Эта конструкция позволяет сформулировать основополагающие аксиомы, фундаментальные понятия, а уже на их основе – определять содержание и форму непосредственной работы с клиентом, что подытожено в «Протоколе Дианализа».

Помощь, которую предоставляет психотерапевт или психолог-консультант, должна быть адекватной по объёму сформулированной задачи, объёму социально-культурного опыта клиента и объёму «усвояемости» материала, «сродности» с характером клиента, этической направленности. Избыток помощи может приводить к «выученной беспомощности» (зависимость клиента от влияния и руководства психотерапевта), а

недостаток к «ситуативной беспомощности», когда человек остаётся один на один с нерешенными задачами и непознанной проблемой.

В дианализе принята такая трактовка проблематики психологической помощи:

- человека радикально изменить нельзя, поэтому не ставится задача изменить характер или эмоционально-волевые автоматизмы;
- сам «субъект» в каждой личности есть абсолютная, неуязвимая ничем, недостижимая, неизменная сущность, поэтому она и не нуждается ни в чём, следовательно, «работать» нужно только с избранными *объектами*;
- избранные объекты (ментальные и реальные) практически недостижимы для консультанта и не являются предметами его компетенции и ответственности, следовательно, не самими объектами, а лишь их та или иная *организация* (порядок или беспорядок), те или иные *отношения* к объектам являются предметом психотерапии и психологического консультирования;
- отсюда выводится методология дианализа: реорганизация личного материала, предоставленного клиентом своему психотерапевту (1) и облегчение процессов, ведущих к необходимым изменениям (2).

Дианализ есть методология **реорганизации содержания психики**, которое раскрывается в личном контакте с человеком, обратившемся за помощью (работа с контентом), и **поддержка личности**, находящейся в процессе перемен (фасилитация).

2.5. Реконструкция традиции помощи

Утверждённая в 2004 году в ОППЛ модальность «Дианализ» есть результат сознательного отказа от «спасительной врачебной лжи» (типа «кодирования» и плацеботерапии), от упрощенных вариантов духовных практик (мандалы, мантры, дыхательные техники, молитвы и ритуалы), от магии и оккультных практик, от «комплексного лечебного воздействия» (психофармакология + институционализация + душевный разговор у постели больного), от психотехнологий контроля сознания типа НЛП. Дианализ основан на идеях христианского персонализма, разработанных такими русскими мыслителями, как Н.А.Бердяев, А.Ф.Лосев, М.М.Бахтин и другие. Личность понимается как «смысловое всеединство человека». Весь корпус методологических знаний, базовых допущений, онтология (связанная система понятий, классов и терминов), словарь и описание процессов консультирования и психотерапии выводится из пяти аксиом:

1. Проблема – это попытка разрешения неизбежных противоречий в жизни человека; проблему можно только понять, но не разрешить – решается задача, условия которой определены при идентификации проблемы.
2. Личность – носитель проблемы. Этот «носитель» может иметь и разный объём, и разное качество обработки проблемы, но сам он не производит никаких проблем.
3. Реальность – источник проблем. Только в самой реальности существует противоборство различных интересов, сил, сторон, течений и группировок. Человек также есть часть этой реальности, он входит во множество противоборствующих группировок.
4. Символ – выразитель проблемы. Проблема, т.е. само столкновение сил или интересов в личности-носителе, может быть представлена только в каком-то символическом виде – словесном, телесно-выразительном, опосредованном и пр.
5. Помощь – активное эмпатическое выслушивание и непрерывный личный контакт с клиентом (полное участие); клиент – эксперт в своей персональной жизни, консультант (терапевт) – методолог реорганизации содержания проблемы и свидетель рекреативных процессов в самом клиенте и его

окружении. В помощи нет специального обучения языку и концепциям терапии, нет «ведения» или «руководства» клиента.

Эти аксиомы, т.е. утверждения, истинность которых уже не доказывается, а принимается на веру, как исходные предпосылки мышления, выработались на основе:

- а) длительной (более 35 лет) клинической и социальной практики оказания реальной помощи людям по самым различным аспектам их жизни;
- б) научной проработки концепций психологической помощи (более 25 лет);
- в) коллективного обсуждения дианалитического подхода в оказании психологической помощи людям (более 10 лет).

Некоторые результаты этих обсуждений и дискуссий оформлены в книгах [3,4, 5, 6], большая же часть дианалитического метода остаётся в области разговорного, устного жанра, поскольку живой диалог двух личностей в процессе психотерапии никак не уместается в текст.

С точки зрения дианалитической методологии психотерапия как профессия есть синтетическое увязывание следующих традиций оказания помощи человеку человеком:

1. **Сократический диалог.** Диалектика как «умный разговор человека с человеком» и искусство коммуникации в самом широком смысле, а также практика самопознания через стройную систему понятий и строгих рассуждений.
2. **Арете-терапия.** Помощь вдохновляющим смыслом. Идеализм как лечебный фактор по А.И. Яроцкому (*смысл*, а не слово является фактором лечения). Терапия доблестью, как это происходит в боевых искусствах. Усиление духа, этического и личностного начала в человеке.
3. **Реализм** межличностного общения. Традиция точного разделения вещи и имени вещи, недопущение «спиритизма», «ясновидения», «гаданий», прямое обращение к человеку («аппеляция к личности»), коррекция «паратаксических искажений» (термин Стака Салливена), отказ от решения «чужих проблем», общение только с реальным человеком. Научная традиция Нового времени и Просвещения.
4. **Принципиальная несерьёзность**, восприятие происходящего как свободной игры культурного смысла и сил природы («карнавальность» М.М.Бахтина, «смеховая культура» и «смех как мировоззрение» по Д.С.Лихачёву).
5. **Здравомыслие.** «Стройность мысли» по Платону. Среднее между верой и знанием по Григорию Сковороде. Осмысление факта в свете его инобытия (т.е. смысла) по А.Ф.Лосеву.

В современной культуре передача традиции идёт по так называемому «универсально-понятийному» типу (термин М.К. Петрова), при котором совершается большая фрагментация социокультурного знания. «Потоки частиц» социокультурных традиций рассеяны и распределены в культурном пространстве, запакованы в различных ячейках социокультурного кода. По этой причине их можно легко извлекать, но при этом встаёт очень большая и сложная задача их соединения, синтеза в интегральное целое, которое и может претендовать на роль целостной, признаваемой и необходимой обществу профессии. Такой интегративной профессией, которая соединяет в себе аспекты многих видов помогающей деятельности, проверенных веками, и должна являться психотерапия.

3. Показания и противопоказания к применению дианализа

3.1. Проблематика дианализа

В самом общем виде дианализ показан для понимания жизненных проблем и решения вытекающих из этого найденного понимания задач. Проблему нельзя решить, но можно сформулировать решаемую задачу, и решить её, обеспечив тем самым «разрешение проблемы» в её локальном пространственно-временном проявлении. Например, проблема смертности не может быть «окончательно» решена: люди смертны, но хотят быть бессмертными, мечтают о бессмертии души и т.д. Смерть – основа передачи культурного

кода. Не было бы смерти, не возникла бы и культура. Но смерть – самый главный враг человека. Проблему эту можно понять как противостояние двух глобальных сил Эроса и Танатоса, которые никогда не примиряются в единой «тайной гармонии», разве, что в мифе. Однако в локальном месте и времени можно решить задачу примирения этих противоположных тенденций.

Скажем, истерический симптом «мнимая смерть», как это показал еще Эрнст Кречмер в своей знаменитой работе «Об истерии», даёт больному возможность «умереть» для одной жизни (опасной) и возродиться для другой (благоприятной). Симптом соединяет в локально-временную структуру и «умирание» и «рождение». Конечно, симптом «мнимой смерти» есть только символ объединения «Танатоса» и «Эроса». Симптом не удобен для полноценной жизни, но он необходим клиенту для срочного синтеза непримиримых противоположностей, которые разрывают его сознание и мышление. Врачу необходимо, с точки зрения дианализа, помочь переформулировать жизненную проблему клиента, которая, выражена на языке клиента как аффективно насыщенное, запутанное или даже бессвязное описание «смертельной битвы» или «места побоища». Точное формулирование проблемы приводит к прояснению задач, которые может решать клиент доступными средствами. Симптом «мнимой смерти» далее можно заменить более адекватным локальным разрешением конфликта «быть или не быть», но это решение должно быть «сродным» для человека, как одежда – по его размеру и росту.

Фундаментальное допущение дианализа состоит в том, что любой симптом, включая и «бессимптомно протекающие» характерологические расстройства, является проявлением *проблемы*. Сама проблема может быть описана на абстрактном уровне как столкновение противоположностей, но на уровне психологических процессов всегда есть осуществлённая попытка синтеза (синтетическая функция мозга и интегративная сущность личности). Эта попытка завершается «неполным синтезом» противоположностей, который на уровне психических процессов («перцептивно-когнитивно-поведенческая структура целого» по Л.С.Выготскому) выглядит как некое искривление нормы – «мнимое уродство». Симптом – это «логический кентавр». Как известно, в греческой мифологии все кентавры, кроме одного – Хирона, были дебоширами и скандалистами, т.е. аномальными существами. Почему же кентавр Хирон стал исключением? Вероятно, по причине развитого ума и тех обширных познаний, которыми он был наделён, чтобы достигать безконфликтных состояний своей системы «человек-конь». Хирон постоянно «разрешал» свою глобальную неразрешимую проблему синтеза человеческого и животного. Полный синтез невозможен, эти стихии «нераздельны и неслиянны», но можно решать задачи «локального синтеза». Мифический герой Хирон владел средствами «тайной гармонии», поэтому не давал своим стихиям разорвать себя или нарушить нормальное поведение. Для охраны психического здоровья, следовательно, необходимо владеть навыками интеграции своего психического опыта, гармонизации и разрешения внутренних конфликтов, как мог бы это делать философ-мудрец или ученый. Альберт Эллис так и обозначил в 20 веке роль психолога-консультанта и главную задачу его клиента – стать философом.

Для решения задач «локального синтеза» мы выбрали пять супер-категорий диалектики, которые использовал в своей работе по философскому синтезу А.Ф.Лосев:

- Сущность
- Тождество
- Различие
- Покой
- Движение

Эти категории «разлагают» любое понятие или «предмет мысли», включая и симптом, который в дианализе в момент его ментальной обработки в голове консультанта также понимается как «понятие» или «предмет мысли». **Сущностью** любого симптома является «жизнь личности». Сам по себе симптом «живёт» только на страницах

специальных книг и в речах специалистов, т.е. «в семантических полях» различных интеллектуально-экспертных систем. В живой личности симптом есть внешнее выражение внутреннего смысла жизни этой личности.

Симптома вне личности не бывает. Симптом **тождественен** самому себе и **отличается** от себя самого, поскольку проявляется в разных контекстах по-разному. В некоторых контекстах он принимает безусловно положительное приспособительное значение, в некоторых – безусловно отрицательное, как знак разрушения и скорой смерти. Симптом тождественен самой личности, но и отличается от личности. В симптоме заключён сжатый смысл всей личности («самотождественное различие»). Симптом постоянно меняется (**движение**), трансформируется, но он остаётся в памяти и сознании клиента, как нечто неменяющееся (**покой**), как закреплённое в именовании выражение («**подвижной покой**»). Чтобы схватить смысл симптома, следовательно, надо одновременно мыслить его всеми пятью категориями. Симптом в итоге понимается как:

1. Символ
2. Неполного синтеза противоречий
3. Становления личностного смысла
4. Реально происходящего в человеческом поведении
5. Самораскрытия персонального мифа

Поначалу это немисливо сложно для тех, кто только начинает знакомиться с дианализом. Но по мере овладения навыками «пентадного мышления (синтез «антиномического», диалектического, аналитико-синтетического, системного и мифопоэтического мышления) «схватывание смысла» симптома удаётся всё легче и легче. Сложность оборачивается простотой в обращении с самыми сложными и запутанными человеческими проблемами.

С точки зрения пентадного мышления существует всего пять глобальных проблем, которые можно отнести к «терапевтической глобалистике», т.е. самым общим проблемам, выраженных наиболее обобщенно:

1. Отождествление с проблемной ролью («комплекс»);
2. Недостаток тождественности («утрата смысла», «нарушение идентичности»);
3. Психическая ригидность, фиксация на одном («зацикленность»);
4. Неустойчивость, дефицит стабильности («суетливость», «сверхгибкость»);
5. Утрата чувства субъективности «Я» («автоматизмы поведения», «потеря Я»).

Эти глобальные проблемы решались в основных направлениях мировой психотерапии соответствующими методами – «метод психотерапии» есть ответ на понимание глобальных проблем жизни современного человека, перечисленных выше:

1. Разотождествление (Ассаджиоли);
2. Инсайт, познание, идентичность (Фрейд, Дьюба, Бек);
3. Пластичность, изменчивость (Гроф, М.Эриксон);
4. Стабилизация, успокоение (аутотренинг Шульца, медитация);
5. Субъектизация, индивидуация (Франкл, Юнг).

В дианализе произведена попытка интегрировать эти и другие модальности психотерапии с помощью синтетической философии А.Ф. Лосева, которого в мировой литературе относят к феноменологам. Как и в феноменологической психотерапии, главное, что делает психотерапевт – ищет смысл в том, что происходит в личной жизни человека, как этот смысл связан со смыслом жизни близких этому человеку людей, как этот смысл, в свою очередь, интегрируется в смысл происходящего со всеми людьми. В отличие от европейской школы феноменологов (Гуссерль, Франкл, Лэнг и др.) в дианализе понятие «смысл» трактуется иначе – по-лосевски.

Используя весь доступный арсенал «абсолютной диалектики» из выявленного личностного смысла симптома выводится и сама «терапевтическая идея». Терапевтическая идея не есть «рецепт» или «правильные рекомендации», а также – «опыт других», «научно подтверждённые знания» и т.д. Это – оформленный в процессе

диалогического познания полный смысл личной (Личность) жизни человека (Реальность), выразивший себя в «персональном мифе» (Символ). Терапевтическая идея, следовательно, есть знание «Реальной Личности, выразившей себя в Символе» или познание «Символа, в котором выразился смысл Реальной Личности». Психотерапевту необходимо найти такой Символ, в котором максимально полно (хотя и сжато) выражается Личность, пребывающая в реальном времени и реальном пространстве жизни.

Главное показание к применению дианализа – *относительный или абсолютный дефицит смысла* в персональной, индивидуальной и социальной жизни обратившегося за помощью человека.

3.2. Классификация проблем (логистика проблем)

Основные проблемы, с которыми можно успешно справиться с помощью дианализа, следующие:

- Аддикции: зависимое поведение
- Неврозы: конфликтогенное поведение
- Депрессия: экономическое поведение (отказ от управления, экономия ресурсов)
- Комплексы: отклоняющееся поведение, расстройства личности
- Коммуникативные проблемы: хаотическое поведение в браке, семье и на работе.

В каждой области прикладного дианализа анализируется БЗ – базовое заблуждение, которое порождает заблуждения и противоречия нижнего (перцептивно-поведенческого) уровня. Например, в аддиктивном поведении базовым заблуждением может быть такой парадокс: «умирать, не умирая» (проблематика Мармеладова, героя Достоевского; проблематика тех мужчин, которые часто оказываются «мертвецки пьяными»). На более низком уровне данный парадокс превращается в парадоксальную самоинструкцию «пить, не пьянея» т.е. быть одновременно и пьяным и трезвым. Это и есть сущность проблемы – попытка синтезировать в себе несовместимые цели. Символически она выражается в «патологическом влечении к алкоголю», т.е. в демонизации («психиатризации») собственного желания изменить своё душевное состояние. Невозможность такого синтеза влечёт за собой появление целой системы оправдания и психологической защиты, которая и выставляется в качестве «объекта терапии». «Лечить» проявления психологической защиты («отрицание», «вытеснение») бесполезно, как показывает практика: формы защиты меняются, приспособляются (как микробы к антибиотикам) к выставляемым на пути пьянства препятствиям. Необходимо постигать сущность описанного выше парадокса и на основе понимания формулировать вместе с клиентом решаемые задачи, направленные на изменения опасного потребительского поведения.

В невротическом симптоме вскрывается конфликт установок или других психологических процессов (конфликт мотивов, конфликт потребностей, конфликт влечений). В принципе, это похоже на патогенетический подход В.М.Мясищева, однако, в конечном итоге «пентадная обработка» невротического симптома даёт более разработанную смысловую картину жизненных затруднений человека и позволяет быстрее находить «терапевтическую идею», т.е. способы разрешения внутреннего конфликта. Например, молодая девушка после смерти матери стала испытывать невротический страх потери равновесия (приступы «головокружения», неуверенность в себе, опасения упасть в обморок на улице и т.д.). Базовое заблуждение – «я такая же, как мать, пойду тем же путём» (мама страдала в браке с мужем-алкоголиком, неудачно выбрала профессию, нарушала закон, заболела раком и рано умерла), т.е. сущность проблемы в неполном синтезе «Я сама» и «моя мать, как часть меня». Эта попытка соединить несоединимое привела к невольному отождествлению себя с умершей матерью. Психогенез симптома: отождествление с мёртвой матерью → мысль о необходимости попасть в ад, как и мать → страх находиться в квартире умершей матери из-за навязчивых представлений «адской пропасти» → страх провалиться «в тартарары» → страх потерять

равновесие «на краю пропасти» и далее с выработкой целой системы защитных ритуалов и «бегства в болезнь». Поведение: продала квартиру матери, встречается с парнем, но боится, что тот её «бросит (в пропасть)», не доверяет ему, проедает денежный капитал, ждёт чудесного исцеления, ходит по врачам, ищет у себя признаки рака. Терапия: анализ жизненной ситуации с фокусированием на её личностном развитии, вскрытие базового заблуждения, формулирование «терапевтической идеи» в символическом представлении «подкидной доски» («жизненный трамплин»): на такой доске клиентка живо представила позитивное значение «края», «неустойчивости-подвижности» гибкого основания трамплина, «прогибания под ней» этого основания, готовности к прыжку, необходимости координации и движения к выбранной цели и прочих деталей адаптивного поведения. Смысл симптома совершенно изменился: «головокружение» превратилось в предчувствие полёта. Базовое заблуждение превратилось в иную систему аргументации: «я иду своим путём, а жизненный опыт моей мамы поможет мне преодолеть препятствия на этом пути». Далее, в полном соответствии с «Протоколом Дианализа» (см. ниже), с клиенткой обсуждается реалистичный план действий, осуществляется помощь в выполнении этого плана в стиле коучинга, а также выход на проблемы более высокого уровня (любовно-брачное поведение, выбор профессиональных занятий в жизни).

Та же самая логическая схема терапии (консультирования) осуществляется и по другим проблемам. Депрессивное поведение («невротический уровень» депрессии) рассматривается, например, как попытка «управлять, демонстративно отказываясь от управления», что является скрытым парадоксом, сущность которого клиент самостоятельно вскрыть не может. Наиболее сложная и трудоёмкая работа происходит при консультировании и терапии клиентов с «комплексам». Часто приходится фокусироваться на целой серии проблемных ситуаций. При этом концепция «детских травм как матрицы будущего поведения» не используется. Весь фокус внимания направлен на актуальное поведение и его психологические причины: образы памяти, представления и системы логического (и алогического) аргументирования истинности лежащих в основе этого поведения намерений.

Коммуникативные (межличностные) проблемы семьи, брака, дружеских и деловых взаимоотношений разрешаются по той же логической схеме с корректировкой на специфический материал. Например, детально разработана дианалитическая медиация брачных проблем, схема разрешения семейных конфликтов, дианалитический подход к разрешению проблем управления персоналом в производственных коллективах.

3.3. Абсолютные и относительные показания

Любое лекарственное средство, проверенное двойным слепым методом на отсутствие в лечебном эффекте плацебогенных эффектов, должно иметь показания и противопоказания. Психотерапия не есть «словесное лекарство», которое первым стал делать аптекарь Куэ в XIX веке, заложив тем самым основы психотерапии как нелекарственного метода лечения. Само слово не лечит. Лечит специальное общение врача с пациентом с использованием обычных слов. К психотерапии нельзя применить проверку «двойным слепым» методом, тем более нельзя исключить из неё плацебогенный эффект. Исключение или «минимизация» плацебо (цель клинических испытаний лекарственных средств) исключает практически полностью и психотерапию как метод лечения. Как же быть тогда с «показаниями и противопоказаниями» к применению психотерапии? В дианализе это решается по-дианалитически: показания и противопоказания необходимо применять не относительно «болезни», чувствительной к данному методу психотерапии, а к терапевтической системе «врач-методика-больной», т.е. учитывать три вида отношений: специалист-метод, пациент-метод, связь специалиста с пациентом через метод.

Абсолютные показания к применению Дианализа в медицинской практике (психиатрия и психосоматическая медицина, реабилитология и профилактика) относятся

только к хорошо подготовленным специалистам «дианалитикам». Опыт показывает, что такая подготовка должна проводиться не менее 5–6 лет. Она заключается главным образом в тренировках по «пентадному разложению» заявленных реальным клиентом проблем и симптомов, работе по «Протоколу Дианализа», составлению планов терапии, ведению пациентов и оформлению резюме по итогам терапии.

Работающий в медицине специалист, естественно, должен иметь высшее медицинское образование («лечебное дело»), специализирован в области психиатрии и психотерапии, иметь навыки работы и психиатром, и психотерапевтом, и наркологом. Если он выбирает работу с психосоматическими больными, то должен иметь специализацию по терапии (кардиологии, внутренним болезням и др.). Кроме того, он должен уметь кооперироваться с врачами других специальностей (неврологами, иммунологами, эндокринологами, педиатрами, психологами, социальными работниками), понимать их специальный язык, их способы идентификации и квалификации проблем, терапии и реабилитации, показания и противопоказания к применению специальных средств помимо психотерапии и психологической коррекции.

Дианализ не относится к числу «готовых рецептов» или «схем лечения» для конкретной болезни. Это – метод подготовки специалиста к сложным условиям его профессиональной работы, метод шлифовки гибкого профессионального мышления, выработки «гуманитарной точности» (проф. В.О.Волкова о дианализе). Плохо подготовленные специалисты – клинические психологи и врачи-психотерапевты – подвержены профессиональным болезням (профессиональная деформация личности, синдром «эмоционального выгорания») и профессиональным неудачам, которые вынуждают многих покинуть профессию и зарабатывать на жизнь иным способом. Основные требования к специалисту по дианализу следующие:

Профессиональное требование: лечит врач, а не методика («а вылечивает Бог», продолжая эту мысль в духе Парацельса).

Этическое требование: не вреди, способствуя прогрессу своего клиента.

Эстетическое требование: терапевтическое решение должно быть простым и красивым («изысканным» и лаконичным).

Моральное требование: не теряй надежды на улучшение в своём клиенте.

Требования к клиенту подготовленного специалиста-дианалитика. Первое – он должен придти на сеанс: «Кто ко мне пришёл, тот и клиент» (совет Вильяма Глассера, который сам получил его от своего учителя). Второе, – он должен согласиться на данный вид услуги по стандарту «Информированное согласие». Закон требует разъяснения услуги на понятном потребителю услуги языке. Дианалитик объясняет своему клиенту, что он будет *помогать* искать выход из сложившейся неблагоприятной *ситуации* в его жизни, а в случае нахождения решения сформулированной задачи, помогает это *решение реализовать* до первого позитивного *результата* или последующих результатов, если это будет установлено «терапевтическим контрактом». Третье – клиент не обязан понимать сам метод дианалитической психотерапии, да этого и не требуется, поскольку «выдача» всех результатов анализа проблем и лежащих за ними противоречий, ведётся на естественном языке без использования специальных терминов. Введённые в оборот термины из словаря дианализа есть средство обучения и передачи специальных знаний от специалиста к специалисту. Клиент обязан только *сотрудничать* с врачом, т.е. выполнять свою часть работы по преобразованию психического содержания своих переживаний.

Относительные показания к применению Дианализа в медицинской практике касаются тех специалистов, которые изучали (или изучают) иные методы психотерапии, например, «полимодальную российскую психотерапию», а дианализ используют как методологию для лучшей организации собственного метода терапии. В последнее время дианализ успешно применяется к задачам педагогики и воспитания. В подготовке и переподготовке педагогических кадров дианалитическое образование помогает социальным педагогам, воспитателям и учителям лучше и детальней разбираться в

проблемах своих учеников, а также лучше разрешать профессиональные проблемы с коллегами по работе.

Отдельно стоит вопрос о применении дианалитического образования в группах так называемого «личностного роста». Это вариант «психотерапии для здоровых». Никаких специальных проблем, связанных со здоровьем или адаптацией, у них обычно нет. Есть обычные для любого здорового, ищущего и развивающегося человека проблемы. Дианализ интересен таким клиентам как оригинальный и свежий метод познания человеческих проблем. Три года существует проект «Рекреативная психотерапия в образовательных программах дианализа». Группы, изучающие дианализ, выезжают в какое-либо интересное место, где находятся уникальные природные объекты или важные объекты духовной культуры, и там проводят «семинары на ходу». После этих путешествий создаются учебные фильмы, в которых раскрываются отдельные аспекты дианалитической теории и практики. Участники походов получают настоящую рекреацию, а также новые знания и умения из области дианализа.

3.4. Абсолютные и относительные противопоказания

Дианализ противопоказан для нецелевого использования, т.е. вне терапевтического контекста, вне задач поддержки, укрепления и развития личности, а именно в целях манипуляции человеком и его сознанием ради коммерческих, политических или криминальных целей. Очевидно, есть случаи, в которых и для целей терапии и развития личности есть противопоказания к применению дианализа. К настоящему моменту по этому поводу можно сказать не очень много.

Абсолютные противопоказания. Слабоумие в степени глубокой дебильности или имбецильности является абсолютным противопоказанием к применению дианализа с целью адаптации этих людей к реальности. Никаких проблем с такими людьми не обсудишь. Другое дело родственники этих пациентов или персонал, обслуживающий их. Этим людям дианализ может помочь, и уже есть такие случаи успешного применения дианализа тем, кто помогает слабоумным жить и проводить обучение навыкам самообслуживания и выживания.

Другим абсолютным противопоказанием служит любой вид категорического отказа человека от любой психотерапии или от самого дианализа, хотя таких случаев отказа от именно дианалитической терапии зафиксировано не было. Насильно дианализ применять абсолютно невозможно.

Относительные противопоказания. К ним относятся все виды психической патологии, включая и некоторые виды неврозов, которые требуют по существующим стандартам лечения применение психофармакологических средств: депрессии в средней и тяжелой степени, эндогенные психозы в стадии обострения продуктивной психопатологической симптоматики, интоксикационные психозы с расстройством сознания, декомпенсированные психопатии, пациенты с криминальными и агрессивными склонностями. Если специалист, работающий с такими «трудными клиентами», обучен навыкам общения с данной категорией клиентов, то дианалитические подходы могут ему помочь в обработке получаемого, пусть и скудного, психологического материала. Если у него нет практики работы с такими больными, то дианализ ему скорее всего не поможет, либо поможет найти границы своей компетенции.

4. Применение дианализа: содержание и формы работы

4.1. Принципы

В психотерапевтической литературе делались попытки свести количество «факторов» («механизмов») терапевтического процесса к какому-то минимуму, довести семантическую редукцию до конца, т.е. до такого количества переменных, которые описывали бы процесс полно, противоречиво и достаточно компактно. Если этого не делать, то в содержание психотерапевтической работы должны войти все без исключения

проблемы жизнедеятельности человека, живущего в сложной социальной системе, а это – необозримая задача. В дианализе сделана попытка сгруппировать содержательные аспекты психотерапевтической работы в ограниченное количество классов и выделить в каждом классе наиболее существенный момент – принцип. Такая задача уже не раз решалась в мировой психотерапии.

Знаменитая «триада Карла Роджерса», например, включала три необходимых условия для успешной психотерапии: конгруэнтность психотерапевта, безусловную положительную оценку клиента, эмпатическое понимание. Уильям Глассер в своей «Терапии реальностью» выделял семь принципов консультирования и психотерапии и т.д. Эти и другие попытки выделить ограниченное количество принципов терапии говорят о необходимости найти такие исходные предпосылки, которые невозможно было бы объяснить тавтологически, т.е. объяснить одно неизвестное с помощью другого. Нами также была предпринята попытка найти «семантический примитив» (термин А. Вежбицкой) психотерапии и психологического консультирования.

В дианализе *семантические примитивы* это – диада, диагнозис, диалог, дилемма, динамика, диалектика, диверсификация, дивергенция, диететика и диатриба. Это – минимальный набор терминов (созвучных с неологизмом «дианализ»), с помощью которых можно компактно описать весь корпус общепринятых терминов психотерапии и терапевтической психологии. Сами эти исходные понятия, которые невозможно точно определить, взяты как именованья классов содержания психотерапевтической работы – «техник». Всего выделено десять таких классов. Каждый класс имеет свой некий «принцип», т.е. сущность всех включённых в данный класс технических действий, методик и конкретных приёмов. Например, «принцип диады» есть формулирование сущности того, что принято называть в литературе «терапевтическими отношениями», а именно – «субъект-субъектные» отношения между клиентом и психотерапевтом. Чтобы не происходило в общении между этими людьми, если они общаются как две равные и независимые, суверенные личности, то это общение само по себе даёт мощный терапевтический эффект. Содержание такой «работы» можно выразить кратко так: чтобы быть личностью, необходимо общаться с другой личностью, необходимо, чтобы «Другой» был, существовал как суверенная личность.

С помощью пентадного разложения смысла каждое исходное понятие-аксиома порождает пять терминов-понятий второго уровня словаря (таблица «50 терминов»). Принцип «диады» имеет такие уровни-подклассы:

| | |
|-----------------------|-----------------------------|
| <i>Одно</i> | <i>Вовлечение</i> |
| <i>Многое</i> | <i>Трансфер</i> |
| <i>Становление</i> | <i>Альянс</i> |
| <i>Ставшее</i> | <i>Свидетельство</i> |
| <i>Нестановящееся</i> | <i>Безмолвие</i> |

Подкласс «вовлечение» есть обозначение всего того, что способствует вовлечению клиента в образ мышления и действий психотерапевта и одновременное его отвлечение от своих собственных саморазрушительных идей и/или действий, аутизации и замыкания на своих патологических состояниях. Понятно, что это можно делать с помощью

бесчисленного количества самых разнообразных «микротехник», приёмов и в самых разных стилях, зависящих от характера и опыта каждого конкретного специалиста. «Трансфер» здесь понимается как множество «проекций» и «переносов» психического содержания переживаний клиента на своего врача-психотерапевта. «Альянс» - как становление терапевтических взаимоотношений, непрерывный обмен переживаниями, мыслями, мнениями и тысячами сигналами, которые корректируют поведение обоих участников контакта. «Свидетельство» есть фактическое осуществление терапевтических отношений, что выражается в сопричастности психотерапевта в изменениях настроения и самочувствия клиента: психотерапевт есть непосредственный, правдивый свидетель того, как человек решается на внутренние изменения, рискует поменять свои отношения к миру и другим людям. «Безмолвие» есть то, что не становится, т.е. не присутствует в явном виде, не проявляется, но, тем не менее, существует как смысловой контекст, как психотерапевтический миф. Это то, что называют иногда «терапевтической любовью» (М.Е.Бурно) или «миссией» (В.В.Макаров) и другими терминами. «Безмолвие» в психотерапии – это фигура умолчания о самом интимном и таинственном – «преображение личности» в результате «простой беседы». Как видно из приведённых толкований, ничего принципиально нового в содержании «терапевтических отношений» не предлагается, но вносится строгий логико-диалектический порядок в расстановку общепринятых понятий.

Каждое из пяти понятий может далее подвергаться «пентадному разложению», что даёт ещё более детальное проникновение в сущность «терапевтических отношений». Например, можно подвергнуть этой диалектической процедуре подкласс «вовлечение»:

| | |
|-----------------------|---------------------------|
| <i>Одно</i> | <i>Аттракция</i> |
| <i>Многое</i> | <i>Дистанция</i> |
| <i>Становление</i> | <i>Интервенция</i> |
| <i>Ставшее</i> | <i>Общее дело</i> |
| <i>Нестановящееся</i> | <i>Дружба</i> |

«Аттракция» есть то общее и универсальное, из чего состоит подкласс «вовлечение». Если нет взаимного притяжения между клиентом и психотерапевтом, то никакого вовлечения не произойдёт, терапия будет не осуществимой, эффекта от контакта не будет. «Отсутствие раппорта» - одно из именовании дефицита «аттракции». Понятно, что «аттракция» происходит с помощью разнообразнейших приёмов, начиная с «фасцинаций» блестящими шариками первого гипнолога хирурга Берда в конце XVIII века. Набор «аттрактивных» техник, описанный в психотерапевтической литературе, практически необозрим. Но диалектика требует противопоставить «аттракции» её противоположность – «дистракцию» или, что более понятно, «дистанцию». Контракт и законность психотерапии требует соблюдение необходимой дистанции с клиентом. Если этого нет, то «аттракция» логически заканчивается близостью, что не желательно ни с этической, ни с практической точек зрения. С этим согласна вся психотерапевтическая общественность. Мы же рассуждаем на уровне абстрактных понятий «класс-подкласс-экземпляр класса» и

здорового смысла: если есть сила притяжения («аттракция»), то должна быть и сила отталкивания («дистанция»). Но этого мало, надо найти синтез этих понятий. Где они сходятся? По нашему мнению – в понятии «интервенция». Действительно, что такое «терапевтическое вмешательство»? Третье место в пентаде обозначает «интервенцию» как «становление вовлечения». Вовлечение как бесконечный процесс взаимного притяжения и одновременного отталкивания есть «интервенция».

Проводя «терапевтическое вмешательство», психотерапевт обязан конфронттировать клиента с его проблемой, конфронттировать с самим клиентом, и одновременно связываться с ним невидимыми психологическими узами доверия и дружественности. «Терапевтическое вмешательство» поэтому весьма сложно описать и понять – это непрерывный процесс, результатом которого является некое «общее дело», но это уже «ставшее», факт, то, что как-то зафиксировано в каком-то результате. «Общее дело» – это тот предмет, над которым «работают» оба участника психотерапии. Это может быть анализ переживаний клиента, патогенная идея, симптом, жизненная ситуация и реакции втянутых в неё других людей и т.д.

«Дружба» есть «нестановящееся» в этом общем деле. Если возникает действительная дружба между психотерапевтом и его клиентом, то тогда «психотерапия» как услуга заканчивается, поэтому в процессе оказания психотерапевтической помощи «дружба» есть символ и миф психотерапии: психотерапевты как «платные друзья». Дружественные отношения не есть на самом деле дружба. Это некая «дружеская атмосфера» и «человеческий контекст», «теплота» и «сердечность», которую нельзя описать как «технику». Пятое место в пентаде показывает, что в любой технике психотерапии есть нечто неопишное в терминах техники – это миф и символ данной техники. В подклассе «вовлечение» мифом является вера в то, что все люди «братья и сестры», что все мы «дальние родственники», хотя никакого реального родства нет и не должно быть вовсе. Однако миф о родстве и позволяет осуществить вовлечение клиента в орбиту влияния психотерапевта: психотерапевт *как бы* становится «родственником» на время действия «терапевтического контракта».

Все десять принципов подверглись такому анализу («пентадному разложению»), что дало организованный в единую систему «тезаурус» психотерапии из 250 терминов или «экспериментальный словарь дианалитической терапии». При каждом повторении операции пентадного разложения смысла, словарь расширяется в геометрической прогрессии, наподобие «фрактала» («семантический фрактал»), сохраняя при этом свою строгую логическую форму смысловой пентады. Данный «экспериментальный словарь» служит способом логической самопроверки всей выдвинутой системы дианалитического консультирования и психотерапии. Результат «восхождения» (абстрагирования) и «нисхождения» (конкретизации) должен совпадать, т.е. идя от общего к частному, мы повторяем как в зеркальном отражении движение от конкретному к общему (принцип «обратимости операций мышления» Ж.Пиаже).

4.2. Декалог – десятка, символизирующая целостность

Десять эмпирически выделенных принципов дианализа могут явиться минимальным набором «элементов», с помощью которого можно описать большое число (практически, неограниченное) разнообразных задач, вариаций исполнения и результатов терапии любых возможных состояний человека! Декалог или десятка символизируют целостность

и полноту охвата содержания психотерапевтической помощи. В идеале весь курс психотерапии или психологического консультирования должен включать в себя переработку содержания психической деятельности по всем десяти классам действий, а один сеанс – в минимальной степени, как кусочек голограммы, отражать все главные, принципиальные предписания декалога:

1. Диада – создание *терапевтических отношений* между терапевтом и клиентом;
2. Диагнозис – познание жизненной ситуации клиента вдвоём, объединённым сознанием, осознание *терапевтической (спасительной) идеи*;
3. Диалог – *терапевтическое средство* персонализации спасительной идеи;
4. Дилемма – *терапевтическая процедура* создания ситуации выбора, где личность клиента проходит своеобразное «крещение выбором», взрослеет;
5. Динамика – *терапевтическая динамика*, реализация идеи, плана выздоровления;
6. Диалектика – *терапевтическая логика*, скрепление текучего бытия в целостную смысловую картину необходимых преобразований, в «сюжет выздоровления»;
7. Диверсификация – *терапевтический перенос* положительного опыта, полученного в психотерапевтическом кабинете, в другие сферы личностного бытия клиента, «инвестиции» личностного смысла в полезные дела;
8. Дивергенция – *терапевтическое расширение связей* с другими людьми;
9. Диететика – *терапевтическое потребление*, здоровое потребительское поведение, рациональное потребление всего, что потребляет человек как личность, включая образы, знания, идеи, впечатления;
10. Диатриба – *терапевтическое оправдание* и защита здорового образа жизни.

Указанные понятия-принципы можно одинаково успешно употреблять для объяснения:

- Целей терапии и консультирования
- Процесса терапии и консультирования
- Результатов терапии и консультирования.

Принципы можно использовать для составления перечня самых общих и универсальных целей терапии и консультирования. Если, например, стоит задача помочь человеку с неврозом преодолеть расстройство, то план терапии, построенный по декалогу, будет иметь следующий вид:

- наладить терапевтические отношения (1),
- исследовать проблему вдвоём (2),
- диалогизировать терапевтическую идею, т.е. обговорить её на понятном клиенту языке (3),
- подвести клиента к выбору иных, чем симптомное поведение, вариантов (4),
- динамизировать идею, найдя вместе с клиентом «сцену», где можно опробовать новое поведение (5),
- встроить это новое поведение в логику персональной жизни клиента (6),
- перенести полученный навык в значимые сферы клиента и тем самым изменить его психобиографию (7),
- содействовать расширению участия клиента в реальной жизни – семье, социальных группах, стратах и пр. (8),
- организовать здоровое потребление всего, что развивает человека и охраняет его жизнь (9),
- обеспечить клиента надёжными способами психологической защиты, риторики и аргументации, чтобы сохранить достигнутые положительные изменения (10).

Процесс терапии можно описать, используя словарь терминов декалога. В этом случае мы получим детальное описание техники работы консультанта и психотерапевта. Дианализ позволяет работать в самой разнообразной технике, на самых разных регистрах и уровнях, в любом стиле, какой лучше всего подходит терапевту. При всём стилевом и техническом разнообразии деятельности дианалитика, при всём разнообразии и непредсказуемости поведения клиента, внутренняя логика самой деятельности, основанной на пентадном мышлении, будет одной и той же.

С помощью этого же словаря можно детально описывать и словесно фиксировать результаты работы консультанта-терапевта и его клиента. Принципы дианализа полностью применимы и к самой работе дианалитика, в которой синтезируются протокольная строгость самой консультативно-терапевтической деятельности и творческий подход к проблемам личности клиента.

Декалог дианалитических принципов не только является «семантическим примитивом», но это – своеобразный «сухой остаток» аналитической работы над известными автору «модальностями» современной психотерапии: психоанализа и психодинамических школ, когнитивной и поведенческой терапии, гуманистических методов психотерапии, многочисленных инноваций и авторских вариантов классических «школ». «Синапсы» между принципами и «модальностями», а также преемственность дианализа по отношению к мировой психотерапии показаны в таблице ниже:

| Имя принципа | Модальность |
|-------------------|---|
| 1. Диада | Психоанализ, психодинамические школы, <i>Юнгианский анализ и др.</i> |
| 2. Диагнозис | <i>Рационально-эмоциональная терапия А.Эллиса</i> Когнитивная терапия А.Бека Краткосрочная фокус-терапия |
| 3. Диалог | Гешталь-терапия Транзактный Анализ Э.Берне Кооперативный Эриксоновский гипноз |
| 4. Дилемма | Теория выбора В.Глассера Экзистенциальная психотерапия Дизайн-анализ Бинсвангера |
| 5. Динамика | <i>Психодрама Морено</i> Имаго-терапия Вольперта Поведенческая терапия Терапия Реальностью В.Глассера Идеодинамика врачебного гипноза |
| 6. Диалектика | Логоанализ В.Франкла |
| 7. Диверсификация | Судьбоанализ Леопольда Зонди Патогенетическая психотерапия Мясищева Биографический анализ |
| 8. Дивергенция | Групповая терапия «Интенсивная терапевтическая жизнь» Алексейчика Семейная терапия В.Сатир Системная семейная п/т |
| 9. Диететика | Рациональная психотерапия Поля Дюбуа Клиническая психотерапия |

| | |
|---------------------|---|
| 10. Диатриба | Нейро-лингвистическая психотерапия Терапевтическая метафора Гордона Нарративная терапия Сказкотерапия и арттерапия |
|---------------------|---|

4.3. Формы дианалитической работы

Формы – устойчивые, универсальные способы работы с сознанием клиента, методы выявления, понимания и обработки содержания психической деятельности. В дианализе термин «бессознательное» не используется из-за отсутствия особой необходимости в нём. Когда это надо, используются более конкретные и точные термины: «автоматизмы», «установки», «реакции», «побуждения», «потребности», а также – «уровни» сознания, самосознания и осознания.

С помощью «форм» можно непосредственно менять только «итоговые характеристики психического процесса» (Л.М.Веккер), предмет мысли и переживания, но не сам по себе отдельно взятый психический процесс, который всегда остаётся «трагически невидимым» (выражение Прибрама) для самого человека или для внешнего наблюдателя.

В «Элементарном учебнике дианализа» (2003, 2004) всего выделено пять форм по числу моментов пентады:

- Интервью: терапия очевидностью
- Дискуссия: терапия определённостью
- Диасинтез: терапия непрерывностью
- Реорганизация: терапия упорядоченностью
- Амплификация: терапия творческим расширением

Обобщающая таблица форм дианализа:

| | Формы организации консультативной и психотерапевтической деятельности | | | | |
|---|--|--|---|--------------------------------|--------------------------|
| | Интервью | Дискуссия | Диасинтез | Реорганизация | Амплификация |
| Пентада | <i>Единство</i> | <i>Множество</i> | <i>Становление</i> | <i>Фактичность</i> | <i>Смысл</i> |
| Антропология | Homo Cordis | Homo Sapiens | Homo Imaginus | Homo Ordinis | Homo Creatus |
| Философия | Натурализм | Феноменология | Трансценденция | Диалектика | Мифология |
| Цель | Apparentia Очевидность | Definitio Определение | Continuum Непрерывность | Reconstructio Реконструкция | Recreatia Воссоздание |
| «Мишень» для терапии Дуальность | Сущность- Явление | Объект – Знание | Конечное- Бесконечное | Часть-целое Хаос-порядок | Традиция- Творчество |
| Принятые в разных школах обозначения патологии | Заблуждения Неведение Растерянность | Патогенные идеи (Дюбуа) Иррациональные идеи (Эллис) Автоматические идеи (Бек) | Диссоциация «Прерыватель» Поглощённость внимания | Комплекс (Юнг) | Фиксация Ригидность |

Эти пять форм консультирования, отражают основные культурно-исторические типы мышления и организации сознания (А.Ф.Лосев):

- наивно-натуралистический (здравомыслие)
- феноменологический (описательно-научный)
- трансцендентальный (мистический, символический)
- диалектический (прагматический, реалистический)
- ритмологический (художественно-мифологический)

Этим типам мышления в какой-то мере соответствуют 5 форм дианализа: Интервью, Дискуссия, Диасинтез (дианалитическая имагинация), Реорганизация и Амплификация. Каждая форма, в полном соответствии с правилами пентадного мышления содержит в себе смысловую пентаду нижнего уровня, т.е. пентада повторяет себя в любой форме, на любом уровне, в любом содержании, поскольку является универсальным логическим конструктом.

Первые две формы дианализа (интервью и дискуссия) являются общеупотребимыми способами общения и не являются собственно «лечебными средствами». Но они могут с успехом использоваться в любой терапии для создания необходимых психологических условий для выздоровления. Третья форма – диасинтез, в которой расписана детальная работа с воображаемыми объектами, является исконно терапевтической формой. Работа с образами всегда использовалась как мощное средство воздействия на сознание человека. Последние две формы – Реорганизация и Амплификация также универсальные формы так называемых «развивающих практик» (А. Катков).

4.4. Протокол Дианализа

Самый общий план терапии и консультирования в дианализе, выполненный пентадным способом формализации, выглядит так:

1. Ситуация.
2. Интерпретация.
3. Движущая идея консультирования.
4. План ответственного поведения (термин В.Глассера).
5. Резюме (общее именование смысла происходящего).

Всё, что надо формально описать специалисту, – выяснить жизненную ситуацию, в которой находится его клиент (1), интерпретировать её по определённым правилам, чтобы не придумать того, чего в ситуации нет (2), обнаружить движущую идею или «терапевтическую идею» (3), составить с клиентом план ответственного поведения (4) и всё это свести в резюме (5).

Логическое место в пентаде определяет смысл формализованной части протокола. «**Ситуация**» есть то *единое*, в котором синкретически сплетаются все смыслы и потенциальные возможности процесса консультирования – в самой ситуации находится ключ к решению жизненных задач и пониманию проблем. «**Интерпретация**» есть бесконечное *множество* различных оценок, объяснений и толкований реальной ситуации, ограниченных, поставленных в строгие пределы используемых определений и понятий. «**Движущая идея**» есть синтез первого и второго моментов, а именно – алогическое *становление* реального понимания реальной ситуации в жизни клиента. «**План ответственного поведения**» есть фактичность терапии и консультирования, *воплощение* движущей идеи в реальные дела и поступки. «**Резюме**» есть то *нестановящееся*, мифопоэтическое обобщение всей работы по осознанию жизненной ситуации, которое освещает, украшает и славит (слава есть именованное бытие) обыкновенную человеческую жизнь, придаёт ей необыкновенный смысл и оправдание страданий и лишений.

Можно нормализацию описания процесса консультирования и терапии представить в форме пяти вопросов, на которые клиент должен ответить с помощью своего консультанта или терапевта:

1. Что я делаю?

2. Что это означает, что я делаю?
3. Что я ещё могу делать?
4. Я это буду делать (что запланировано)?
5. Как я всё это назову?

Отвечая на первый вопрос, клиент должен сознаться, по крайней мере самому себе, в какой действительной, а не вымышленной, ситуации он находится, что он делает, чтобы эта ситуация длилась или прекратилась. Отвечая на второй вопрос, клиент должен отдать отчёт о том, какой философией (мировоззрением, убеждениями, внушениями, заблуждениями, фантазиями, оценками и прочей гносеологией) он пользуется, чтобы оставаться «носителем проблем». Отвечая на третий вопрос, клиент должен собраться с мужеством и запланировать реальный выход из создавшейся ситуации. Для этого и нужна «движущая идея». Четвёртый вопрос требует честного ответа на то, будет ли намеченный план выполняться или он ляжет на «дно сознания» мёртвым интеллектуальным грузом. Отвечая на пятый вопрос, клиент находит смысл своей жизни, данный в обозначенном эпизоде. В идеале надо придумать афоризм, в котором этот смысл заблистает как ограниченный алмаз, т.е. бриллиант!

Бланк упрощенного варианта «Протокола Дианализа»

1. Ситуация («Что я делаю?»)

| | |
|-------------------------|-------------------------|
| Клиент: описание-анализ | Консультант: метаанализ |
| Событие _____ | Повод _____ |
| Жалоба _____ | Причина _____ |
| Симптом _____ | Запрос _____ |

2. Интерпретация («Что это означает, что я делаю?»)

| | |
|----------------|----------------------------|
| Клиент: оценка | Консультант: интерпретация |
| Проблема _____ | Противоречия _____ |
| Гипотеза _____ | Неполный синтез _____ |
| | противоположностей _____ |

3. Движущая идея («Что я ещё могу делать?»)

| | |
|------------------------------|------------------------------|
| Клиент: формулирование целей | Консультант: анализ ресурсов |
| Достижимые цели _____ | Доступ _____ |
| Мечты _____ | Идея _____ |

4. План ответственного поведения («Я это буду делать?»)

| | |
|---------------------------------|------------------------------|
| Клиент: планирование-исполнение | Консультант: коррекция плана |
| Мероприятия _____ | Задания _____ |
| Действия _____ | Тренинги _____ |
| Мотивы _____ | Мотивирование _____ |

5. Резюме («Как я всё это назову?»)

| | |
|----------------------|-------------------|
| Выводы _____ | Терминация _____ |
| Новая проблема _____ | Новый сеанс _____ |

Протокол дианализа задаёт определённые рамки процессу консультирования и терапии. Самым главным в этом «рамочном процессе» является равноправное разделение

ответственности сторон, что выражено графически двумя сторонами бланка: правая сторона – сторона консультанта-терапевта (более рационалистическая, разумно-последовательная, взвешенная, детализированная), левая – сторона клиента (более эмоциональная, иррационально-непоследовательная, обобщенная). Поскольку культура текста требует читать слева направо, что при всей ведущей позиции консультанта, начало исходит всегда от клиента.

Все остальные формальные процессы на обеих сторонах протокола полностью эквивалентны и уравновешены, любому формальному действию специалиста соответствует формальное действие клиента:

| | | |
|----------------|---|---------------|
| Событие | – | Повод |
| Жалоба | – | Причина |
| Симптом | – | Запрос |
| Проблема | – | Противоречие |
| Гипотеза | – | Синтез |
| Цель | – | Доступ |
| Мечта | – | Идея |
| Мероприятие | – | Задание |
| Действия | – | Тренинг |
| Мотив | – | Мотивирование |
| Выводы | – | Терминация |
| Новая проблема | – | Новый сеанс |

На стороне клиента – задача честно и грамотно анализировать собственную жизнь, факт за фактом, событие за событием, эпизод за эпизодом. На стороне специалиста – задача анализировать результаты анализа своего клиента (мета-анализ) с полным пониманием метода такого анализа. При этом специалист помогает клиенту анализировать факты ему самому недоступные – только клиент знает «фактологию» собственной жизни, специалист ничего не знает о реальности своего клиента и, следовательно, принимает рассказ клиента за истину, что уже является гносеологической ошибкой.

Если специалист скажет своему клиенту: «Я выслушал ваш рассказ, а теперь мы попробуем его отредактировать», то клиент, скорее всего, не поймёт такого специалиста и спросит: «Так Вы мне не верите?» Остаётся одно: верить на слово, но постоянно проверять результаты аналитической деятельности клиента, тем самым мотивируя его на поиски истины. Клиент, в свою очередь, мотивирует специалиста на интенсивное проведение мета-анализа, поскольку ослабление «мета-аналитической» (дианалитической) деятельности сразу приведёт к осложнениям в процессе оказания психологической помощи. Например, специалист может «заслушаться» рассказами своего клиента и сам превратится в клиента или объект манипулирования. Либо специалист «уйдёт в себя» и будет анализировать похожие факты из собственной биографии («самолечение терапевта» или «невроз перенесения»). Либо специалист увлечётся анализом фактов из жизни своего клиента, которых он не наблюдал сам лично, и тогда перестанет вообще заниматься мета-анализом. В этом случае они оба будут создавать какую-нибудь защитную интерпретацию реальности.

4.4.1. Ситуация

Первая «рубрика» или тематика-проблематика протокола именована «ситуацией». В традиционных системах принято обозначать «первую фазу», она же – «социальная», «диагностическая», «инициативная» и прочее, далее идёт вторая, третья и т.д. В дианалитическом протоколе, основанном на пентадном первопринципе, лучше не называть это «первой фазой», поскольку ситуация проясняется и на первой фазе работы по протоколу, и на второй, и на третьей, и на четвёртой, а завершается в окончательной формулировке резюме. В реальной работе с живым человеком все пункты протокола,

расписанные в некоторой последовательности на бумажном бланке, являются лишь определёнными местами в протокольной записи. Может на приём придёт клиент, способный в афористической форме дать точную характеристику своей ситуации в жизни. И тогда «первой фазой» протокола будет пятая часть – неполное, но высказанное уже в самом начале, резюме. Концом работы может стать прояснение первого пункта – ситуации, с «поводом» и «причиной». Эти замечания должны показать, что дальнейшее описание последовательности есть просто последовательность изложения, а не технологические требования вести сессию консультирования или терапии по строго определённым фазам.

Событие – наблюдаемое бытие. Человек, являющийся клиентом, непосредственный участник и свидетель собственного бытия. Он – автор своей жизни, хотя признаться в этом у него не хватает духу. Само слово «событие» предполагает существование двух планов: план «бытия» и план присутствия при этом бытии некоего наблюдателя, что делает это бытие со-бытием. Без наблюдения события нет. Бытие, может быть, и есть, а вот события нет. Раз событие наблюдаемо, то его можно как-то фиксировать, удостоверить каким-то образом. Сама психотерапия есть важное событие или цепь событий. Бытие клиента наблюдает выбранный им психотерапевт. Главное событие – визит к психотерапевту. Этого события ждут, иногда долго. Иногда оттягивают это событие годами. Иной раз этого события и не происходит, хотя мысли о необходимости визита к психотерапевту были серьёзными. Часто подготовка к этому событию превращается в важное событие внутренней жизни: человек готовится, раскладывает свои переживания «по полочкам», реорганизуется и тем самым иногда и вылечивает. Встреча двух людей в психотерапии – это «большое событие», в котором можно усмотреть множество разнообразных микрособытий – изменений в состоянии клиента (и психотерапевта), которые приводят его к более или менее устойчивому желательному состоянию, что является целью психотерапии. Техника психотерапевта заключается в точной и чёткой регистрации, удостоверении важных изменений (микрособытий) в процессе обсуждения проблем клиента. Часть этих событий можно фиксировать в протоколе. Остальная часть фиксируется в памяти. Есть такая часть событий, которые вообще не нуждаются в фиксации. Это – проблемные переживания, ошибки, искажения восприятия, неточности, нелепые предположения и другой «мусор», которым обычно заполнена голова клиента в начале психотерапии. В этом случае микрособытием будет отказ от этого репертуара, бытие без такого привычного обращения с реальностью.

Жалоба – заявление о нарушении привычного порядка в самочувствии, настроении, самоощущении, поведении, неуспехе в каком-то предприятии и т.д. Жалоба, как это принято в психиатрии, отражает критические способности человека оценивать норму, сравнивать своё состояние с эталонным – «как было раньше», с тем, что было когда-то, а «сейчас такого уже нет». В этом смысле жалоба относится к **категории «утраты»**. Человек утрачивает привычное состояние нормы, поэтому и жалуется. В обычном нормальном состоянии нет боли, нет нарушений функций, всё получается, чему обучен. Как только возникают нарушения функционирования, человек начинает испытывать дискомфорт и сообщает об этом другому человеку. Себе самому жаловаться бессмысленно, поэтому жалоба есть **коммуникация**. Поскольку жалоба есть сообщение другому человеку, то в ней есть главный смысл сообщения – **попытка повлиять** на того, кто эту жалобу принимает. Жалоба в социальном контексте есть «обращение в государственный орган или к должностному лицу по поводу нарушения прав или охраняемых законом интересов гражданина, компании, общественной организации». Наиболее развита форма жалобы в судебных разбирательствах. Правильно оформленная кассационная жалоба, например, может повлиять на исход дела, следовательно,

определяет судьбу человека. Жалоба в медицинском и психологическом контексте есть сообщение о нарушении функционирования, которое должно спровоцировать дачу помощи. Кто не ищет помощи, тот ни на что не жалуется.

Симптом – один отдельный признак, частное проявление какого-либо заболевания, патологического состояния или нарушения какого-либо процесса жизнедеятельности, либо отдельная конкретная жалоба больного. Классическая психодинамическая теория рассматривает симптомообразование при неврозах как аналог работы сновидения; при этом симптом является «**компромиссом**» между вытесненным желанием и предписаниями вытесняющей инстанции. Совокупность часто встречающихся вместе при нескольких определенных заболеваниях симптомов называется "симптомокомплексом" или "синдромом". В дианализе симптом – неполный синтез противоположностей или героическая попытка человека соединить несоединимое. Например, обиженная жена хочет уйти от мужа и одновременно хочет остаться на его попечении. Соединить эти противоположные тенденции в какое-то эlegantное поведение она не в силах, а вот симптом «вялого паралича ног» отлично это соединяет: «Милый, я уйду от тебя, как только смогу встать на ноги». Не вставать она может любое количество лет, несмотря на упорное лечение ног. Совсем не факт, что она не догадывается о своих противоречивых тенденциях, но охотно принимает объяснение о «бессознательной причине» своего истерического симптома.

Эти три категории описывают ситуацию так, как её представляет (чувствует, переживает, «чувствует нутром», ощущает) клиент. Эти три феномена есть результат его аналитической работы. Часто эта работа ведётся годами, прежде, чем человек решится рассказать всё это другому человеку. Этим феноменам соответствуют три других, находящихся на стороне специалиста. Это – результат его мета-анализа.

Повод – тайная пружина поиска помощи. Далеко не всегда этой пружинной является болезненное состояние, расстройство, мучающее человека, симптом и т.д. Мотив обращения за помощью почти всегда находится в межличностной ситуации, в которую клиент в данное время включён. Часто – это ответ на действия значимых других, как ответный ход в шахматной партии. Чтобы вскрыть замысел этого хода, необходимо представлять весь расклад сил на жизненной сцене ищущего помощь человека. У меня, как практического врача-психотерапевта давно созрело убеждение в том, что люди обращаются ко мне не за медицинской помощью, а за чем-то иным. Некоторые клиенты после достаточно длительной (для России и бывшего СССР) терапии просили продолжить встречи «чтобы дружить» или «советоваться», «учиться» или «просто беседовать». Вначале я объяснял, как это принято было в психодинамической литературе, тем, что пациент реагировал на «терминацию», символ смерти («смерть терапии»), но потом понял, что не только это заставляет людей держаться за понимающего врача. И, конечно, не только и не столько пресловутый «перенос» и «контрперенос». Иногда с самого начала клиент проявляет некоторые признаки иного интереса, чем «излечение». Ему хочется нормального человеческого общения. Это – причина обращения. Невроз – повод. Да, почти всегда, повод бывает достаточно серьёзной причиной. Но вот приходит время, и проступает нерукотворный смысл обращения за врачебной помощью: причина (болезнь) превращается в повод (межличностная проблема), а повод – в настоящую причину.

Причина – проблема, которую не может до конца понять и выразить в жалобе клиент. В своё время всех удивил Стак Салливен, заявив, что единственной причиной психических расстройств являются неблагоприятные межличностные отношения. Причина страдания по учению Будды – привязанность. Соединив эти два подхода, получим примерное описание причины, по которой человеку необходима помощь: привязанность к другим людям, ставшая действительной проблемой.

Запрос – то, что может дать специалист, и что может принять клиент, в качестве помощи. Это может показаться странным или необычным. Почему «запрос» на специфическую помощь находится на стороне консультанта? Обычно запрос на терапию

«исходит» от клиента. Практика, однако, показывает, что реалистический запрос, который должен превратиться в план успешного поведения в деле преодоления возникших трудностей, клиент сформулировать не в состоянии. Если он это может делать, то ему самому ясно, что он должен делать, чтобы преодолеть возникшие трудности. Как правило, так называемый «запрос» клиента – это его мечта, осуществить которую он никогда не сможет. Например, люди часто просят врача-психотерапевта сделать так, чтобы они «ничего не чувствовали» или «ничего не переживали». Исполнить это можно только одним способом – умертвить этих несчастных людей или превратить их в абсолютных инвалидов, потерявших полную чувствительность со стороны нервной системы. Естественно, что это никакой ни «запрос», а форма проявления страданий, жалоба или провокация, рассчитанная на то, что специалист как-то проявит свои профессиональные и человеческие способности разбираться в хитросплетениях человеческих переживаний и судеб. Запрос формулирует сам специалист, хотя делать это он может опосредованно, например, с помощью вопросно-ответной методологии (сократический диалог).

4.4.2. Интерпретация

На стороне клиента в протоколе «играет» любимое всеми выражение «у меня проблема». Всё, что сообщает клиент, есть «проблема», как он это понимает. «No problem» тоже проблема, проблема невысказанности, непередаваемости, некоммунницируемости переживания. Терапевт, выслушав сообщение о «проблеме», «перепасовывает» её как некую гипотезу, которую должен выдвинуть сам клиент. Со стороны терапевта это – начальное, гипотетическое понимание проблемы как «неполного синтеза противоположностей», которое в дальнейшем, после обсуждения гипотезы клиента, должно превратиться в понимание того, что затруднения клиента – это его вариант, его попытка соединить несоединимые тенденции, противоборствующие в его судьбе силы. Данный раздел протокола обслуживает свободную интерпретативную деятельность человека. Эта свобода дана обоим участникам терапии или консультации. Пользуются они этой свободой по-разному. Само существование этой свободы интерпретировать факты жизни закрепляется данным протоколом дианализа.

Проблема – оформленное в какую-то удобную для трансляции форму сообщение о своём неблагополучии. Оболочкой или контейнером для переноски смысла затруднений может быть всё, что угодно, например, сведения об «эмоциональных болезнях», проявлениях «стресса жизни», «духовных проблем», «кризиса», «сглаза-порчи», «энергетического вампиризма» и просто некоторые знания о «внутренних болезнях».

Гипотеза – толкование симптома или расстройства в терминах причинно-следственного объяснения. Здесь можно пользоваться стратегией Карла Поппера: клиент выдвигает любую вразумительную гипотезу, она принимается с оговорками, проверяется, а затем отбрасывается в пользу более вразумительной, уточнённой или более правдоподобной.

Противоречия – центральный пункт протокольной работы, «контрапункт дианализа», если использовать музыкальную метафору. Найденное и точно названное противоречие, скрытое покрывалом разнообразнейших расстройств «нервов», «психики» или всей «личности», перевешивает все остальные психологические «мелизмы», «разработки темы», вариации, импровизации в нелёгком труде психотерапевта и консультанта. Если сравнивать цель дианализа с мишенью для стрельбы, то найденные противоречия есть «десятка», в которую необходимо попасть. Всё, что меньше «десятки», не сами противоречия, а их существенные признаки. Так называемое «молоко» на мишени – нулевой результат, непопадание в мишень вообще – сторонние разговоры, не затрагивающие настоящую проблему.

Синтез – тот вариант синтеза противоречий, на который вышел сам клиент или на который выводит прямо сейчас своего консультанта. Конечно, не просто разглядеть в

клубке жалоб, размытых описаний, неточных высказываний и жалоб «синтез противоречий», да ещё и «не полный». Скорее, это предмет веры дианалитика в то, что пациент не есть глупое животное, которое ничего вообще не понимает в собственной жизни, ничего не соображает, «психологически безграмотное» и тупое, а, наоборот, есть лучший эксперт собственной жизни, неподкупный аудитор, вдумчивый историк и летописец, жаждущий продолжать начатую в раннем детстве летопись своей уникальной и неповторимой жизни. Симптом – в определённом смысле удачная попытка синтеза противоположностей. В каком-то социально-психологическом контексте – это лучшее «локальное решение» определённой задачи. Но перенос этого решения на другие задачи приводит клиента к трудностям. Поэтому он и обращается за помощью.

4.4.3. Движущая идея

На клиентской стороне – «цель» и «мечта», на стороне специалиста – «доступ» к ресурсам и сформулированная «идея» необходимых перемен. Этот раздел протокола можно сравнить с эскизом, первым концептуальным наброском будущего изменения в состоянии клиента.

В психотерапии обсуждаются несколько подходов к объяснению феномена «**изменение**». Каждый клиент, приходя к психотерапевту, хочет измениться, обычно, «к лучшему». В чём проявятся ожидаемые улучшения-изменения? Попробуем найти пентаду изменений.

1. Теория «инсайта»: когда человек поймёт пагубность своих действий, своих заблуждений, ошибочных представлений, тогда он сам и переменит участь (то же, что и в христианской доктрине преображения человека через получение благодати).

2. Теория научения: когда новое поведение, изменение будет чем-то значимым подкрепляться, тогда оно и будет повторяться вновь и вновь (то же, что и в экономической модели человека как участника обмена, в крайнем своём выражении – «коррупционная» модель внесения изменений).

3. Теория самоорганизации систем: когда система самоорганизуется, то все её подсистемы образуют некую последовательность, сохраняя динамическое равновесие – гомеостаз. Чтобы измениться, находясь в такой самоорганизующейся системе, необходимо «просто» изменить последовательность, но не самого себя. Так, психотерапия сама по себе изменяет существующее положение вещей - "последовательность" - из-за временного присутствия личности психотерапевта (то же, что и в теории «матрёшки» или «вложенных одна в другую систем»).

4. Парадоксальная теория изменения Ф. Перлза: чтобы измениться, не нужно вообще ничего менять – надо принять самого себя, какой ты есть (то же, что и в буддизме). Фактически так и происходит на самом деле. Терапевт ничего и не меняет в жизни своего клиента, кроме собственных представлений о нём. Эти изменения мнения терапевта и «воздействуют» на самого клиента. Он становится свидетелем того, как могут измениться у другого человека представления о нём самом.

5. Ономатодоксия А.Ф. Лосева: чтобы измениться, необходимо именовать новое состояние, скрепить именем искомую сущность (сущность не отделима от имени, но не тождественна имени; вещь и тождественна имени и отлична от него).

В дианализе все пять подходов синтезированы в практике принятия (4), осмысления (1), становления (3), повторения (2) и именования (5) изменений, происходящих с человеком в процессе и результате психотерапии.

Цель – желаемое состояние или некая эффективная деятельность, которая приведёт к положительным результатам. Конечно, речь идёт не об одной цели, а серии целей,

которые соединены единым смыслом продолжения жизни или «развитием личности», например. Никто не может заранее сказать, истинна ли какая-либо выбранная цель из этой последовательности. Согласно адлерианской «индивидуальной психологии» конечная цель, к которой стремится любой человек, есть фикция («фикционный финализм» А.Адлера), некий жизненный мираж, который рано или поздно (лучше поздно) рассеивается, раскрывая чёрную бездну небытия и могильного холода. Смерть не является целью жизни! Цель жизни – сама жизнь во всяких её проявлениях. Однако эта цель должна быть сформулирована в терминах конкретных достижений, достижимых объектов и состояний.

Мечта – недостижимая цель, которую никак нельзя «превратить в реальность». Это и есть полноценная, настоящая мечта. Если мечта легко превращается в реальный объект или состояние, то это и не «мечта» вовсе, а достижимая цель. В дианализе строжайше разделяются достижимые цели, которые превращаются в «план ответственного поведения, и «мечты», которые никогда не воплощаются по плану, а если и воплощаются, то такой феномен всегда назывался «чудом». Чудо есть категория мифическая (А.Ф.Лосев: «миф – чудесная история личности, данная в словах»). Мечта есть цель внутреннего преобразования человека, которая совсем ничего не требует для своего исполнения. Мечте можно и нужно только радоваться, но не пытаться её «исполнить». Это дианалитическое рассуждение вызывает много споров на семинарах по дианализу. Обычно всех учат тому, что «мечта исполняется», что рано или поздно «мечта воплощается в действительность». Такое толкование мечты неминуемо приводит к убеждению, что чудо есть вмешательство сверхъестественных сил, а не «чудо воображения», «абсолютного иммагинатива» (Я.Голосовкер). Вера в осуществимость мечты на самом деле толкает людей к разочарованию. А что, если мечта не станет реальностью? Силы «небесные», «магические» не вмешаются и не исполняют желания? Катастрофа. Желание останется неисполненным, а это – фрустрация. Фрустрация ведёт к неправильному реагированию: гнев (экстрапунитивная реакция), депрессия (интрапунитивная), безразличие (импунитивная реакция). Три вида патологии. Поэтому лучше сразу обрадоваться мечте, сделать её основанием постоянной радости, а не удовлетворения.

Доступ – популярное толкование «психотехник» в современной психотерапии, направленной на решение конкретных задач. В буквальном смысле – это обозначение актуализации имеющегося ресурса у клиента. Например, память об успешных делах, достижениях в прошлом, есть личный ресурс человека. Во время психотерапии эти воспоминания легко могут быть превращены в образцы эффективного поведения, по которым можно строить реализуемые планы в настоящем и ближайшем будущем. Самым мощным ресурсом, однако, является коллективная память народа, в которой имеются прототипы успешного и эффективного поведения в любой жизненной ситуации. В дианализе это называется «Космо-Психо-Логосом» (термин Г. Гачева) или «сквозными смыслами культуры», которыми пронизаны и наши мечты и реалистические планы. Доступ к этой системе смыслов достигается через язык и так называемые «знаковые системы» (знания, опыт, обряд и ритуал).

Идея – то, что приходит на ум специалисту (нерукотворный смысл), что ему необходимо самому понять, проанализировать, облечь в словесную форму, а эту словесную форму воплотить в живое, хорошо интонированное, снабжённое соответствующими жестами, мимикой и движениями всего тела, высказывание, адресованное клиенту. Идею не создают, не конструируют, не собирают по частям, её принимают. Для этого необходимо очистить соответствующее место в некоем «когнитивном пространстве», т.е. освободиться от готовых рецептов, готовых идей, «домашних заготовок» и аналогий типа: «Вы – как тот пациент из 32 лекции З.Фрейда». На такое чистое место и следует «зазывать» идею преобразования личности.

4.4.4. План ответственного поведения

Мероприятие – принятие соответствующих мер, исправление того, что можно исправить немедленно, например, манеру изложения взгляда на жизненные события, позу, в которой человек сидит, размышляя о жизни, интонацию, силу звука голоса и прочее. В некоторых системах помощи практикуются совершенно простые меры, например, очень громко сказать то, что нужно было бы сказать в стрессовой ситуации, но сказано не было. Или ещё проще – сказать громко и решительно о том, что человек собирается сделать сегодня: «Сегодня я останусь трезвым!»

Действия – то, что реально может контролировать в полной мере человек. Физиологические процессы протекают вне сознательного контроля, эмоции – то же. Призыв «Властвовать над чувствами» не осуществим. Над чувствами и эмоциями полноценного контроля нет. Мыслительной деятельностью человек способен управлять в большей степени, однако, как настаивает данная книга, смысл нерукотворен, им нельзя управлять. Можно управлять процессами мышления – анализом, синтезом, абстрагированием, конкретизацией, ассоциацией, классификацией, дедукцией и индукцией. Можно управлять формализацией языка, можно создавать визуальные языки и графические модели, схемы, в которые воплощается идея. Можно в большой степени управлять движением, действиями. Есть так называемые «выразительные движения», которые являются составной частью эмоции. Если самой эмоцией нельзя управлять, то выразительными действиями можно. На этом полностью основана актёрская техника. Управляя соответствующими действиями (выразительные движения), актёр добивается соответствующего эмоционального состояния у себя самого и у наблюдающего его поведение зрителя.

Мотив – нервно-психический план действия, его осмысливание и обоснование. Мотив включает в себя пентаду моментов:

- Субъект действия («внутреннее Я», имя личности)
- Объект действия (предмет, на которое действие направлено)
- Действие как некий процесс изменения состояния
- Фактический результат действия
- Обстоятельства действия (место, время, условия, смысл, символ)

Чтобы у клиента произошло полное осознание мотива действия, необходимо вопросами помочь ему обнаружить и зафиксировать в понятиях все указанные моменты мотива.

Задание – то, что поручает выполнить своему клиенту специалист. Задание – форма фиксации промежуточных результатов психотерапии и консультирования. Выполнение задания, данного терапевтом, есть существенная часть терапевтического плана. Само задание может быть и формой терапии. Например, Джей Хейли написал даже книгу "Терапия испытанием. Необычные способы менять поведение" Она написана на основе терапевтической техники Милтона Эриксона, которая заключается в том, чтобы предложить клиенту задание субъективно более тяжёлое, чем симптом. Человек обретает контроль над неконтролируемым поведением, и таким образом избавляется от симптома. Испытание должно причинить такое же, если не большее, неудобство, как и симптом. Человек обязан выполнить его, испытание не должно причинить вреда клиенту или окружающим. Терапевт практически заставляет пациентов согласиться выполнить всё, что он им скажет, и только после этого объясняет, что нужно делать. Книга "Терапия испытанием" состоит из 12 реальных историй пациентов различных терапевтов, применяющих метод Милтона Эриксона. В каждой истории терапевты придумывают испытание, являющееся неожиданным для пациентов. Это – такие испытания, как натирание полов ночью при сильных приступах тревоги, оплата одного цента за каждый ненормальный случай мытья рук, где цена увеличивалась в геометрической прогрессии

после каждого мытья рук (1,2,4,8...). Один молодой человек с великолепными усами ничего не хотел делать, просто сидел на диване и всё. Терапевт придумала нестандартный ход: предложила ему сбрить усы, если он не начнет работать до понедельника. Мужчина нашёл работу. В следующей истории терапевт разработал несколько приёмов, которые способствовали улучшению взаимоотношений между супружеской парой, у которых возникла проблема с поведением их детей.

Тренинг – повторение некоторого действия в разных ситуациях, что ведёт к обучению применять и контролировать данное действие в любой жизненной ситуации. Например, выступать с лекцией на публике. Можно повторять заученное короткое выступление, скажем, начало лекции, связанное с обращением к аудитории, много раз в какой-нибудь модельной ситуации. Для клиента подбирается подходящая «сценическая площадка», например, коврик площадью в 0.5 м², который будет моделировать «кафедру» или «трибуну». Стоя на таком коврике, клиент тренируется выступать перед воображаемой аудиторией. Он может это делать в состоянии гипнотического транса. «Площадкой» для тренинга будут его собственные представления. Хорошей «площадкой» для репетиций нужного социального поведения является группа клиентов или собрание членов его семьи.

Мотивирование – всё, что побуждает клиента начать перемены в собственной жизни, менять поведение, решаться на поступок и т.д. Конечно, речь прежде всего идёт о нахождении того настоящего смысла, нерукотворного, потому и истинного, которым должны осветиться исполнимые планы клиента.

«План ответственного поведения» взят из терминологии «Терапии реальностью» В. Глассера. В дианалитическом протоколе пункты планирования ответственного поведения используются в переработанном мною варианте:

- **Простота.** План должен быть простым и понятным. Сложные и «закрученные» планы не исполняются и бесполезно «болтаются» в голове, занимая место и время в личной жизни человека.
- **Достижимость.** Если намеченный план заведомо недостижим, а планируемые действия в принципе невозможны, то такой план есть на самом деле планирование несчастья и является способом причинения самому себе боли и неприятностей.
- **Измеримость.** Всё, что намечается как некий результат достижения, должно иметь измерение. «Немеренное», или неизмеримое, как цель поведения, приведёт к отказу что-либо делать. Только то, что измеряется простыми способами, обладает мотивирующей силой, притягательно для исполнения.
- **Незамедлительное исполнение.** План эффективен в том случае, если его можно начать осуществлять немедленно, «прямо сейчас». Отложенное исполнение чего-то может быть отложено навсегда.
- **Логичность.** План может (и должен) входить в более обширный план жизни вообще, логически вытекать из оценки ситуации, не противоречить другим важным планам, иметь свою логику развития.
- **Контролируемость.** Контроль над планированием является важным условием эффективности плана. Если планирование контролирует кто-то другой, то это будет не план собственных действий, а принуждение, против чего человек справедливо может восставать.
- **Выполняемость.** В отличие от «достижимости», что означает принципиальную возможность сделать нечто, данный принцип означает необходимость, неизбежность выполнения некоего задания, когда уже поздно что-либо отменить. Метафорой может служить начальная фаза прыжка в воду – равновесие уже сдвинуто, прыжка ещё нет, но полёт уже начался.

4.4.5. Резюме

Резюме в психотерапии то же, что и «эпикриз» в общей медицинской практике: краткое описание всего, что случилось с клиентом – как он заболел, как вёл себя при этом, к кому и зачем обращался, на какое лечение и помощь отреагировал положительно, на какое – отрицательно, что ему на самом деле помогло, а что – нет, как закончилось его обращение за помощью, какой прогноз его ожидает.

В отличие от эпикриза психотерапевтическое резюме должно быть намного более обобщенной характеристикой жизненной ситуации клиента. Резюме – окончательный ответ на вопрос «Какова ситуация?», т.е. ответ на первый вопрос протокола. В «окончательной» редакции ответа на этот вопрос то, что в медицине называется «окончательным диагнозом» («подтверждённым диагнозом», «уточнённым», «патологоанатомическим»), в психотерапии называется «конечными вопросами» или «экзистенциальными проблемами»: смерть, свобода, изоляция, бессмысленность. Это – первопричины человеческого горя, несчастий и болезней, а также – радости, развития и сохранения здоровья. Резюме не просто констатирует то, что терапевт и клиент «дошли до окончательных вопросов», а то, как на самом деле человек преодолевает тревогу по поводу этих конечных целей человеческого существования.

4.5. Дианалитический декалог как триединство цели, процесса и результата

Критики «протокольной психотерапии» говорят, что настоящая психотерапия не может проходить по чётко расписанным позициям, схемам и инструкциям. Это – абсолютная правда. Протокол, описанный выше, служит одной лишь цели – организовать свою профессиональную работу в лучшем виде, так, чтобы было ясно покупателю этой дорогостоящей услуги, за что платятся деньги психотерапевту или психолог-консультанту. Работа «без протокола» также должна быть организована в последовательность. Декалог как раз и может служить такой цели.

Декалог или десять принципов психотерапии и консультирования, отобранных эмпирически, можно рассматривать как метод «параллельной» обработки симптома или проблемы. Для учебно-дидактических целей декалог составлен в такой последовательности, чтобы начинающие психотерапевты могли пользоваться им как инструкцией от «шага к шагу»:

- | | |
|--|------------------|
| • Встреча с клиентом, установление доверия | - Диада |
| • Познание вдвоем проблемы | - Диагнозис |
| • Обсуждение на одном языке проблемы | - Диалог |
| • Подготовка клиента к выбору | - Дилемма |
| • Динамизация выбора в модельной ситуации | - Динамика |
| • Логическое увязывание с биографией | - Диалектика |
| • Перенос позитивного навыка на другие сферы | - Диверсификация |
| • Расширение участия клиента в жизни | - Дивергенция |
| • Изменение потребительского поведения | - Диететика |
| • Защита достигнутых изменений | - Диатриба |

Декалог как цель. Декалог описывает достижимые и не достижимые цели терапии и консультирования. Вот примерный перечень достижимых целей в порядке следования принципов, указанном выше:

- Привести человеческие взаимоотношения в норму (1);
- Отладить процесс познания, нейтрализовать заблуждения (2);
- Организовать нормальный диалог между людьми (3);
- Восстановить способность принимать решения и делать выбор (4);
- Исполнять взятые на себя обязательства и планы (5);
- Логически увязывать исполнение планов с другими задачами и целями (6);
- Перенести полезные навыки, полученные ранее, в актуальную практику (7);

- Расширить социальные связи и своё участие в жизни других людей (8);
- Стать разумным потребителем (9);
- Использовать язык и мышление как инструмент духовного иммунитета (10).

Декалог как процесс. Декалог в полном объёме обеспечивает полноту оценки факторов, влияющих на процесс восстановления здоровья, контроля и свободы выбора, который обычно нарушается при всякой патологии («болезнь это – ограниченная в своей свободе жизнь», определение классиков). Это – обобщение множества путей освобождения от зависимости, это – путь личностного преобразования:

- Объединяться с другой личностью для усиления собственной(1);
- Познавать себя и мир без остановки, никаких «Всё понятно!», только «Человек, познай себя!» (2);
- Обсуждать с другим человеком все идеи, приходящие в голову: «мысль изречённая есть ложь» (Тютчев), а мысль, обсуждаемая с другим человеком, есть поиск истины! (3);
- Выбирать из обсуждаемых идей те, что можно превратить в выполнимый план (4);
- Исполнять план последовательно – в воображаемом, модельном и реально-бытовом пространстве(5);
- Следовать логике жизни и диалектике природы, т.е. добиваться того, чтобы поступки логически вытекали из мыслей, а мысли следовали за поступками (6);
- Жить так, чтобы было о чём рассказать потомству и себе (7);
- Распространять «терапевтические идеи» на всю жизнь, на все сферы (8);
- В том числе и на потребление (9);
- Защищать здоровые идеи от «информационного нападения», разрушения и опошления (10).

Декалог как результат. Дианалитический декалог может служить неким шаблоном для описания того, как человек, прошедший психотерапию, намеревается продолжить начатую жизнь:

- Какие взаимоотношения человек намерен поддерживать (1);
- Что он понял о себе и своей жизни (2);
- Вступил ли он в продуктивный диалог с окружением (3);
- Пользуется ли он правом личного выбора (4);
- На каких "сценах" он намерен проявлять новое поведение (5);
- Как это новое согласуется со старым, постоянным в его жизни (6);
- На какие сферы жизни переносится новый навык (7);
- В каком направлении расширяется его жизнь (8);
- Как меняется его потребление и образ жизни (9);
- Каким образом он будет защищать свой новый порядок (10).

5.Список основной использованной литературы

1. Банщиков В.М., Короленко Ц.П., Завьялов В.Ю. Эмоции и воображение: клинико-психологическое исследование. – М.: Всероссийское общество невропатологов и психиатров, 1975. – 221 с.
2. Бурно М.Е. Терапия творческим самовыражением. – М.: Академический проект; Екатеринбург: Деловая книга, 1999. – 364 с. – («Б-ка психологии, психоанализа и психотерапии»).
3. Веккер Л.Б. Психика и реальность: Единая теория психических процессов. – М.: Смысл; Per Se, 2000. – 685 с.
4. Гуссерль Э. Логические исследования. Картезианские размышления. Кризис европейских наук и трансцендентальная феноменология. Кризис европейского

- человечества и философии. Философия как строгая наука. – Мн.: Харвест, М.: АСТ, 2000. – 752 с. - (Классическая философская мысль).
5. Завьялов В.Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости.- Новосибирск:Наука. Сиб. Отделение, 1988.- 198 с.
 6. Завьялов В.Ю. Что такое дианализ? Методические рекомендации. – Новосибирск: Издательский дом «Манускрипт», 2005. – 52 с.
 7. Завьялов В.Ю. Необъявленная психотерапия. – М.: Академический проект; Екатеринбург: Деловая книга, 1999. – 250 с. – («Б-ка психологии, психоанализа и психотерапии»).
 8. Завьялов В.Ю. Что такое дианализ? Методические рекомендации. – Новосибирск: Издательский дом «Манускрипт», 2005. – 52 с.
 9. Завьялов В.Ю. Элементарный учебник дианализа. – Новосибирск: Из-во СО РАМН, 2004.- 415 с.
 10. Завьялов В.Ю. Смысл нерукотворный: методология дианалитической терапии и консультирования. – Новосибирск: Издательский дом «Манускрипт», 2007. – 286 с.
 11. Завьялов В.Ю. У смерти твои глаза: дианализ страхов. Новосибирск: СОРАМН, 2004. – 280 с. (Серия: дианализ трудных вопросов жизни)
 12. Завьялов В.Ю. Пьющий мужчина: что делать?– Новосибирск: Издательский дом «Манускрипт», 2005. – 296 с. (Серия: дианализ трудных вопросов жизни)
 13. Завьялов В.Ю. Пьющая женщина: всё пропало?– Новосибирск: Издательский дом «Манускрипт», 2005. – 360 с. (Серия: дианализ трудных вопросов жизни)
 14. Карвасарский Б.Д. (общая редакция) Психотерапевтическая энциклопедия. – СПб.: Питер Ком, 1998. – 752 с.: (Серия «Мастера психологии») с.14-67
 15. Лосев А.Ф. Абсолютная диалектика – абсолютная мифология / Миф, число, сущность.//Сост. А.А. Тахо-Годи и В.П. Троицкого, общ. Ред. А.А. Тахо-Годи и В.П. Троицкого. – М.: Мысль, 1993.- с.263-298.
 16. Лосев А.Ф. Диалектика мифа/ Миф, число, сущность.//Сост. А.А. Тахо-Годи и В.П. Троицкого, общ. Ред. А.А. Тахо-Годи и В.П. Троицкого. – М.: Мысль, 1993. – с. 6-216.
 17. Лосев А.Ф. Античный космос и современная наука/Бытие, имя, космос.//Сост. А.А. Тахо-Годи, общ. Ред. А.А. Тахо-Годи и И.И.Маханькова. – М.: Мысль, 1993. – с.61-612.
 18. Лосев А.Ф. Философия имени/Бытие, имя, космос.//Сост. А.А. Тахо-Годи, общ. Ред. А.А. Тахо-Годи и И.И.Маханькова. – М.: Мысль, 1993. – с. 614-804.
 19. Лосев А.Ф. Вещь и имя/Бытие, имя, космос.//Сост. А.А. Тахо-Годи, общ. Ред. А.А. Тахо-Годи и И.И.Маханькова. – М.: Мысль, 1993. – с.802-880.
 20. Лосев А.Ф. Диалектические основы математики/ Хаос и структура.//Сост. А.А. Тахо-Годи и В.П. Троицкого, общ. Ред. А.А. Тахо-Годи и В.П. Троицкого. – М.: Мысль, 1997, С. 5-608
 21. Макаров В.В. Психотерапия нового века. – М.: Академический проект, 2001. – 496 с. («Б-ка психологии, психоанализа и психотерапии»).
 22. Светлов В.А. Конфликт: модели, решения, менеджмент. – СПб.: Питер, 2005. – 540 с.
 23. Beck A. T. Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International Universities Press. – 1979. – 356 p.
 24. Glasser W. The Identity Society. New York: HarperCollins Publ. – 1975. – 256 p.
 25. Glasser W. Control Theory Manager. New York: Harper Business. – 1994. – 123 p.
 26. Glasser W. Choice Theory: A new psychology of personal freedom. New York: HarperCollins Publ. - 1998. – 340 p.

Восточная версия транзактного анализа

Макаров В.В., Макарова Г.А.

РЕЗЮМЕ

Определение. Транзактный анализ – восточная версия представляет собой теорию личности и системную психотерапию и консультирование с целью развития и изменения личности, семьи, группы, организации. Это разновидность психоаналитической психотерапии дополненной экзистенциально-гуманистической и клинической психотерапией. В практике она представляет собой систему психотерапии, используемую для коррекции всех видов психологических проблем и неуспешности, а так же психических расстройств.

Сущность метода.

Транзактный анализ(ТА) создан Эриком Берном во второй половине 20 века в США. Основные центры ТА в мире находятся в Северной Америке и Западной Европе. И так, исторически ТА был создан и развивался в западной культуре . В странах со стабильной экономической и социальной системами в отсутствии резких социальных кризисов. В современном ТА три признанные психотерапевтические школы , которые базируются на классическом анализе. Основные положения классического транзактного анализа затрагивают интропсихические области личности человека и его взаимодействие с другой личностью без учета больших социальных и макросоциальных систем.

Восточная версия анализа строится на представлении о пяти сферах жизни человека: индивидуальной, микросоциальной, социальной , макросоциальной и духовной (трансцендентальной).

Индивидуальная сфера – интропсихическая сфера. Это наш внутренний мир со своей системой ценностей, иерархией, с целями и задачами. Погружение в эту сферу происходит при рефлексии, медитации, трансах, психотерапии.

Микросоциальная сфера – ближайшее окружение человека. Члены семьи, родители, близкие родственники, друзья - это те люди или живые существа с которыми он общается каждый день. В ближайшем окружении существует своя иерархия, у индивида есть свои функции и задачи, свои цели и миссия, совпадающие или нет с общими микросоциальными, например, семейными или супружескими.

Социальная сфера – это то окружение знакомых и малознакомых для индивидуума людей, которых узнает он, и которые узнают его. Ими могут быть коллеги по работе, соседи, дальние родственники, знакомые. Здесь также существуют своя иерархия, у индивида есть свои роли, функции, миссии, симпатии в этой сфере.

Макросоциальная сфера. К ней относятся все над системные образования, которые включают такие понятия как государство, народ, нация, страна, город. Индивид в этой сфере также имеет свою ценность, значимость, роль и место в иерархии, свою миссию.

Теория транзактного анализа разработана его во второй половине XX века выдающимся американским психиатром Эриком Берном. Среди десятков и сотен известных транзактных аналитиков важно назвать: Т. Харриса, популяризатора транзактного анализа, М. Гулдинга и Р. Гулдинга, авторов концепции нового решения, Я Стюарта и В. Джойса пересмотревших классический транзактный анализ, К. Штайнера подробно описавшим игры алкоголиков. Восточная версия транзактного анализа разрабатывается с 1974 года. В теории в отличие от классического транзактного анализа основное значение придаётся фиксированным эмоциональным установкам, банкам поглаживаний и пинков, признаётся два класса психологических игр, доказывается, что у человека в течение жизни активны как минимум четыре фиксированные эмоциональные установки, так же четыре жизненных сценария или неосознаваемого плана жизни, большое внимание уделяется созданию сценариев персонального будущего

Показания к применению транзактного анализа-восточной версии. Модальность находит применение как в психотерапии, так и в консультировании. Она используется в краткосрочной терапии для решения проблем, а также в длительном глубинном анализе личности. Метод используется для развития, преодоления неуспешности, лечения психических расстройств и зависимостей. Его успешно применяют в работе с личностью, семьями, группами и организациями.

Эффективность. Эффективность метода транзактный анализ доказана его развитием и всё более широким применением в течение полувека. Есть ряд исследований доказывающих его эффективность. Адаптация модальности к менталитету жителей Восточной Европы и Азии предпринятая авторами транзактного анализа восточной версии позволяет увеличить эффективность данного метода

Восточная версия транзактного анализа .

Транзактный анализ восточная версия (ТА-ВВ) был создан в нашей стране, на рубеже столетий, в период жесткого социального кризиса и распада Советского Союза. Народы нашей страны обладают особыми возможностями и ресурсами для выживания в неблагоприятных условиях и в условиях глобальных экономических перемен. Пониманию и раскрытию этих ресурсов и посвящена Восточная версия транзактного анализа.

Классический транзактный анализ создан Эриком Берном во второй половине 20 века. Теория активно развивалась последователями в странах со стабильной экономической и социальной системами. Основные положения классического транзактного анализа затрагивают интропсихические области личности человека и его взаимодействие с другими личностями. Восточная версия транзактного анализа работает шире, рассматривая личность во взаимодействии с микро и макро группами в социальных и макросоциальных системах.

Классический анализ гласит, что человек часть своей жизни проживает вне свободного выбора, действуя по шаблонам, усвоенным в детстве. Сценарий — неосознаваемый план жизни, базирующийся на детских решениях, подкрепляемых родителями. Сценарий жизни можно представить в форме драмы с началом, серединой и концом. Он создается ради получения поглаживаний от родителей (знаков внимания, уважения и любви) определенного рода и ведет к кульминационной сцене — развязке. Это неосознаваемая, длительная, поступательная, выработанная под влиянием родителей в детстве программа, которая направляет поведение индивида в наиболее значительных аспектах его жизни. В стрессе является единственным способом реагирования. Сценарий подкрепляется

системой игнорирования и искажений реальности, психологическими играми и эмоциональным шантажом (рэккетом) с целью закрепления выбранной ранее жизненной (экзистенциальной) позиции благополучия или неблагополучия. На языке ТА людей с позицией благополучия называют Удачником (Я+ и Ты +), Средняком (Я+. Ты -) или Не выигравшим. С позицией неблагополучия можно выделить Неудачника (Я – и Ты -) и Проигравшего (Я-, Ты +). Классический анализ, занимается исследованием сценария. После совместного с клиентом изучения сценария, клиент выбирает способ освобождения от него и берет ответственность на себя за осознанное проживание жизни и свободные выборы в ней. Базовое отличие классического анализа от Восточной версии в количестве сценариев. В классическом анализе сценарий единственный, в ТАВВ – их несколько, как минимум четыре.

Восточная версия строится на представлении о четырех сферах жизни человека. Перечислим их: индивидуальная; микро - социальная; социальная и макросоциальная. Сферы жизни связаны с базовыми ценностями человека.

Итак, ценности – разделяемые в обществе убеждения относительно целей, к которым люди должны стремиться, и основных средств их достижения. Все ценности и цели нашей жизни можно разделить на четыре большие группы. Это ценности: 1) личные, 2) семейные, 3) профессиональные и 4) макросоциальные, например религиозные, национальные. Следовательно, в нашей жизни существуют, как минимум, четыре сферы, в каждой свои, отличные от других сфер цели, средства, образы достижений и идеалы.

Согласно Макарову В. и Макаровой Г., авторам восточной версии (1-5), человек одновременно проживает минимум четыре сценария и связаны они с четырьмя сферами жизни (индивидуальная, микро-социальная, социальная, макро-социальная). Рассмотрим каждую из сфер и характерные для них сценарии.

Индивидуальная сфера – это наш внутренний мир со своей системой ценностей, иерархией, с целями и задачами. Это наше тело, здоровье и болезни, как физическое проявление внутренних проблем. Погружение в эту сферу происходит при рефлексии, медитации, трансах и психотерапии. Континуум потребностей в этой сфере обширен - от физических до высоко духовных. *Персональный сценарий* человека связан с индивидуальной сферой

Микро- социальная сфера – ближайшее окружение человека, члены семьи, родители, близкие родственники, друзья. В ближайшем окружении существует своя иерархия, у индивида есть свои функции и задачи, свои цели родовые, семейные или супружеские. Континуум потребностей от осознанного одиночества до ответственности за род и наследие родовой миссии. *Супружеские, семейный или родовой сценарий* человек проживает в микро- социальной сфере.

Рабочий или профессиональный сценарий человек проживает в социальной сфере. *Социальная сфера* - это рабочий коллектив, коллеги по работе, которые объединены для решения общей задачи. Здесь также существуют своя иерархия, у индивида есть роли, функции, миссии, симпатии в этой сфере. Континуум потребностей от «заработать прожиточный минимум» - до осознания себя Созидателем и ощущения своей Миссии Творца.

В *макросоциальной сфере* развиваются *макро сценарии* – например, сценарии народа, государства или религиозные сценарии, новаторские сценарии в любой области деятельности, которые влияют на умы и жизнь людей. Здесь континуум имеет уже вселенский масштаб от «Я песчинка» до «Я часть Вселенной, без которой нет её целостности!».

Авторы ТАВВ (9) описали закономерности взаимного влияния сценариев из разных сфер на жизнь человека.

Первый закон сфер: Одинаковые сценарии (которые имеют одинаковые жизненные позиции во всех четырех сферах) усиливают друг друга и дают эффект синергии (когда целое больше суммы частей).

Второй закон сфер: Если в сферах существуют разные сценарии (отличаются жизненными позициями), то они друг друга подавляют, снижая общее качество жизни индивида.

Третий закон сфер: Возможна гиперкомпенсация - развитие только одного сценария в ущерб другим сценариям.

Рассмотрим каждый из законов подробнее. Анализ сценариев позволил определить, что человек, у которого сценарии всех сфер подкрепляют и дополняют друг друга, чаще всего не испытывает потребности в психотерапии. При этом все равно Удачник он, Середняк или Неудачник. Например, человек, который считает себя «золотой серединой», не хватается звезд с неба и не претендует на Нобелевскую премию, в индивидуальной области он реально оценивает свои возможности, он женат на такой же «золотой середине», у них рядовая семья, он служащий среднего звена и послушный налогоплательщик. Все его сценарии просты и банальны. Но он спокоен и знает, что завтрашний день будет таким же, как вчерашний, и это его устраивает. «Тише едешь — дальше будешь» — девиз его отца, который он усвоил еще в детстве. Эта гармония и баланс сфер позволяют человеку чувствовать удовлетворение, радость. Это иллюстрация *первого закона сфер*.

Согласно *второму закону*, если в сферах существуют разные сценарии, то они друг друга подавляют, снижая общее качество жизни индивида. Рассмотрим пример из практики. Клиентка в детстве была адаптивной девочкой с родительской программой «Учиться, учиться и учиться!». Золотая медаль, красный диплом, аспирантура. Однако, она была зависимой от мнения людей, не уверенной, одинокой. Книгу предпочитала компаниям сверстников. Вместе с тем её социальные успехи очевидны и признаются окружением. Будущее вырисовывается, видны перспективы социальной успешности, материального благополучия. Она почти на вершине и тут появляется мужчина, который увлекает своей яркостью и неординарностью. Он выбрал её и за это она готова отдать всё. Свадьба, беременность, рождение ребенка. Муж начинает периодически исчезать и ценные вещи тоже. Она узнает, что он зависимый от игры человек. На короткое время ему удалось заменить игру покорением нашей героини. Но азарт прошел и он вновь у зеленого сукна. Клиентка не достигла вершины, она как Сизиф вновь у подножья горы. И с мужем игроком это повторяется с каждым его проигрышем. Она неудачница в супружеской жизни, не выигравшая - в личной сфере. У неё хороший сценарий удачницы в социальной сфере, середняка в макро-социальной, но доминанта неудачливости не дает возможности вырваться из порочного круга, делая её беспомощной. Депрессия - способ примирения с самой собой. Все усилия и вложения в собственное благополучие, сделанные до замужества обесценились.

Третий закон сфер предлагает выход и гласит, что возможна гиперкомпенсация, то есть развитие только одного сценария в ущерб другим сценариям. Рассмотрим хороший ли это способ. Вот пример из психотерапевтической практики. Талантливый человек, который уже в 30 лет стал безусловным лидером в своей профессии, фантастически удачлив в социальной сфере. Он известный человек на макросоциальном уровне. Удачник — Победитель! В своей семье он был никем. Родители обесценивали весь его результат. Он ненавидел свою мать и боялся отца. Его семейный сценарий был сценарием Неудачника, все попытки изменить семейную ситуацию приводили к провалу. Он никогда не был женат. Его индивидуальный сценарий был сценарием Середняка. Он оправдывал поведение родителей, успокаивая себя: «Бывают родители и похуже». И принижал свои заслуги в работе: «Бывают специалисты лучше». Его тело демонстрировало сценарный конфликт нейродермитом и астмой. Только увлекаясь работой, творчеством он забывал о «себе» и проживал подлинное счастье.

Итак, если у человека сценарии во всех четырех сферах несовместимы, конфликтны и усиливают деструктивные тенденции, то такой человек часто клиент для психотерапии.

Каждая из четырех сфер переплетена с другими и одновременно автономна, как и сценарии. Изменения в одной сфере оказывают влияния на остальные. Результат влияний

может варьироваться от незначительных до разрушительных и трагических. У каждой сферы свой ритм, свое время жизни, также как и у сценариев внутри этих сфер. Например, сценарий первой, индивидуальной сферы развивается медленно, активизируется в период рефлексии или у психологов, психотерапевтов на семинарах, тренингах и супервизии. Его время жизни длится от рождения до смерти, развиваясь и реализовываясь постепенно.

У микросоциальной сферы иной ритм. Эта сфера наполнена эмоциями, любовью и ненавистью, скандалами и примирениями. Время жизни — «от свадьбы до развода».

У социальной сферы свои сценарии они выполняют задачи связанные с учебой, работой, карьерой, профессией и могут актуализироваться в период высокой трудоспособности, профессиональной зрелости, смены рода деятельности. И макросоциальная сфера представлена социальной активностью гражданина, его духовным развитием, ощущением миссии. У многих людей эта сфера не развита.

По-видимому, первыми формируются сценарии первой и второй сферы. Формирование третьей и четвертой происходит, когда ребенок выходит за пределы своей семьи и начинается процесс социализации.

Вместе с формированием сценария в каждой сфере, формируется и система его поддержки. Индивид получает опыт в каждой из сфер, принимает решения, выбирает экзистенциальную позицию, подкрепляет родительскими предписаниями, выстраивает стратегии взаимодействия с другими в виде психологических игр и искажает реальность согласно своей системе ценностей. Возможно, первоначально они мало различимы. Разделение сценариев происходит на более позднем этапе, когда все четыре сферы будут полноценно представлены в жизни человека.

Сценарии «живут» в своих сферах, вместе с тем влияют и на другие сферы, актуализируя или подавляя. Одновременно в каждой сфере существуют «дремлющие» сценарии или не получившие развитие (сценарные ростки), которые пробуждаются под действием определенных условий — сценарных переключений.

Иллюстрацией может служить, по-видимому, последний оставшийся в нашей стране общенациональный праздник «9 мая, День Победы в Великой Отечественной войне». В повседневной жизни дремлющий сценарий из макросоциальной сферы в период праздника 9 мая пробуждается, активизируется под действием маршей, патриотических песен, старых кинофильмов. Просыпается патриотизм, чувство единства со страной, народом. Более значимыми становятся такие понятия, как миссия народа победителя, борца за справедливость. Четко проступает героический сценарий, где победа достигается в борьбе и не легким путем примирения или хитрости и обмана, а тяжелым путем испытаний, жертв и мучений. Чувства, мысли и действия, пробудившиеся сценарием из макросоциальной сферы, захватывают и остальные сферы. Если индивидуальный сценарий неудачника или середняка, то героический национальный сценарий придает уверенности. В микросоциальной сфере, например, в семье супруги, начинают по-иному относиться друг к другу фантазируя, если завтра «...дан приказ ему на запад, ей в другую сторону». В социальной сфере — отношение к соседям и сослуживцам может так же подвергнуться влиянию чувства единения и сопричастности к общему делу, цели. В праздник можно и побрататься. Оценить, с кем пойти в разведку, а с кем нет.

В реальных условиях социальных кризисов, войны, по-видимому, макросоциальный сценарий может доминировать над остальными сценариями, разрушая или перестраивая их. Например, в Великую Отечественную войну призыв «Родина-Мать зовет» изменял границы семейных сценариев. Мать — это Родина, все остальные — ее дети. И реальные матери отдавали своих детей, мужей и близких, разрушая свои семьи. Границы семей стирались. Была одна семья с одной матерью — Родиной. Здесь показателен американский фильм «Солдат Райн», где семейный сценарий сохранения одного рода доминировал над макро-сценарием. Для нашего народа это не характерный феномен.

Проходит праздник, и сценарий народа-Победителя вновь переходит в спящий режим. Инициированные в других сферах чувства, мысли и поступки медленно угасают.

А может быть, зря? У нас есть множество конструктивных сценариев в макросоциальной сфере, и народ— преобразователь, победитель фашизма, и народ— созидатель, поднявший из руин войны страну, и народ с высоким интеллектуальным и научным потенциалом, впервые запустивший человека в космос. Это сценарии Победителей, на струнах которых так искусно играли наши вожди в XX веке и которые умолкли теперь. Ведь вся атрибутика сценарного анализа ярко представлена. И великая миссия— спасти и преобразовать весь мир! И условия реализации— тяжело трудиться, победу добывать в мучениях, большой ценой. И внешнее окружение— обязательные враги, против которых надо бороться.

Возможно, наша профессиональная миссия— создание новых сценариев России! И это реально, ведь у макросценария нашей страны и народа так много ресурсов, которые не учитываются идеологами. Мы искажаем реальность в угоду времени, суживаем свой диапазон восприятия, критикуем и игнорируем почки и ростки сценариев народа— победителя, труженика, не замечая «жемчужины», которые нам дает реальность. Двадцатый век на макроуровне— век больших экспериментов, и немногие народы смогли пережить взлеты и падения, в отличие от нас. Однако, возможно, не те струны заиграли в сценарии нынешнего века. Вера в собственные силы, в единение и сплоченность, в возможности преодоления и победы были заложены в предыдущих поколениях. «Брожение умов» и разгул «правды» внесли дезориентацию. Конечно, в 20 веке в индивидуальной сфере персональные сценарии отдельного человека были деструктивны. Человек — винтик в государственной машине, вечно боящийся и искажающий свое мировосприятие под гнетом страха. Возможно, разрушение, бунт произошел за счет диссонанса в разных сферах. Конечно, сценарии индивидуальной сферы надо менять, и это происходит, однако, часто в ущерб или без использования ресурсов макросоциальной сферы. Гармония между сферами и сценариями даст эффект резонанса, который приведет к их усилению. Во всех четырех сферах должны быть позитивные, конструктивные сценарии и это возможно, так как мы имеем ресурсы для реализации уже сейчас.

Те же принципы лежат и в основе сценарий организаций, но об этом мы поговорим позже.

Важно обратить внимание, что стратегии психотерапии и консультирования, например, в классическом транзактном анализе, обычно строятся на работе с личностью клиента, редко с привлечением его семьи. Изменения, происходящие в личном сценарии, быстро приносят результат. Однако, результат подвергается часто активному сопротивлению в социальной, микро - и макро-социальных сферах. Новые изменения, которые происходят в личном сценарии клиента, требуют смены старых шаблонов и ролей, в том числе в семье, на работе и в социуме. Поэтому необходимо учитывать взаимное влияние сценариев во всех четырех сферах. Ещё один важный вывод: работать с макросоциальным и социальным сценариями должны специалисты, имеющие психотерапевтические знания, в целях получения эффекта синергии, а не подавления и гиперкомпенсации (*Второй и Третий законы сферы*). Игнорирование индивидуального сценария, например, лидера при работе с большими группами снижает качество работы специалиста, и часто приводит к саботажу и конфликтам.

Как построить индивидуальную психотерапевтическую и консультационную работу, чтобы изменения происходили во всех областях и усиливали эффект терапии? В своей практике (1-8) мы используем следующие технологии, работая сразу с четырьмя сферами:

1. Работа с личностью клиента, с использованием анализа и телесных техник - работа с индивидуальной сферой.
2. Привлечение членов семьи к терапии (очное или заочное); активные домашние задания, в которые включены ближайшее и отдаленное окружение клиента, работа с ресурсами семьи и рода, супружеские и мужско-женские темы - работа с микросоциальной сферой.

3. Участие клиента в групповой работе (психотерапевтической или тренинговой) с целью обучения новым паттернам поведения, работа с социальной сферой.
4. Участие клиента в обучающих программах с целью закрепления эффекта психотерапевтической работы, приобщение клиента к психологической культуре, к сообществу – как элемент работы с макросоциальной сферой. Клиенты с удовольствием учатся и применяют психологические знания, как к своим внутренним проблемам, так и в семейных отношениях, и в отношениях с коллегами.

Работая в индивидуальной сфере, мы активно используем работу с телом. Анализ стадий развития сценария затрагивает работу с самыми архаическими, бессознательными образованиями, включая и телесный сценарий.

Телесный сценарий формируется, начиная с опыта, который переживает плод еще до рождения. Возможно, первая телесная защита возникает ещё во внутриутробный период нашей жизни. Например, если мать астматик, или гипертоник, принимала алкоголь, курила, или беременность была нежелательной. Эти причины уже могут вызвать травмы ребёнка, отразиться на его личностном сценарии и затронуть телесный уровень. Сценарий может длиться неограниченно долго, до момента, когда мы перестаём, наконец, чувствовать себя во власти авторитарных фигур, и сбрасываем старые «оковы», становясь свободными. Однако, психологические травмы, зафиксированные в теле, не исчезают, они проходят через жизнь человека, как спираль, формируя телесные защиты и освободиться полностью от них невозможно. Магия в том, что каждый виток в этой спирали усиливается с каждым годом и ущерб от повреждения становится все сильнее и сильнее. В конечном результате они приводят к соматическим реакциям – болезням.

Когда в детстве индивид принимает сценарные решения, отвечая на вопросы: «Кто Я?», «Что случается с таким как Я?», тело активно включено в этот процесс. Например, когда ребенок получает от родителя негативную реакцию в виде резкого окрика или поднятой для удара руки, он обычно, прячет голову, поднимая плечи. Он старается стать незаметным, маленьким. Напряжение в шеи и в плечах фиксируется вместе с эмоциями страха, возможно, обиды и несправедливости. Расслабление может наступить, если ребенок выразит свои эмоции, закричит, заплачет, громко крикнет. Активно подкрепит крик жестикуляцией, может даже «поработает» кулаками. Однако, в положении «втянутой в плечи головы» трудно себя защитить, руки прижаты к бокам, горло сдавлено. Кричать, защищаться будет, тот малыш, который выбрал для себя позицию благополучия (Я +), так как он не соглашается с негативной оценкой или обесцениваем себя. Неудачник или не выигравший предпочтут не высовываться и спрятаться или смириться. Для этих сценариев характерны сутулость, понурость осанки. Как в детских сказках говорят герою: «Что невесел, ниже плеч голову повесил?», взвалившему на себя непосильную ношу, нагрузку или проблему. Человек ходит так, как будто приготовился взвалить на плечи тяжелый мешок, уже спину подставил обречено.

Задача разрушения телесного сценария, не только освобождение от телесного зажима и освобождения энергии, которая идет на сохранение напряжения. Выход энергии сопровождается покалыванием в мышцах, вибрацией и пульсацией, изменением температуры тела, переживанием радости. Это происходит произвольно, когда мы занимаемся спортом, массажем, СПА процедурами. Однако, улучшение кратковременное, так как причина лежит в области психологических проблем. Используя специальные расслабляющие упражнения вместе с вербальными техниками можно достичь значительных результатов по высвобождению затерявшихся в теле эмоций. А совместная работа с индивидуальным сценарием позволяет направить энергию на принятие новых решений о том: «Кто я? Другие? Мир? Как буду жить?».

В ТАВВ (5-9), техники освобождения от телесных сценариев разделены для удобства на четыре блока: *стимуляция дыхания, стимуляция устойчивости, освобождение и*

отстаивание себя (ассертивность). Разработана система освобождения от телесного сценария, которая совместно со сценарным анализом личности дает быстрый и стабильный результат. Эффективность работы в техниках ТАВВ проверена более, чем двадцатипятилетним опытом работы. Например, эффективность и устойчивость результата при работе с клиентами с избыточным весом составляет более 70 процентов.

Выше мы рассмотрели особенности работы в индивидуальной сфере жизни. Работа с микросоциальной сферой предполагает работу с семейными сценариями. Это ещё одна отличная от классического анализа область применения Восточной версии. Задачи здесь обширные: детско-родительские и мужско-женские отношения, супружество, любовь и партнерство. Акцент, работая в микросоциальной сфере, мы делаем на использовании вытесненных ресурсов семьи и рода для восстановления позитивной благополучной позиции клиента в семейной системе. Сценарный анализ семьи, рода, работа с генограммой, техники семейной системной терапии и консультирования интегрированы в Восточную версию. Работа с супружескими контрактами является доминирующей в списке используемых техник и будет представлена позже, как терапевтический инструмент, позволяющий прояснить и восстановить отношения в паре.

Уникальный опыт работы авторов Восточной версии со сценариями в социальной сфере представлен в отдельной монографии (9). *Рабочий или профессиональный сценарий* человек проживает в социальной сфере, то есть на работе, в рабочем коллективе, среди коллег и начальства, где все объединены для решения общей задачи. Авторами ТАВВ подробно описаны типы сценариев в социальной сфере.

Итак, люди с благополучными социальными сценариями имеют следующие ценности. *Работа должна быть ориентирована на результат. Время – драгоценный ресурс. С людьми надо ладить! Деньги способ достижения чего-то, но не конечная цель.* Такой подход подчеркивает продуктивность и качество труда. Позиция ++ основывается на уважении к коллегам и потребителям. Показывает ценность работы в команде, партнерство. Ценится этика, ответственность и выполнение договоров. Поощряется открытость и стремление к новому, например, новым знаниям, обучению. В семье с такими профессиональными ценностями родители могут сами получать удовольствие от работы. Показывая, как работа ведет к личному и организационному успеху. «Профессионалом быть хорошо!» - доминирующая тема в предписаниях семьи и рода. Так формируются династии.

Для сценариев с позицией не проигравшего (Я+, Ты -) больше подойдут предписания: *«Работа ориентирована на задание. Время - ресурс, используемый для поддержания силовых позиций. Делай деньги, сынок. А от людей лучше избавляться.* Количество превалирует над качеством. *«Старайся! Нужно постоянно быть занятым».* Ценится напряжение, адаптивность. Время используется, как способ выглядеть занятым или важным; для манипулирования и давления Власть и строгий контроль имеют большое значение.

Для людей со сценарием не выигравшие и с позицией (Я-, Ты +), следующие предписания: *«На работе надо выживать. Время - не важный ресурс. Деньги порой нужны, чтобы, что-нибудь купить. А порой – чтобы их иметь, например, на «черный день».* *От коллег и начальства держись подальше. Чтоб тебя не трогали, не высывайся!».* У клиентов с таким рабочим сценарием контроль будет ослаблен, приоритеты неясны, ошибки обычны, большинство проблем решаются только отчасти - что вызывает беспокойство и неудовлетворенность. Время используется для проведения рабочего времени без ясной цели. Рутинная работа хоть и не эффективна, но создает состояние покоя и иллюзию занятости. Не рутинная работа имеет тенденцию встречать сопротивление, а авралы с ограниченными сроками и четкой задачей – вызывают панику. Недооцениваются сильные стороны. Клиенты подчиняются внешнему давлению для того, чтобы соответствовать ожиданиям других, зависимы.

«Работа приносит неудачу. Время, вообще, не ресурс. Деньги и не средство и не цель. Взаимоотношения – ни к чему хорошему не приводят.» - такие «ценности» характерны для

неудачников (Я-Ты-). «Всё бессмысленно!» их основная мысль. Такой подход к работе основан на потребности в изоляции и отчуждении, для того, чтобы подтвердить себе отсутствие ценности жизни и взаимоотношений и суетность достижения чего-либо. Работа часто используется для разрушения себя и организации посредством ошибочных решений, разрушительных действий, повышенного риска и незаконных процедур. Время - не ресурс, деньги значения не имеют - потому, что цели Неудачник обесценивает. Время теряется в бессмысленных действиях, которые не связаны с реальностью. Дни и часы проходят без конструктивных достижений, в изоляции, в бессмысленных встречах и в выполнении непродуктивных заданий. Действия не запланированы и очень часто непредсказуемы. Везде пассивность, отчуждение, апатия и отсутствие интереса и цели жизни.

В ТАВВ подробно рассмотрено взаимное влияние сценариев людей составляющих макро группу (семья, род, организация). Наиболее красочно это можно проиллюстрировать влиянием персонального сценария руководителя на сценарий организации. Руководитель, как творец, создает мир, населяя его людьми - сотрудниками, давая им роли в своих сценариях с целью получения сценарных расплат и наград. Одновременно, сотрудники реализуют свои личные сценарные сюжеты. И они подходят друг к другу, как пазлы в детских играх. Взаимодополняющие сценарные элементы руководителя и сотрудников создают целостную картину, представляющую сценарий организации. Это, как пьеса, в которой расписаны все роли и чтобы действие развивалось, каждый персонаж следует за главной сюжетной линией, приводящей к развязке.

Следовательно, всё и все в системе под названием организация находятся во взаимодополняющих ролях. Каждый сотрудник на своем месте, и несет свою функцию. Когда клиент говорит, что он терпеть не может свою работу, устает или конфликтует, но не уходит и ничего не меняет, то ясно – он нашел свою организацию, где для его сценария есть место.

Законы сценария, которые мы рассмотрели в четырех сферах жизни, действуют и здесь. Отличие в том, что мы рассматриваем свой сценарий в связи со сценарием другого человека: супруга, своего ребенка или родителя. Если это микро-социальная сфера. Можно перейти на социальный и макросоциальный уровень и рассмотреть свой сценарий во взаимосвязи со сценарием начальника, лидера партии, сценарием государства, народа или религиозной доктрины. Рассмотрим *законы сценариев групп*, действующие в любой системе.

Первый закон: Сценарии людей, живущих или длительно время работающих вместе, взаимно дополняют друг друга.

Второй закон: Одинаковые сценарии людей в коллективе (с одинаковыми жизненными, экзистенциальными позициями) усиливают друг друга и дают эффект синергии, когда целое больше суммы частей

Третий закон: Если существуют разные сценарии (с отличными друг от друга жизненными, экзистенциальными позициями), то они друг друга подавляют, снижая достижения и общее качество жизни в коллективе (семье, группе, стране).

Четвертый закон: Изменения в системе наступают тогда, когда старый сценарий (организации, семьи или группы) не решает актуальные проблемы настоящего.

Рассмотрим, законы подробнее. Первый закон о взаимном дополнении сценариев. Если у вас всегда тупые начальники, то это соответствует вашему сценарию. Если женщина в каждом браке имеет мужа алкоголика, то это её сценарий. Если бизнесмен набирает команду и с ней хорошо начинает, а потом разоряется или продает бизнес и начинает снова, снова – это его сценарий. Чем дольше существует структура, живут или работают в ней люди, тем теснее сценарии переплетаются и в результате это может привести к формированию симбиотической зависимости людей друг от друга. Важно понимать и использовать эти выводы. Рассмотрим, примеры, когда в системе (семье, организации) существует неравенство, есть харизматичный лидер с позицией (Я + Вы -) с яркой историей персонального мифа и сотворением чудес. То сотрудники с позитивным

индивидуальным сценарием будут уходить из организации. Если у харизматичного лидера есть последователи с позицией (Мы -, а Вы +), ожидающие чуда, то они будут долгожителями в организации. Если существует сложная система отбора, закрытость и избранность для последователей, то такая организация быстро закрывает свои границы, разворачивается к внешнему миру враждебно - агрессивной стороной и становится в оппозицию к людям, не разделяющим их ценности. Так формируются секты, партии, закрытые силовые организации с доминирующим лидером во главе. Новые ряды членов будут пополнять люди с негативным персональным сценарием, вечные неудачники, созависимые (психологически или физически) и люди, испытывающие или не справившиеся со стрессом в своей жизни (потери, горе). Развязкой для членов и лидера будут: истощение, (психическое или физическое); нервные и психические расстройства; разного вида насилие.

Более мягкий вариант созависимых сценариев руководителя и последователей широко распространен в нашей стране. Например, компания развивалась с начала девяностых годов, прошла большой и сложный путь становления. Рядом с «отцом основателем» все эти годы были преданные последователи, старые проверенные друзья или родственники. Прошло 15 лет, рынок изменился, требования к специалистам тоже. Однако, руководитель не может расстаться с соратниками. Он тасует их как старую колоду карт, перемещая с должности на должность или создавая громкие титулы без реальной власти. Последователи выполняют функцию психологического комфорта для лидера, преданной гвардии, порой давая искаженную информацию о делах в компании, ведь их задача – поддерживать видимое благополучие лидера и понижать его уровень тревожности.

Второй и третий законы гласят, что одинаковые сценарии основателя и последователей усиливают друг друга, а различные ослабляют. Эффект синергии особенно заметен, когда сценарии позитивные (Я+ Вы +). Этот закон объясняет и механизм функционирования счастливых супружеских пар и успешных организаций долгожителей.

Когда сценарий выполняет свои задачи, то коллектив (семья, группа) живет и здоровует. Как только внешние или внутренние условия требуют новых не сценарных решений, то (для организации или семьи) наступают очевидные трудности, которые могут перерасти в кризис – *это четвертый закон*. В момент, когда внешние условия требуют новых решений, а старые или «детские» решения не работают, происходит временный выход из сценария. Это важный момент принятия новой реальности и взрослых зрелых решений. «Кто мы? Какими хотим быть? Что делаем?». Пишется новый сценарий, появляется новый лидер и группа последователей, сплачивается вокруг него. Обычно, кризис приводит к кратковременному возврату к старому сценарию. Но это чаще пауза перед следующим кризисом, так как изменение сценария неизбежно. В семье лидерские позиции обычно берет та сторона, которая «терпеть больше не может», то есть более заинтересована в изменениях.

Всякое изменение первоначально приводит к откату назад и активному сопротивлению, даже если эти изменения ожидаемые или желанные. Нет изменений без сопротивления. Сопротивление способ ухватиться за то, что знакомо и следовательно безопасно, ведь новое - не предсказуемо. Поэтому конфликты – способ остановить прогресс и не допустить изменений. В ТАВВ конфликты рассматриваются, как демонстрация пассивности и нежелание меняться. С точки зрения прогресса и дальнейшего роста конфликты – бесполезны, в них нет энергии созидания, честности и открытости. Конфликты чаще создаются, чтобы сохранить сценарное поведение и не менять его. В организации или в семье отдельный человек может идти против всех, сопротивляясь изменениям. Или группа против группы, например, создавая коалиции единомышленников (родственников или коллег) - фронт Сопротивления, и здесь анализ психологических, силовых игр и игр власти - являются эффективным инструментом.

Авторами ТАВВ проведена колоссальная работа по анализу и классификации игр, в которые играют в нашей стране, в России. Изданы две монографии (3,4).

Контрактная психотерапия

На основе ТАВВ и метода кристаллизации проблем (Макаров В.В.) было создано направление, активно используемое авторами в психотерапии и консультировании - *Контрактная психотерапия*. Это инструмент, позволяющий использовать ответственность клиента в мотивации достижения желаемого им результата. В ходе работы клиент (будь то семья или организация) и профессионал (психотерапевт, психолог, консультант) заключают договор или контракт придерживаться строго определенному плану действий на каждом этапе терапии. Контракт, включает конечную цель, пути ее достижения, сроки выполнения, критерии оценки изменений и меру ответственности каждого. Контракт – терапевтический инструмент (техника), позволяющий эффективно и в короткие сроки получить желаемый результат изменений. Психотерапевтический контракт четко устанавливает цели для каждого этапа терапии, например, контракт на конкретную работу в рамках одной сессии. Клиент и терапевт оба знают «маршрут» движения и несут равную ответственность за выполнение. Контракт позволяет прийти к более быстрому изменению, когда достижения зафиксированы в нем как конечная цель. Любое отклонение от контракта обсуждается совместно и принимается решение о дальнейших действиях, например, заключение нового контракта или возвращение к старому. Контракт обсуждается и фиксируется письменно, особенно, когда терапия длительная. Такая система позволяет терапевту и клиенту придерживаться контракта, не отклоняться от цели и быть равными партнерами взаимодействия. Работа по заключению контракта уже является началом психотерапевтической работы.

Для чего заключается контракт? Согласно анализу клиент вынужден следовать сценарию. Сценарий – неосознаваемый план жизни, состоящий из позитивных и деструктивных элементов. Сценарий можно рассматривать, как ранний патологический контракт между ребенком и родителем о том, как прожить жизнь. Потому, что сценарий дает ответы на самые важные вопросы:

- Кто Я? Кто Они - другие? Как мир вокруг относится ко мне? (экзистенциальные жизненные позиции).
- Как Я буду жить? (Программа родительского образа жизни).
- Что Я буду делать всегда? (Разрешения и стили адаптации).
- Что я не буду делать никогда? (Запреты)
- Как, когда и где я умру? (Расплата или награда).

Испытывая трудности и приходя на терапию, клиент ищет своего терапевта и «приглашает» его участвовать в сценарии. Клиент, неосознанно своим поведением и эмоциональным «шантажом» (психологическими играми), требует реализации сценария, пытаясь найти способ улучшения сценария через взаимодействие с терапевтом. Он часто запугивает терапевта, реагируя телесно на любые интервенции против сценария. Клиент ищет способ жить более комфортно со сценарием, искажая реальность и находя в нем даже выгоду. И только знания, ответственность и интерес (мотивация) к новому могут дать клиенту возможность другого выбора.

Работа по заключению контракта проясняет все сценарные мотивы. Когда клиенты приходят на терапию или консультирование, то они всегда декларируют, что хотят избавиться от симптома, например, депрессии, конфликтов в семье или застоя в карьере. Редко, когда хотят изменить стиль жизни (сценарий), лежащий в основе проблемы, в решении которой ищут помощи. Например, каждый клиент с избыточным весом желает избавиться от лишних килограммов, отдышки и риска заболеть сахарным диабетом, но предпочитает варианты решений без необходимости анализа причин заедания проблем и остановки механизма саморазрушения. К сожалению, без изменений этих сценарных механизмов, расплата будет не минуемой – вес вернется! И тогда, контракт на работу с симптомом (Контракт на уменьшения веса на X килограммов) будет компромиссом,

который не затронет внутреннего мира клиента, и через некоторое время вес вернется и клиент испытает ту же депрессию и разочарование. И в следующий раз повторить попытку будет труднее или не возможно. Возврат симптома подтвердит сценарные убеждения клиента о себе, о мире и о значимых людях и усилит беспомощность и отчаяние, что-либо изменить в своей жизни. Фактически, клиент проиграет опыт ранних взаимоотношений, вновь ощутив гнев бессилия и беспомощность. Добро пожаловать в сценарий!

Грамотно составленный контракт противоположен сценарию. В его основе лежит разрешение для клиента переделать, изменить свой сценарий или не подчиниться ему, причем иным способом, отличным от прежнего. Для клиента это рискованные действия, так как он не будет больше получать привычной (сценарной) поддержки и эта перспектива часто пугает и заставляет отступить, сопротивляться, бунтовать, демонстрировать психосоматические расстройства. В ТАВВ учитывается механизм сопротивления, поэтому существуют несколько этапов по работе с изменением сценария клиента. Для каждого этапа заключается свой контракт. Контракт на изменение стиля жизни и отказ от сценария – это контракт для длительной психотерапии и является заключительным договором. Подготовительная же работа может сопровождаться консультированием и контрактами по контролю симптома, т.к. меняя и разрушая старые поведенческие шаблоны, появляется возможность расшатать привычную сценарную пирамиду, например, отказаться от психологических игр, эмоционального шантажа (рэкета) и научиться получать не сценарную поддержку, а аутентичные чувства.

Если клиент на первой стадии заинтересован только в избавлении от симптомов и симптоматическом лечении, психотерапевт знает, что клиент попытается заключить контракт, который оставит сценарий нетронутым. Однако, компромисс не может быть принят, так как это заслоняет реальные проблемы и не приведет к решению и освобождению их. Терапевт же общей практики заключит контракт, например, выпишет препарат, который надо будет пациенту принимать три раза в день в течение месяца. Пациент соглашается на контракт, когда обязуется купить и принимать лекарство, рекомендованное врачом. Это медицинский контракт. Пациент и доктор могут заключить контракт *контроля симптома*, например, принимать лекарство перед ответственной встречей или совещанием, следить за самочувствием и вовремя купировать ухудшение. По статистике от пяти до семи лет должно пройти от начала появления симптома, чтобы медицинские контракты были заменены психотерапевтическими. Рассмотрим виды контрактов в психотерапии.

Организационный и психотерапевтический контракты

При проведении психотерапии существуют два обязательных контракта: психотерапевтический и организационный.

Организационный договор представляет собой соглашение между терапевтом и клиентом относительно платы, организационных вопросов их совместной деятельности (где, как часто и какая продолжительность встреч). Договор позволяет жестко очертить профессиональные границы терапевта и клиента. Организационный договор включает следующие положения:

1. Взаимное согласие — обе стороны должны прийти к единому мнению относительно условий контракта, которые не навязываются.
2. Адекватное вложение. Терапевт обязуется, используя свое умение, помогать клиенту, в достижении их совместных целей. Клиент обязуется предоставлять соответствующий материал для работы. Оба разделяет ответственность поровну. Контракт запускает не только ответственность, но инициативность и активное поведение. Всё что предоставляет клиент должно рассматривать только с этой точки зрения. Со стороны терапевта контракт используется для запуска вмешательства и стратегий.

3. Компетентность. Терапевт должен обладать определенными профессиональными навыками, необходимыми для помощи клиенту в достижении результата контракта. Клиент должен понять условия контракта и обладать физическими и умственными способностями для его осуществления.
4. Законность. Цели и условия контракта должны соответствовать существующим законам. Терапевт и клиент не должны злоупотреблять положением и использовать друг друга для целей далеких от терапевтического контракта.

В ходе психотерапевтической работы, возможно внесение дополнительных пунктов в контракты, например, выполнение домашних заданий. Или пунктов, которые учитывают особенности здоровья клиента и цели изменения. Например, не приходить на сессию в алкогольном опьянении. Или не принимать психотропных препаратов за определенное количество часов до встречи. Или пройти обследование у специалистов, консультацию у невропатолога, кардиолога и пр.

Перейдем к самой важной части контрактных взаимодействий, к заключению терапевтического контракта. В контракте клиент четко определяет, каких изменений он желает добиться и указывает, что он планирует сделать для их достижения. Терапевт выражает готовность работать с клиентом для достижения поставленных целей и определяет свой вклад в этот процесс.

Мы говорили, что клиент предпочитает оставаться в сценарии и контракт должен закрыть вход в него, блокируя привычное сценарное поведение, не давая поддержки (поглаживаний) за сценарные мысли, чувства и поступки. Так как клиент боится вновь пережить конфликты детства и избегает рисковать в похожих ситуациях, то он предпочитает компромиссные решения. Чаще – это защита от страха и способ обеспечить безопасность. Возможно поэтому первоначальный запрос клиентов, пришедших на терапию, меняется уже в ходе первой сессии. В процессе выработки по-настоящему действенного контракта на лечение эти маневры должны быть осознаны для того, чтобы преодолеть их. Когда клиент и терапевт преуспевают в этом, то появляется у клиента возможность выразить свои реальные потребности, а у терапевта их признать. Клиент принимает терапевта теперь, как союзника, а не «родительскую фигуру из сценария», и разрешает себе надеется, что будет новое решение для старых проблем, которые продолжают его беспокоить. Работа над прояснением контракта уже является психотерапией.

Что же должен содержать в себе терапевтический контракт?

1. Терапевтический контракт определяет цель лечения. Без ясной цели терапия может бесконечно блуждать в прошлом и настоящем клиента, и при этом никаких личностных изменений не произойдет. Итак, контракт закрепляет на бумаге цель лечения в виде желаемого результата изменения.
2. Терапевтический контракт позволяет терапевта и клиента анализировать и корректировать направления продвижения и достижения терапии. Анализируя при этом поведение клиента, отношение окружающих, соматическое состояние клиента и другие характеристики.
3. Терапевтический контракт позволяет получать поддержку и заботу, как от терапевта, так и клиент учиться давать их сам себе, на пути выздоровления клиента и достижения желаемых результатов.
4. Терапевтический контракт позволяет получать удовольствия от выполнения условий контракта. Награды обсуждаются в ходе сессий.
5. Терапевтический контракт опирается на фиксированную эмоциональную установку «Я благополучен — Ты благополучен». Терапевт и клиент несут равную ответственность за результат, так как клиент способен самостоятельно думать,

действовать и принимать решения к изменению. Роль терапевта указать на те аспекты, которые помогут достигнуть более эффективных результатов.

6. Терапевтический контракт позволяет избежать скрытого уровня взаимодействия между терапевтом и клиентом. Он помогает блокировать психологические игры и помогает оставаться вне (Драматического треугольника) игр.

Кто подписывает контракт?

У терапевта в подписании контракта участвуют все позитивные части эго-состояний Родитель, Взрослый и Ребенок. Клиент воспринимается терапевтом только с позицией благополучия (Ты +). Лучше не заключать договор с клиентом, которого терапевт воспринимает, как не благополучного. С контр переносом терапевт работает в собственной личной психотерапии, где контр перенос может осознаваться и разрешаться. Для подписания терапевтического контракта клиентом необходимо участие его эго-состояний: Взрослого, Свободного Ребенка и Заботливого Родителя.

Контракт между терапевтом и клиентом не должен содержать конфликт «интересов». Поэтому в анализе взаимодействий между эго-состояниями терапевта и клиента должны быть учтены следующие ожидания сторон:

«*Взрослый-Взрослый*»; контракт должен быть реалистичным, осуществимым (под силу клиенту) и проверенным. Например, есть статистика эффективной работы психотерапевта в этой области, а у клиента есть опыт достижения целей. Для клиента изменения должны приносить выгоду в будущем.

«*Ребенок-Ребенок*»; в ходе работы должно быть не больно, интересно, много энергии и мотивация (любопытство) двигаться дальше.

«*Родитель –Родитель*»: терапевт дает разрешение меняться, поддержку и силу совершить это. Клиент проверяет контракт на «правильность» - сверяет с системой ценностей, полезность для «Ребенка», законность и этичность.

Стадии формирования контракта.

Контракт – это техника психотерапевтического воздействия, поэтому применение техники разнообразное. Обычно организационный контракт заключается перед первой сессией или в ходе её. Предварительный терапевтический контракт после одной или двух сессий работы. Откладывание заключения контракта на большее время нецелесообразно.

Первая стадия: контракт осознания игнорирования.

Жалобы, с которых начинают встречу клиенты, обычно связаны с искажением реальности, с игнорированием собственных выборов и собственной ответственности за проблему.

Клиент наделяет другого человека или событие колоссальной властью над своими эмоциями, поступками, а иногда и жизнью. Первый шаг в заключении контракта – выявить игнорирование, обесценивание своей позиции, и систему искажения реальности клиентом.

-Вы жалуетесь на свою мать. Она ограничивает вашу свободу, и вы чувствуете себя подавленным. Нервничаете. Сколько лет вашей жалобе? Пятьдесят? (Клиент игнорирует свои силы, опыт, возможности, считая себя по-прежнему бессильным ребенком).

- Сколько еще готовы терпеть? (Интервенция психотерапевта сделать выбор и принять ответственность за изменение).

- Ваша жалоба следствие того, как Вы действуете и интерпретируете происходящее. Вы делаете себя подавленным и нервным. Как и где вы научились этому в детстве. От кого, что вспоминаете?

Вопросы позволяют клиенту уточнить природу игнорирования и помогают определить жалобу не как воздействие объективной реальности, а как результат его собственных действий. Вопросы «Так ли это?». «Каким способом?». Сбор информации и анализ фактов позволяют изменить или усомниться в прежних жестких умозаключениях. Например, что

мать ограничивает свободу и намерено делает клиента подавленным. Что она обладает силой влиять на чувства и эмоциональное состояние сына.

Содержание контракта может быть разнообразным. Например, разрешение получать удовольствие от осознания собственных сил, ресурсов, возможностей менять своё поведение, мысли и чувства.

Вторая стадия контракт на смену экзистенциальной позиции.

Третья стадия: контракт на смену системы поглаживаний

Четвертая стадия: контракт на контроль рёкета и эмоционального шантажа.

Пятая стадия: контракт на отказ от игр.

Шестая стадия: контракт на смену сценария

Виды контрактов.

Видов контрактов неограниченное количество, как и проблем, которые предъявляют клиенты. Для систематизации мы использовали метод Кристаллизации проблем (Макаров В.В.). Согласно методу существуют три уровня кристаллизации проблем: поведенческий; личностный и экзистенциальный. Для каждого уровня мы подобрали контракты.

Поведенческий уровень – Контракты контроля симптома.

Цель работы на этом уровне перевести проблему на уровень нескольких задач, которые по силам клиенту. Задачи решаются с помощью изменения поведения и его контроля. Например, реальный вес клиента девяносто килограмм, желаемый – семьдесят. Клиенту задаются следующие вопросы:

- Какими способами Вы можете получить желаемый результат?
- Что уже пробовали делать? Какова эффективность?
- Что самое сложное для вас?
- Как справляетесь с голодом? Что делаете?
- Как справляетесь с провокациями, например, съешь кусочек?
- Как обычно саботируете, срываете процесс снижения веса? Как будете саботировать сейчас?
- Ресурсами, какими обладаете? Например, прежний, негативный или позитивный опыт.
- Ваша группа поддержки, напишите людей, которые вас поддерживают?
- Чем пожертвуете? Какое поведение должны будете поменять? Какое приобрести?
- Когда планируете начать и закончить? Идеальные и реальные даты.

Контракт на одну задачу.

Я, выбираю для себя пищу, которая мне нравится калорийностью в 1500 ккал в день. Срок действия контракта 1 неделя. Дата, подпись

Контракт на одну задачу.

Я, получаю удовольствие от занятия спортом 3 раза в неделю. Срок действия контракта 1 месяц. Дата, подпись

Личностный уровень - Контракт на осознанность

В ходе работы с личностным уровнем необходимо найти психологические причины, которые запустили проблемный процесс, например, набор веса.

Здесь симптом является «лучом света», который помогает «осветить темноту неосознанности». Используются техники мотивации «инсайта», например, предлагается клиенту дать перечень общих причин, вызывающих симптом (например, повышения веса). Гипотезы самого клиента о причинах внешних и внутренних. Какую «темноту» во мне освещает симптом? Какие эмоции рождаются под влиянием симптома? Какие личностные потребности не удовлетворены? От чего защищает симптом (лишний вес)?

Далее, используется технология дихотомии. Выбирается несколько значимых для клиента неудовлетворенных потребностей. Производится оценка реального и идеального

состояния, после завершения психотерапии. Выбирается та позиция, которая в данный момент может быть переведена в ранг задачи, решить, которую клиент готов. Например, клиент с излишним весом мог выбрать следующие позиции:

Уверенность - Неуверенность; дружба – одиночество; здоровье – болезнь. Предположим, что начать с дружки ему легче, тогда контракт будет следующим.

Контракт на одну задачу.

Я, ФИО разрешаю себе получать удовольствие от дружбы. Я буду надежным другом. Буду искать здоровые и ободряющие дружеские отношения. Срок действия контракта 6 месяцев. Дата, подпись

В ходе психотерапии клиент учиться эмоциональной грамотности, открытым транзакциям, поглаживаниям. Получает домашние задания, в которых применяет полученные знания.

Экзистенциальный уровень. Контракт жизненных ценностей.

Все больше клиентов приходят на психотерапию с вопросом о смысле и миссии в своей жизни. Вот перечень вопросов, которые мы задаем клиенту: Какова ваша миссия? Знаете ли вы её? Есть ли у вас цель в жизни? Какова ваша цель? Ваши амбиции? Ваши намерения? Ваши мечты? Подумайте о человеке, которым вы больше всего восхищаетесь. Объясните. Создайте список действий, которые вы будете использовать в вашей дальнейшей жизни и оформите в контракт.

Контракт жизненных ценностей

Я, ФИО, разрешаю себе получать удовольствие от признания своих достижений.

Контракт автономии. Контракт на автономию заключается, когда симптомы расстройств уже не обнаруживаются, но терапию еще рано заканчивать. Тогда заключается контракт на автономию. Заново «подчищаются» все сценарные элементы. Исследуются все взаимодействия клиента с актуальным окружением во всех четырех сферах (индивидуальной, микросоциальной, социальной и макросоциальной). Контракт на достижение конгруэнтности сценариев в различных сферах жизни или полный отказ от них.

Автономия провозглашена основной целью терапии в анализе. Автономность характеризуется высвобождением или восстановлением трех человеческих качеств: осознанности, спонтанности и интимности. Результатом выполнения договора на автономию является отказ от деструктивных влияний существующих сценариев. В ходе терапии сценарий может быть откорректирован, дополнен, например, новой миссией или полностью изменен. Человек может отказаться от следования сценарию. Он автономен в своем выборе. При этом человек устойчиво занимает позицию «Я благополучен — Вы благополучны», не использует игры и другие неконструктивные формы взаимодействия. Он осознанно наполняет старые или новые формы иным содержанием, полным интимности, доброты, любви, искренности и спонтанности.

По нашему опыту групповой работы, те люди, которые заключили **контракты контроля**, в меньшей степени меняются в ходе работы группы. Они ограничивают сами себя и группу, игнорируя свои способности быть автономными и возможности группы поддержать их в этом.

Заключение договора не происходит в первую же встречу. Контракт не является чем-то статичным. В ходе его заключения проясняются скрытые планы действий обеих сторон, сравниваются мировоззрения, ценности терапевта и клиента, уточняется язык, смысл слов, используемых в договоре. Акцент делается на желаемое поведение, поэтому терапевт и клиент подробно представляют и анализируют такое поведение, реакции на него окружающих и находят оптимальное решение. Они работают с позитивными

переживаниями, находя ресурсы для изменения. Контракт оговаривает срок окончания работы и не растягивает процесс лечения до бесконечности.

Приведем семь вопросов, которые обязательно задаются клиенту при заключении договора. Вот они:

Что Вы хотите изменить в себе?

Что Вы будете делать, чтобы достичь этого изменения?

Что Вы хотите от терапевта и группы, если это групповая психотерапия, чтобы достичь изменений?

Как другие люди заметят Ваши изменения?

Как Вы будете мешать своими изменениями окружающим?

Как Вы будете саботировать психотерапевтическую работу?

Что произойдет или будет происходить в Вашей жизни, когда Вы выполните условия контракта?

Когда работа по определению цели изменения завершена и стороны готовы подписать контракт, составляется текст. Здесь необходимо быть особенно внимательными к тем понятиям, которые используются в контракте. Так, даты, сроки, частота, время, количество — должны иметь соответственно точное количественное выражение.

Например, «контракт заключается с 14 июля 2001 года сроком на 1 год и действует до 14 июля 2002 года» или «каждое утро в будний день вставать в 7 часов, а в воскресные и праздничные дни в 8 часов». Важно избегать слов: больше, меньше, немножко, лучше, может, более, только. Они скрывают неосознаваемое опасение в том, что терапия может быть неэффективной.

При описании будущих достижений клиента важно не пользоваться словами: стараться, пытаться, работать над собой, быть способным, желать, лучше узнать, узнать почему, интересоваться чем-то и другими неопределенными понятиями. Вот примеры контрактов, которые никогда не будут выполнены:

-контракт, который невозможно проконтролировать «Я больше никогда не буду переживать страха!».

-неопределенный контракт «Я попытаюсь измениться»

-неосуществимый контракт «Я буду самым счастливым человеком на свете!»

Исключаются из контракта и выражения, в которых поддерживается не благополучие в экзистенциальной позиции клиента. Например, он собирается «избавиться от пагубной привычки, высветить проблему, вскрыть детскую, корневую травму, проанализировать неудачи или ошибки, остановить неэффективные действия и так далее».

Экзистенциальная позиция в контракте должна быть полностью благополучной. Так как даже «немного неблагополучия» часто приводит к невыполнению договора.

Важно обратить внимание, что в контракте участвуют все три эго-состояния клиента. Он включает разрешение от Родительского эго-состояния; удовольствие для Детского и ответственность Взрослого эго-состояния. Поэтому в контракте обязательно присутствуют разрешение (Родитель) - удовольствие (Ребенок)—ответственность (Взрослый).

Сам текст договора должен быть постоянно доступен как клиенту, так и терапевту. Каждый раз, когда желание клиента будет взбунтоваться против контракта, не подчиниться ему или подвергнуть критике, то он, возможно при помощи терапевта, должен вернуться в состояния спокойствия, уверенности и прочесть несколько раз договор. То же касается и терапевта.

Работа по предупреждению трагических действий клиента

В психотерапевтической и консультативной практиках существуют специальные договоры, предупреждающие трагические действия клиента, пациента. Иногда у человека нет ресурсов физических и эмоциональных терпеть и жить дальше. Нет выхода и нет сил

оставаться в ситуации. Метафорой такого состояния и решения является пословица: «Лучше ужасный конец, чем ужас без конца». Уход от ужаса происходит, если клиент выбирает «аварийные выходы - двери из жизни»: сумасшествие, убийство, самоубийство, расширенное самоубийство или одну из тяжелых форм саморазрушающего поведения. Например, злоупотребление «тяжелыми» наркотиками, токсичными суррогатами алкоголя. Суицид, сумасшествие и убийство другого человека относятся к сценарным расплатам, развязкам. Работа с такими трагическими сценариями начинается с подписания контракта. Контракт первоначально является паузой, передышкой, разрешением не следовать драматическому сценарию. Это золотое время для Взрослого эго-состояния клиента, необходимое, чтобы принять решение изменить сценарий и расплату за него.

Когда в терапии закрывается одна «дверь», пациент может воспользоваться оставшимися. Желание воспользоваться ими высоко. Необходимо закрыть все три одним контрактом. Язык контракта должен быть ясным и понятным, без смысловых лазеек. Первоначальный контракт заключается на очень короткий отрезок времени, иногда даже на время проведения сеанса терапии или на время между сеансами. Окончательный его вариант принимается тогда, когда Взрослый клиента становится достаточно сильным, чтобы справиться с критикой контролирующего Родителя и бунтом Ребенка. Тогда контракт заключается на длительное время, иногда навсегда.

Предложение обсудить контракт, подписать его для клиента, находящегося в кризисе, очень необычно. Особенно для наших соотечественников. Вместе с тем, именно оно способствует переключению, которое приводит впоследствии к выходу из кризисного состояния. Терапевт дает поддержку Взрослой части пациента, которая в период кризиса находится в изоляции.

Антисуицидный контракт как технический психотерапевтический метод предложен Druе, Goulding & Goulding (1973) в виде соответствующей расписки, где потенциальный суицидент обязуется не совершать суицид в течение определенного времени. Clarkson P., 1992; Mothersole (G., 1996) предлагают включать в антисуицидальный контракт обязательное предложение: «Я буду жить, чтобы я не чувствовал или не думал в это время».

Контракт может быть и двухсторонним. Вот выдержка из текста, который мы используем в работе. «Я, (ФИО клиента), выбираю жизнь и здоровье, вопреки любым чувствам, мыслям, обстоятельствам, которые могут возникнуть».

Я, (ФИО психотерапевта), приветствую данное решение и доверяю ему. Контракт заключается сроком на ... (оговоренный срок контракта). Дата. Подписи сторон».

Контракт пишется в двух экземплярах, и пациент носит свой экземпляр всегда с собой. Когда у него возникает желание нарушить контракт он обязан читать договор до тех пор, пока это желание не исчезнет. Терапевт во время каждой встречи с клиентом или общения с ним при помощи писем, звонков или электронной почты, имеет контракт под руками. Обычно при заключении контракта мы просим клиента произносить вслух текст. Важно, чтобы он при этом оставался во Взрослом эго-состоянии. Обесценивание клиентом этой процедуры выражается в скепсисе, сарказме и демонстрируется мимикой и тоном голоса Критикующего Родителя или в поспешном послушании Адаптивного Ребенка. Такое поведение клиента анализируется терапевтом и является критерием слишком поспешного решения подписывать контракт. Конфронтация такого поведения клиента, на наш взгляд, не приносит результата. Она активизирует Адаптивного Ребенка клиента, который «искренне» и с выражением прочтет контракт, чтобы порадовать терапевта. Или бунтующего Ребенка, который сделает все наоборот. Мягкая конфронтация возможна при сильном Взрослом эго-состоянии. Вместе с тем, на наш взгляд, любая конфронтация провоцирует конфликт и подрывает терапевтический альянс. При подписании контракта психотерапевт благодарит пациента за это непростое решение, он подтверждает, что

полностью доверяет осознанному выбору пациента. Остановимся на часто встречающихся вариантах контрактов.

Контракты в работе с зависимостями

Контрактная система эффективна и при работе с клиентами, у которых недостаточно развито Взрослое эго-состояние. Это касается, например, страдающих зависимостями. Контракт строится не просто на отказе от симптома, он несет в себе понимание того, что основания для его заключения намного важнее симптома. Например, основанием для заключения антиалкогольного контракта могут быть: болезнь, лишение родительских прав, развод, увольнение с работы, принудительное лечение, тюремное заключение. В таких контрактах трезвость, отказ от алкоголя, наркотиков являются не целью, а средством достижения цели.

Антиалкогольные контракты также имеют две стороны: терапевтическую и организационную (бизнес-контракт). Первая сторона подразумевает соглашение между клиентом и терапевтом о взаимной работе над проблемой пациента в условиях открытого общения и равной ответственности за результат. Оговариваются признаки, по которым терапевт и пациент могли бы судить о правильности выбранного направления, обсуждаются возможные препятствия на пути реализации контракта, определяется конечный результат, достижение которого удовлетворяло бы обе стороны. Большое значение придается формулировке конечной цели терапии. Ею может быть как трезвость, так и дозированное употребление, например, алкоголя (кодирование на дозу) или табака. Интересна работа с текстом контракта, особенно подбор позитивных слов альтернативных выражению «не пить». Клиенты предлагают такие слова: «пить как все», «пить как раньше», «бросить», «завязать», «остановиться», «прекратить». Они демонстрируют деструктивные, жесткие установки, которые не имеют потенциала для развития. Использование в контрактах слов: «бросить», «прекратить», «остановиться» не мотивирует пациента. Такие слова скорее, наоборот, замедляют терапевтический процесс, снижая его решимость и готовность к изменениям.

Особенностью организационного контракта является наличие пунктов, учитывающих санкции за нарушения: пропуски сессий, алкогольный эксцесс, а также запрет на посещение терапии в алкогольном опьянении. Обсуждается, сколько клиент может выпивать и за сколько часов перед терапией. Контракт следует рассматривать не только как мощную позитивную поведенческую установку, но и как защиту пациента от собственных механизмов сопротивления. Одновременно контракт защищает терапевта от контртрансферных переживаний. Успешность договора и его эффективность обусловлена равенством и партнерством, доминируют взаимодействие «Взрослый терапевта — Взрослый клиента». В этом случае существенно уменьшается влияние на терапевтический процесс пассивных Детских фантазий пациента о возможности чудесного исцеления и Родительских предрассудков терапевта относительно собственного всемогущества. Активизация Взрослого эго-состояния клиента, поддержка и поощрение его самостоятельности со стороны Взрослого терапевта являются залогом сотрудничества. Вместе с тем, клиенты с зависимостями склонны вступать в симбиотические отношения и всячески поощряют и провоцируют терапевта. Детское состояние клиента, несомненно, нуждается в поддержке и заботе, в замене суррогатных чувств на аутентичные. Сложность работы заключается в том, что необходимо поддерживать баланс между Взрослым партнерством и Родительской поддержкой.

Для человека, страдающего зависимостями, характерно ограниченное количество способов справляться со стрессовой ситуацией. Такой человек обладает и использует ограниченное количество ресурсов. Мы спрашиваем клиентов: «Что Вы любите делать?» Ответы мы используем для поиска ресурсов. А затем спрашиваем: «Что Вы делаете, когда испытываете стресс?» И обнаруживаем, что у людей без зависимостей количество ресурсов значительно больше, чем у людей с зависимостями. И они в полной мере

используют свои ресурсы в борьбе со стрессом. Пациенты же обычно имеют ограниченное количество ресурсов, и они совпадают со способами борьбы со стрессом. «Я люблю пить, курить, компанию таких же, как я». «Когда я испытываю стресс, я пью, курю и провожу время в компании таких же, как я».

Работа с ресурсами клиента, определение ресурсов, их использование в стрессовых ситуациях и при выраженном алкогольном (наркотическом) влечении позволяет успешней выполнять условия контракта. Ресурсы можно вносить в текст контракта. Например, клиент, чтобы прекратить запой, начинал заниматься математикой, которая ему нравилась и являлась его ресурсом. «Алкоголь и формулы не смешиваются, подобно маслу и воде» (Dusay, 1971). Занятия математикой входили в текст антиалкогольного контракта пациента.

Мы активно используем прием разрушения шаблона при заключении антиалкогольного контракта. Например, клиент — одинокий человек по возвращению с работы каждый вечер наливал себе выпить. После выпитого он чувствовал себя неспособным что-либо делать в оставшийся вечер и продолжал пить. Его врач сказал ему об увеличенной печени, а сотрудники на работе — о плохом характере и замкнутости. Контрактом клиента было гулять с собакой до и после того, как он ужинал с рюмкой выпивки. Привычный поведенческий шаблон времяпрепровождения разрушается. После успешного выполнения контракта клиенту предлагается выбрать иное поведение, отличное от прежнего. Работая с клиентами, желающими сократить потребление сигарет, мы заключаем такой контракт: **«Я, ФИО, разрешаю себе получать удовольствие от выкуривания трех сигарет в день. Контракт действует с 01. 01 2003 года по 31.01.2003. Подпись»**. Мы запрещаем курить больше трех сигарет и не заставляем клиента «мучиться», выкуривая только три. Мы предлагаем в полной мере насладиться тремя сигаретами, выбрав место, время, настроение, ощутить вкус, запах. Выбрать качественный табак, но только для трех сигарет. Все остальные выкуривать «равнодушно». «Два дня назад я испытала раздражение, когда курила пятую сигарету. Она была кислой», — сказала клиентка через две недели после подписания контракта. До терапии она выкуривала пачку сигарет в день.

Контракты в повседневной жизни

Контракты с самим собой

Важно обратить внимание на универсальность контрактной системы. Она позволяет достичь желаемого результата изменения, даже если контракт заключается с самим собой. Приведем пример.

Типичная проблема молодого человека состоит в том, что ему трудно вставать рано утром, однако существует настоятельная необходимость в этом.

Молодой человек заключает контракт с самим собой на новое поведение.

Его работа по заключению контракта содержит следующие этапы:

1. Описание проблемы с позиции чувств, ощущений, переживаний: «Я не ощущаю удовольствия, когда встаю рано утром. Я не чувствую радости от своих достижений».
2. Результат: «Я хочу получать удовольствие от того, что Я сделал это».
3. Решение — одно, которое будет осуществляться: «Я решил получать удовольствие от подъема в 5.30 каждое утро в будний день и в 8.30 в воскресные дни».
4. Продолжительность контракта — 6 месяцев.

Его дальнейшие действия по выполнению договора:

1. Молодой человек ведет календарь, где отмечает каждый день, когда обязательства выполнены, веселой рожицей — это поглаживание Естественному Ребенку. Это занятие ему нравится.

2. Календарь позволяет иметь диаграмму выполнения контракта. Например, он выполняется на 60%. Молодой человек 4 дня в неделю выполняет требования контракта. Это поглаживание Взрослому.

Появляется свободное время для книг, музыки и т. д. Появляется ощущение роста своих возможностей. «Я могу менять свое поведение! Я вырос! Я большой! Взрослый!». Поощрение Взрослого и Детского эго-состояний. «Я чувствую свою власть! Я чувствую власть над выполнением обязательств!». Поглаживание Взрослому и Родителю. «У меня появляется удовлетворение, что я сделал это! Я начинаю получать удовольствие и ощущаю, что меняю свое поведение, и это мне нравится!» — поглаживания Взрослому и Ребенку. Я балую себя, давая поглаживания и раздавая пряники физические. Я разрешаю себе детские лакомства — мороженое, сладости; Взрослые — книги, театры, вещи; Родительские — больше времени провожу с детьми.

Важно обратить внимание на то обстоятельство, что договоры с самим собой мы заключаем каждодневно, однако, не осознаем этого. Контракты: встать без будильника, не опоздать на встречу, придерживаться сегодня разгрузочной диеты. Контракты могут быть долгосрочными и также не осознаваться нами. Здесь важно вспомнить о самореализуемых пророчествах. Ведь это тоже своеобразные и весьма важные контракты с самим собой. Наши планы, мечты, страхи относительно будущего реализуются, как нам кажется, сами по себе. Контракт заключен и он выполняется, даже когда не осознается! С точки зрения договорных взаимоотношений можно рассматривать и ранние детские решения, сценарии, родительские предписания как контракты между родителем и ребенком, заключенные в раннем детстве, как способ выживания ребенка и исполнение ожиданий родителей. Они могут быть позитивными: «Ты будешь настоящим доктором!». А могут быть и трагическими — «Умри», «Не думай», «Не радуйся».

Контрактные аспекты супружеских отношений

Рассмотрим контрактную систему с позиций концепции коммуникаций. Известно, что существуют два вида взаимоотношений: формальные и личные. В формальных отношениях четко прописана или устно проговорена контрактная система отношений, которая основывается на конкретных правах, обязанностях, сферах действий, результате и сроках выполнения контракта. При нарушении условий контракта партнеры расстаются, контракт аннулируется. Например: заключение контракта при поступлении на работу, на определенную должность, с определенными функциями, обязательствами, оплатой труда, вознаграждением и условиями расторжения контракта.

В личных отношениях в нашей ментальности контракты не заключаются явно, но существуют на скрытом, часто неосознаваемом, психологическом уровне. Например, брачный контракт, который, у нас пока еще не прижился как массовое явление. На явном, социальном уровне, его попросту нет. Вместе с тем, он всегда существует на скрытом, психологическом уровне. При венчании молодые заключают контракт с богом, при этом очень жесткий, не оставлять супруга ни в печали, ни в болезни, ни в радости, ни в горе и прочее.

Итак, в личных отношениях контракт не выводится на уровень осознания и обсуждения партнерами. И здесь каждый участник может формировать свой, совершенно особый контракт. А значит и ожидания участников взаимодействия могут весьма отличаться друг от друга. Что обычно приводит к непониманию, конфликтам и разочарованию. Смешивание формальных и личных отношений, не озвученные психологические контракты, создают почву для манипуляций, психологических игр. «Сделай по дружбе» — метафора таких отношений.

Известно, что в анализе существуют 4 уровня анализа (*диагноза*): **социальный, поведенческий, исторический, феноменологический.**

Анализ контрактов можно также провести с использованием этих 4 уровней.

Например, рассмотрим брачный контракт.

1. Поведенческий уровень — регистрация в загсе, венчание в церкви, заключение юридического брачного контракта.
2. Социальный (психологический) — чаще всего не проговаривается между партнерами, он включает ожидания каждого относительно совместного будущего, мечты, фантазии, психологические игры, совмещения женского и мужского сценариев.
3. Исторический — у каждого из супругов есть своя родительская семья со своей историей семейных взаимоотношений, со своим семейным сценарием. Каждый имеет свои семейные представления о роли мужа, жены в семье, об их обязанностях. И эти модели семьи зачастую не только отличаются, но даже входят в конфронтацию у молодых супругов.
4. Феноменологический — у каждого из супругов есть свой личный уникальный опыт (сексуальный, партнерский, романтический, травматический). У одних это только отношение с противоположным полом. У других — опыт прежнего супружества или даже супружеств.

Анализ контрактов позволяет прояснить причину дисгармонии в семье. Рассмотрим примеры. Жених — подающий надежды студент, умный, веселый, душа компании, гордость преподавателей. Невеста — красивая, мягкая, добрая, трудолюбивая. Мать жениха — добрая, мягкая, трудолюбивая женщина. Отец — умный, талантливый, страдает алкоголизмом. У невесты только мать, отец оставил семью в раннем детстве дочери. На социальном уровне контракт звучит так — «мы любим друг друга и будем счастливы, так как имеем все качества необходимые для успеха». Контракт жениха на скрытом уровне — «Ты будешь мне второй матерью», а контракт невесты — «моя жизнь будет вечным праздником рядом с таким мужчиной, как ты». Свадьба... Через 10 лет совместной жизни. Муж пьет, однако успешен в карьере, вокруг него вечный праздник пьяной компании. Жена терпеливая, трудолюбивая, как мать для своего мужа и от праздника ей остается только тяжесть похмелья мужа, грязь и обида. Все контракты выполнены!?

Семейная пара, прожившая в браке более 20 лет. Романтическая любовная история лежит в основе этого брака. Социальный контракт этой пары, заключенный на Взрослом уровне — «мы будем вместе всегда». Скрытый, психологический уровень — «мы — одно целое. Когда я один (одна) — мне страшно». Этот контракт заключен Детскими эго-состояниями супругов. Когда они вместе — им хорошо, только уровень внешнего комфорта низкий. Муж начинает социальную активность, которая приносит материальные и моральные блага. Он меньше уделяет времени жене, часто ездит в командировки. Муж меняется, нет прежней близости. Социальный контракт выполняется, — они живут вместе, так же вроде бы любят друг друга. Но психологический контракт нарушен. Ребенок жены испытывает выраженный дискомфорт и тревогу. Муж возвращается к прежней жизни. Бизнес медленно угасает, деловые связи рушатся, обязательства не выполняются. Ребенок жены успокаивается, и в семье на некоторое время устанавливается благополучие и взаимопонимание. Затем уровень внешнего комфорта опускается ниже привычного. И жена вновь стимулирует супруга к поиску дополнительных доходов.

Терапевтическая работа с брачными контрактами успешна, когда терапевт использует элементы анализа, например, такие как анализ структуры личности супругов, анализ взаимодействий.

Рассмотрим пример. Пара, прожившая в браке 6 лет, пришла на терапию по поводу развода. Жена Лера, ей 36 лет. Преуспевающая женщина, имеющая собственный бизнес. Активна и самостоятельна. Муж Данила, ему 30 лет. Он занимается наукой. Он талантливый ученый, востребован. Инфантилен.

Поведенческий диагноз: на основе наблюдения за поведением человека, за тоном его голоса, жестами, мимикой терапевт делает выводы о предпочтительных эго-состояниях, которыми пользуются супруги при взаимодействии и выполнении брачного контракта. Предпочтительные эго-состояния Леры — Взрослый и Родитель. Голос ровный, мимика и жесты уверенные, спокойные. Фразы: «Я знаю, что нужно сделать». «Верно». «Так нельзя». «Это нам не подойдет, надо вот так, доктор». «Сиди спокойно, не нервничай». Доминирующие эго-состояния Данилы Детские — переходы от Адаптивного Ребенка к Спонтанному. Он непоседлив, руки постоянно в движении. Он много вздыхает, говорит прерывисто, захлебываясь. Фразы: «Я чувствую». «Мне кажется». «Я не знаю, как поступить правильно». «Мне стыдно». «Я уже большой».

Когда они поженились, то мама Данилы передала его Лере «из рук в руки». Больших изменений в связи с женитьбой он не испытал. О Даниле по-прежнему заботились и создавали условия для занятий любимой наукой. Ритуалы новой семьи мало отличались от привычных, родительских. Он стал «сыном своей жены».

Социальный диагноз: в основе социального диагноза эго-состояний лежит положение о том, что люди обращаются ко мне из эго-состояния, которое дополняет мое эго-состояние. Например, Лера предпочитает обращаться из Родителя, ответ Дмитрия чаще всего из Ребенка. Адаптивный Ребенок Данилы отвечает Контролирующему Родителю Леры. Эти транзакции были параллельными и продолжались достаточно долго, пока Данила не стал их пересекать транзакциями Взрослый — Взрослый. Симбиотические отношения были нарушены.

Исторический диагноз. Терапевт задает вопросы о детском возрасте клиентов, о родителях, значимых фигурах, о принятых в их семьях стилях взаимодействия между мужчиной и женщиной, между супругами. Ответы позволяют оценить, например, способы реагирования на стрессовые ситуации, на давление со стороны авторитетных фигур, на адаптацию и получение одобрения, на отстаивание своих позиций и границ. Данила адаптировался с детства, используя успехи в учебе, затем в науке. Этот способ позволял избегать конфликтных ситуаций и сложностей во взаимодействии. Способствовал созданию уютного мирка. «Мальчик занимается, не мешайте. Не отвлекайте. Он талант». Женские фигуры в семье (мама и бабушка) защищали его и охраняли. Отец быстро бросил попытки сделать из сына мужчину. Защищался Данила, используя пассивное поведение — уход. Он избегал ситуаций и людей открыто-агрессивных, опасных.

Лера получала одобрение в семье, заботясь о младшем брате и помогая маме по дому. Она отличалась недетской рассудительностью и прагматизмом. Мать была лидирующей фигурой в семье, отец занимал подчиняющую, молчаливую позицию. Лера в детстве активно и агрессивно защищала своего брата. Опыта собственной защиты нет. Она не чувствует нарушения своих границ и не придает значение факту нарушения. Однако может активно защищать позиции своей фирмы.

Феноменологический диагноз. «... Феноменологическая достоверность достигается лишь тогда, когда индивид может прожить все вновь... с полной интенсивностью и незначительными отклонениями» (Эрик Берн). В супружестве и Данила и Лера повторяли и проживали с большой достоверностью опыт, полученный в родительских семьях. И все повторилось бы вновь, если бы Данила не «повзрослел». Он стал испытывать дискомфорт от симбиоза с женой. На работе он был авторитетным специалистом, его уважали, его мнение ценилось. Он был уверенным и активным. Приходя домой, он вновь попадал в атмосферу родительского дома, где он был мальчиком. Вместе с тем, он уже вырос и повзрослел. Старые границы стали жесткими и ограничивающими. Любые попытки изменить отношения с Лерой приводили к скандалам. Когда он начинал говорить о своих чувствах, она его не понимала, и это было искренне. «Ну, скажи, что у тебя другая женщина. Я пойму». «Почему ты задыхаешься? Разве плохо, когда стабильность, и жизнь распланирована на десятилетия?». «Какие друзья? У нас уже три года никого не было. Тебе надо работать». Их первоначальный контракт был выполнен в полной мере. Однако

те изменения, которые во времени происходят с каждым из супругов, требуют корректировки или коренного пересмотра брачного контракта. Если пара гармонична и их отношения построены на равенстве, то брачный контракт изменяется и корректируется парой согласно новым потребностям. Если же отношения между супругами построены на Детско-Родительском симбиозе, то может наступить момент «кризиса роста». Когда один из супругов вырастает из тесных объятий симбиотических отношений и стремится к независимости или изменению брачного контракта.

Итак, проведя анализ контрактов, мы можем предложить паре следующие действия: проговорить желания сторон и конечный результат; заключить открытый контракт, где скрытый психологический уровень будет аналогичен поведенческому.

Завершая разговор о контрактах важно отметить, что эта находка транзактного анализа сегодня является важной для успешной работы психотерапевтов многих направлений и школ. Да и сам анализ содержит в себе мощный потенциал развития! Вместе с тем, полные и объёмные терапевтические контракты будут достаточно медленно прививаться в нашей стране. Договорные отношения для нас пока не очень привычны. Только некоторым клиентам уже сегодня можно предложить письменный контракт, составленный по всем правилам. Многим приходится предлагать устный контракт. В других случаях элементы контракта и терапевт и клиент могут фиксировать в своих записях. Важно, что мы постоянно движемся к полным контрактам в терапии и консультировании.

ТАВВ обобщает результаты работы, которая ведется более 30 лет. Авторами издано десять книг, описывающих модальность. Созданы терапевтические опросники по диагностике эго-состояний, определению фиксированных эмоциональных установок, сценариев в сферах жизни. Представленная модальность активно развивается как в психотерапии, консультировании и в коучинге.

Литература

1. Макаров В.В. Избранные лекции по психотерапии. -М.: « Академический Проект». 1999-416С
2. Макаров В.В. Избранные лекции по психотерапии. -2-е изд. , перераб и дополн.-М.: « Академический проект». 2000-432С
3. Макаров В.В. Психотерапия нового века.- М.: Академический Проект-2001.-496-С
4. Макаров В.В. Психотерапия каждого дня и всей жизни. PerSe,, 2001, -190с.
5. Макаров В.В., Макарова Г.А. Транзактный анализ – восточная версия. - М.:Академический проект, ОППЛ, 2002,-396с
6. Макаров В.В., Макарова Г.А. Транзактный анализ – восточная версия. - М.:Академический проект, второе изд., ОППЛ, 2008, -398с
7. Макаров, В. В. Макарова Г.А. Прогулки с Фрейдом. Москва 2008
8. Макаров, Г. Макарова. Игры в которые играют в России. М., PerSe, 2002
9. Макаров, Г. Макарова. Игры в которые играют в России. М., Академический проект, 2008.-153с.
10. Макаров В. Макарова Г. Новая женщина , играющая и выигрывающая. – М.: Академический проект , 2008. с.450.
11. Макаров В. Экспедиция души. - М, Академический Проект , 2008.- 180с
12. Макаров В. Макарова Г. Женщина , играющая и выигрывающая. Наука побеждать.- М., АСТ, 2005.
13. Макарова Г.А , Макаров В.В. Сценарии персонального будущего в карьере и жизни.- М.: Академический проект, 2009. -200с.

Ресурсно-ориентированная системная психотерапия

М.Е. Сандомирский, Л.С. Белгородский

Резюме

Ресурсно-ориентированная системная терапия (**РОСТ-РеТри**) представляет собой интегративный метод, созданный на основе сочетания элементов телесно-ориентированной психотерапии (психокоррекционные приемы работы с телом – особенно техники Райха, Александера; сенсорное осознание; релаксационные техники), трансперсональной психотерапии (дыхательная разрядка, пневмокатарсис); аналитической психологии К.Г. Юнга; базовых техник НЛП (работа с якорями, полярностями, общий алгоритм – аналог рефрейминга).

Теоретическая основа метода: Связующим звеном этой интеграции выступает физиологически-ориентированный подход к описанию механизмов возникновения психологических проблем и, соответственно, их разрешения (Сандомирский М.Е., 2001). Он опирается на известные клинко-физиологические феномены функциональной асимметрии полушарий (Р.Сперри; Т.А.Доброхотова и Н.Н.Брагина), доминанты (А.А.Ухтомский) и детерминанты (Г.Н.Крыжановский), концепции функционального состояния (Н.Н.Данилова) и устойчивого патологического состояния мозга (Н.П.Бехтерева). На личностно-темпераментальном уровне физиологический подход трансформируется в типологический, то есть учет индивидуально-типологических особенностей клиента в рамках его принадлежности к определенному психологическому типу (по К.Г.Юнгу, И.Майерс-Бриггс).

Собственно ресурсно-ориентированный подход (РОСТ), который инкорпорирует положения системного подхода (Л. фон Берталанфи) и теории самоорганизации (И.Пригожин, Г.Хакен), составляет общую основу метода, его методологическую (модельную) часть. Вторая часть метода (РеТри) – практическая, представляющая собой набор психотехнических приемов и психокоррекционных упражнений для клиентов.

Существо метода. В качестве главного инструмента психокоррекции рассматриваются измененные состояния сознания (ИСС). Адаптивная роль ИСС для психики заключается в разрешении внутренних противоречий и конфликтов за счет расширения для клиента поля выбора (снятие внутренней «цензуры», преодоление психологических барьеров) либо за счет синтеза принципиально новых решений путем подсознательного трансдеривационного поиска (М.Эриксон, Э.Росси). То и другое может рассматриваться как специфическая форма научения, сродни импринтингу, или «первичному научению» (Е.А.Брюн), свойственному детской психике. Во время ИСС у клиента происходит как бы «возврат в детство», как на уровне психологическом - возврат к детскому первичному восприятию и информационной восприимчивости – искусственный сензитивный период (Белгородский Л.С., Сандомирский М.Е., 1997), так и физиологическом. Последнее представляет собой кратковременную инверсию функциональной асимметрии полушарий, возврат в свойственное раннему детскому возрасту «правополушарное» состояние – физиологическую возрастную регрессию (Сандомирский М.Е., Белгородский Л.С., 1998). При этом в работе психотерапевта с клиентом, находящимся в ИСС, большое значение придается невербальным (довербальным) способам переработки информации, основанным на «детском», интуитивно-образном восприятии. Особую роль в данном методе играет кинестетическая модальность переработки информации, или «язык тела» в связи с его эмоциональной афинностью, и соответственно – формирование кинестетических трансов.

Применение. Медицинская работа включает индивидуальную и групповую психотерапию, особенно для контингента больных с психосоматическими расстройствами. Психологическая работа – как индивидуальная (консультирование), так и групповая – групповое обучение психологической саморегуляции, группы личностного роста. Психолого-педагогическая работа включает психологическую самопомощь (psychoeducation).

Показания. В клинических целях – коррекция психических расстройств, связанных со стрессом, и нарушений психической адаптации; смягчение личностных расстройств; устранение реактивных депрессивных состояний и психосоматических расстройств (в том числе в соматической клинике). В сфере психологической помощи – достижение задач личностного роста, коммуникативной компетентности, формирования жизненных умений и успешности, а также навыков эмоционального самоконтроля.

Противопоказания – психотические состояния; тяжелые («большие») эндогенные депрессии, особенно с суицидальными тенденциями. **Перечисленные противопоказания являются относительными, данный метод терапии может применяться для клиентов с подобными расстройствами при условии параллельного психиатрического, медикаментозного пособия.**

На практике метод осуществляется в форме групповой и индивидуальной работы в 2 этапа. Первый (неспецифический) – освоение клиентами базовых навыков психологической саморегуляции, вызывания и использования трансовых состояний. Второй этап (специфический) – применение этих навыков для решения конкретных проблем клиента. Психокоррекция осуществляется как во время терапевтических сессий, так и в форме самостоятельной работы (домашних заданий).

На неспецифическом этапе основная роль принадлежит формированию таких базовых навыков, как сенсорное осознание, мышечная и дыхательная релаксация и основанное на них произвольное вхождение в ИСС – возрастная регрессия (отсюда и название практической части метода – РЕТРИ, или три «ре»: **релаксация, регрессия, реконструкция** подсознания).

На специфическом этапе используется ряд традиционных психокоррекционных приемов, преимущественно телесно-ориентированных, чередуемых по стандартному алгоритму.

Идеал эффективности метода – повышение эмоциональной компетентности и адаптивного потенциала клиентов за счет формирования навыка самостоятельного вызывания адаптивных ИСС и их использования в различных жизненных ситуациях, как то: снятие стрессов, фрустрации, разрешение конфликтов, преодоление проблем коммуникации, телесно-психологический самоконтроль и устранение функциональных, психогенных соматических нарушений, а также повышение креативности.

Ресурсно-ориентированная системная психотерапия

М.Е. Сандомирский, Л.С.Белгородский

Резюме

Ресурсно-ориентированная системная терапия (РОСТ-РеТри) представляет собой интегративный метод, созданный на основе сочетания элементов телесно-ориентированной психотерапии (психокоррекционные приемы работы с телом – особенно техники Райха, Александера; сенсорное осознание; релаксационные техники), трансперсональной психотерапии (дыхательная разрядка, пневмокатарсис); аналитической психологии К.Г.Юнга; базовых техник НЛП (работа с якорями, полярностями, общий алгоритм – аналог рефрейминга).

Теоретическая основа метода: Связующим звеном этой интеграции выступает физиологически-ориентированный подход к описанию механизмов возникновения психологических проблем и, соответственно, их разрешения (Сандомирский М.Е., 2001). Он опирается на известные клинко-физиологические феномены функциональной асимметрии полушарий (Р.Сперри; Т.А.Доброхотова и Н.Н.Брагина), доминанты (А.А.Ухтомский) и детерминанты (Г.Н.Крыжановский), концепции функционального состояния (Н.Н.Данилова) и устойчивого патологического состояния мозга (Н.П.Бехтерева). На личностно-темпераментальном уровне физиологический подход трансформируется в типологический, то есть учет индивидуально-типологических особенностей клиента в рамках его принадлежности к определенному психологическому типу (по К.Г.Юнгу, И.Майерс-Бриггс).

Собственно ресурсно-ориентированный подход (РОСТ), который инкорпорирует положения системного подхода (Л. фон Берталанфи) и теории самоорганизации (И.Пригожин, Г.Хакен),

составляет общую основу метода, его методологическую (модельную) часть. Вторая часть метода (РеТри) – практическая, представляющая собой набор психотехнических приемов и психокоррекционных упражнений для клиентов.

Сущность метода. В качестве главного инструмента психокоррекции рассматриваются измененные состояния сознания (ИСС). Адаптивная роль ИСС для психики заключается в разрешении внутренних противоречий и конфликтов за счет расширения для клиента поля выбора (снятие внутренней «цензуры», преодоление психологических барьеров) либо за счет синтеза принципиально новых решений путем подсознательного трансдеривационного поиска (М.Эриксон, Э.Росси). То и другое может рассматриваться как специфическая форма научения, сродни импринтингу, или «первичному научению» (Е.А.Брюн), свойственному детской психике. Во время ИСС у клиента происходит как бы «возврат в детство», как на уровне психологическом - возврат к детскому первичному восприятию и информационной восприимчивости – искусственный сензитивный период (Белгородский Л.С., Сандомирский М.Е., 1997), так и физиологическом. Последнее представляет собой кратковременную инверсию функциональной асимметрии полушарий, возврат в свойственное раннему детскому возрасту «правополушарное» состояние – физиологическую возрастную регрессию (Сандомирский М.Е., Белгородский Л.С., 1998). При этом в работе психотерапевта с клиентом, находящимся в ИСС, большое значение придается невербальным (довербальным) способам переработки информации, основанным на «детском», интуитивно-образном восприятии. Особую роль в данном методе играет кинестетическая модальность переработки информации, или «язык тела» в связи с его эмоциональной афинностью, и соответственно – формирование кинестетических трансов.

Применение. Медицинская работа включает индивидуальную и групповую психотерапию, особенно для контингента больных с психосоматическими расстройствами. Психологическая работа – как индивидуальная (консультирование), так и групповая – групповое обучение психологической саморегуляции, группы личностного роста. Психолого-педагогическая работа включает психологическую самопомощь (psychoeducation).

Показания. В клинических целях – коррекция психических расстройств, связанных со стрессом, и нарушений психической адаптации; смягчение личностных расстройств; устранение реактивных депрессивных состояний и психосоматических расстройств (в том числе в соматической клинике). В сфере психологической помощи – достижение задач личностного роста, коммуникативной компетентности, формирования жизненных умений и успешности, а также навыков эмоционального самоконтроля.

Противопоказания – психотические состояния; тяжелые («большие») эндогенные депрессии, особенно с суицидальными тенденциями. **Перечисленные противопоказания являются относительными, данный метод терапии может применяться для клиентов с подобными расстройствами при условии параллельного психиатрического, медикаментозного пособия.**

На практике метод осуществляется в форме групповой и индивидуальной работы в 2 этапа.

Первый (неспецифический) – освоение клиентами базовых навыков психологической саморегуляции, вызывания и использования трансовых состояний. Второй этап (специфический) – применение этих навыков для решения конкретных проблем клиента. Психокоррекция осуществляется как во время терапевтических сессий, так и в форме самостоятельной работы (домашних заданий).

На неспецифическом этапе основная роль принадлежит формированию таких базовых навыков, как сенсорное осознание, мышечная и дыхательная релаксация и основанное на них произвольное вхождение в ИСС – возрастная регрессия (отсюда и название практической части метода – РЕТРИ, или три «ре»: **р**елаксация, **р**егрессия, **р**еконструкция подсознания).

На специфическом этапе используется ряд традиционных психокоррекционных приемов, преимущественно телесно-ориентированных, чередуемых по стандартному алгоритму.

Идеал эффективности метода – повышение эмоциональной компетентности и адаптивного потенциала клиентов за счет формирования навыка самостоятельного вызывания адаптивных ИСС и их использования в различных жизненных ситуациях, как то: снятие стрессов, фрустрации, разрешение конфликтов, преодоление проблем коммуникации, телесно-психологический

самоконтроль и устранение функциональных, психогенных соматических нарушений, а также повышение креативности.

Метод Ресурсно-Ориентированной Системной Терапии РОСТ-РеТри и физиологический подход к психотерапии

М. Е. Сандомирский

Метод Ресурсно-Ориентированной Системной Терапии РОСТ-РеТри, как следует из самого названия, включает две взаимодополняющие составные части – РОСТ и РеТри. Тем самым, он как бы выступает в двух ипостасях:

- (а) стандартные технологии решения типовых психологических, психосоматических проблем (РеТри), описываемые термином «нейрофизиологическое программирование» и опирающиеся на формирование у клиента навыков телесно-эмоциональной саморегуляции и телесно-опосредованной сознательно-подсознательной коммуникации,
- (б) индивидуализированные стратегии терапии, переходящие в технологии личностного роста (РОСТ).

В случае долгосрочной психотерапии (а) и (б) могут выступать как этапы терапевтического процесса, последовательно сменяющие друг друга по принципу: *«От простого – к сложному, от типового – к индивидуальному»*.

Такой подход соответствует методологии, предложенной В. Кречмером (W. Kretschmer, цит. по Б.Д. Карвасарскому) в его «синтетической терапии», опирающейся на синтез биологических (физиологических), психологических и духовных механизмов психотерапии. В нашем понимании, составляющие элементы кречмеровской терапии могут рассматриваться одновременно как этапы терапевтического процесса – так, как это представляется в методе РОСТ-РеТри.

I этап – **«упражненческий»**, нередко практикуемый в групповом формате.

Цель - обучение клиента осознанному использованию типовых внутренних ресурсов (см. далее). На данном этапе происходит освоение клиентом технологий психологической саморегуляции (телесно-эмоциональной и эмоционально-образной), При обучении клиента используются суггестивные элементы (как в традиционном методе АТ по И. Шульцу). Для данного этапа изначально предназначены технологии РеТри, в свою очередь, включающие три составляющие (три «РЕ»):

А) РЕлаксацию (мышечную, дыхательную, ментальную, эмоционально-образную);

Б) РЕгрессию (при этом возрастная регрессия служит как основой формирования трансовых состояний, так и коррекции психосоматических симптомов);

В) **Р**Еконструкцию подсознательного опыта (осознавание вытесненных и «замороженных» в теле эмоций, их отреагирование и изменение отношения к травматичному опыту).

Этот набор алгоритмизованных психотехнологий представляется как нейрофизиологическое программирование (Сандомирский М.Е. 2001; 2008) - по аналогии с программированием нейролингвистическим.

II этап – **аналитический**, осуществляемый в формате индивидуальной терапии.

Его цель – выявление и закрепление индивидуальных внутренних ресурсов, их «якорение» для дальнейшего самостоятельного использования клиентом. Задачами данного этапа являются переосмысление клиентом личностных проблем, самопознание и поиск позитивных переживаний, связанных с детским опытом, либо «фантазийными» подсознательными образами. Здесь на помощь типовым технологиям РеТри приходят индивидуальные ресурсные стратегии РОСТ.

III этап – **развивающий**, в терминах психологии рассматриваемый как личностный рост, или собственно РОСТ в терапевтическом варианте.

Цель данного этапа – обучение клиента самостоятельному поиску новых ресурсов и их интеграции в его повседневную деятельность. Подобная работа может протекать в формате как индивидуальной, так и групповой терапии. После того, как удастся добиться устойчивых адаптивных изменений на личностном уровне, от инфантильных психологических защит перейти к зрелым, на помощь ему приходит самая «творческая» и продуктивная из этих защит – сублимация. Речь идет о творчестве как в художественном смысле (в наиболее развернутом виде представленном в методе терапии творческим самовыражением М.Е. Бурно), так и в смысле более широком – по выражению В.С. Дудченко, «творчестве жизни». (На данном этапе клиента правильнее именовать клиентом, поскольку он уже успешно преодолел те части своих личностных проблем, которые могли иметь клиническое звучание, и речь идет с этой точки зрения о «психотерапии для здоровых».)

На всех этапах терапевтический **процесс** опирается на системный подход к использованию внутренних ресурсов. Эта системность, взаимосвязь (и взаимовлияние, и взаимозависимость) отдельных ресурсов, включающая взаимодополняющий, кумулятивный и эмерджентный **механизмы** их взаимодействия, прослеживается в различных аспектах:

- 1) В социально-психологическом – рассматривается роль отдельных ресурсов (и их сочетания) в повышении адаптивности в разных сферах жизни.
- 2) В психологическом – подбор различных ресурсов, их взаимная совместимость при решении конкретных проблем клиента.
- 3) В физиологическом – системность в терминах теории функциональных систем (П.К. Анохина и К.В. Судакова), а также сочетание отдельных

ресурсов, как условно-рефлекторных стимулов (или «якорей») для угашения или условно-рефлекторного переключения неадаптивных рефлексов (нейрофизиологической основы существования психологических и психосоматических проблем).

4) В психотерапевтическом – использование ресурсов в разных сочетаниях для создания устойчивых стереотипов саморегуляции. С этой целью практикуется выработка у клиента навыков ресурсно-опосредованного управления своим функциональным состоянием (психотерапия состояний). Правильнее сказать, что речь идет о создании в процессе терапии метасостояний, привычных для клиента навыков самонаблюдения и самоанализа (интроспекции, рефлексии) и самокоррекции неадаптивных состояний. Это оказывается возможным за счет его самостоятельного обращения к подсознательным ресурсам, опоры на собственные силы («сам себе – терапевт») соответственно известному ресурсному принципу М. Эриксона: *«У клиента всегда имеется достаточно внутренних ресурсов для решения имеющихся проблем»*. Технологически данная задача решается благодаря выявлению клиентом при помощи терапевта специфических подсознательных ресурсов, а также благодаря формированию у клиента устойчивых каналов сознательно-подсознательной коммуникации, сознательного обращения к соответствующим ресурсам. Тем самым на практике осуществляется основополагающий принцип психотерапии, провозглашенный еще З. Фрейдом и в современной формулировке гласящий: *«То, что было внесознательным и неуправляемым, должно стать осознанным»*.

Описываемые терапевтические технологии являются конкретным примером применения в психотерапии физиологически-ориентированного подхода, о котором нужно сказать подробнее.

1. Нейропсихотерапия, или физиологический подход как объективная основа психотерапии

Сегодня множество методов психотерапии оспаривают первенство – и хотя все они в равной степени помогают людям, но объясняют эту помощь совершенно по-разному. Между тем, объяснение есть, причем на универсальном языке, общем для всех методов психотерапии – на языке нейрофизиологии. Точнее, той прикладной области этой фундаментальной науки, которая представляет собой действительную материальную основу всех психологических и психотерапевтических методов. Это оформившееся в последние годы направление, которое носит **нейропсихотерапии** (Т. Judd; К. Grawe), не представляет собой какого-то отдельного, нового метода психотерапии, а выступает в качестве **объективной, психобиологической основы психотерапии в целом**. (Так же точно в смежной области –

психиатрии – в последние годы происходит интенсивное развитие нейропсихиатрии.)

Появление нейропсихотерапии является закономерным следствием научно-технического прогресса – ведь она опирается на достижения нейронаук, современных методов исследования мозга, развиваемых сегодня на Западе. Тем не менее, как это часто бывает в сфере инноваций, рождено это новое и прогрессивное направление в России – а много лет спустя возвращается к нам из-за рубежа в красивой импортной упаковке. Ведь описанное направление нейропсихотерапии представляет собой современное продолжение идей классика российской науки, академика В.М. Бехтерева об «объективной психотерапии» (или «психорефлекторной терапии»). И сегодня эти идеи определяют ни много, ни мало, как магистральное направление развития психотерапии нового века, дающее импульс развития ее частным методам.

В рамках описанного объективного, физиологического подхода в психотерапии можно представить его *базовые положения*:

1. Все, что происходит в психической сфере человека, отражается в состоянии его мозга.

2. Психические процессы опираются на заложенные в структуре и функционировании мозга механизмы. Соответственно можно говорить как о мозговых механизмах сознания (и неосознаваемых процессов), так и о механизмах психологических защит, а также мозговых механизмах патогенеза душевных и психосоматических расстройств.

3. Различные методы психотерапии в конечном счете помогают потому, что любое психотерапевтическое воздействие опирается на базовые физиологические механизмы – использует готовые, безусловно-рефлекторные программы и внутренние ресурсы, заложенные в мозге.

Сознание и подсознание, психологические защиты и вытесненные комплексы – все эти психические феномены сегодня имеют наглядное физиологическое представление, будучи заложенными в самом устройстве и функционировании мозга. Так, сознание (в обыденном его состоянии, неразрывно связанное с речью) представляет собой продукт активности коры передних, лобных отделов доминантного «речевого» полушария, образующих текущие временные связи с проекционными областями, а подсознание, соответственно – активности коры передних отделов субдоминантного, «невербального» полушария (работы Р. Сперри). Тем самым базовый механизм порождения психологических проблем – внутриспсихический конфликт – на физиологическом уровне представляется связанным с нарушением профиля функциональной асимметрии полушарий, баланса их активности (R. Ornstein).

Физиологическое обеспечение психологических защит также является предметом объективного изучения. Для такой разновидности защиты, как вытеснение, оно связано с процессом торможения нейронов коры мозга, осуществляющих восприятие или воспроизведение вытесняемого материала (Э.А. Костандов). Однако, парадоксальным образом формирование

защитного «тормозного вала» вокруг области возбуждения, если последнее сохраняется длительно, превращается в механизм болезни, приводит к формированию «устойчивого патологического состояния мозга» (Н.П. Бехтерева). Вносит в этот процесс свой вклад и истощение защитных систем мозга по механизму «раскачки» (kindling, по G.V. Goddard).

Для большинства других классических психологических защит их обеспечение связано с регрессией, протекающей на физиологическом уровне, с динамическим перераспределением функциональной асимметрии мозговой активности, приближающей состояние мозга к онтогенетически более раннему. (Как будет описано далее, подобный временный возврат мозга в «детское» функциональное состояние является основой терапевтических трансов.) Это функциональное состояние, являющееся по сравнению с обыденным относительно более «правополушарным», в психотерапевтическом описании сопровождается так называемым «когнитивным сдвигом» (А. Бек), а в описании физиологическом соответствует активации адаптивных, правополушарных механизмов «поисковой активности» (в терминологии В.С. Ротенберга). Для такой психологической защиты, как идентификация, к описанному механизму физиологической регрессии добавляется активность «зеркальных» нейронов коры мозга (Галлезе, Риццолати).

Очевидным образом, существуют и мозговые механизмы порождения психологических проблем и психосоматических расстройств, во многом связанные с неестественностью современного образа жизни, противоречащего инстинктивной природе человека, стандартным «природным программам» его мозга. Часть из них связана с нарушением функциональной асимметрии полушарий, в двух измерениях: межполушарном и внутрислошарном (Бианки В.Л.). Ее нарушение в межполушарном аспекте, рассмотренное выше, во многом является следствием современной культуры и стереотипов поведения так называемого «депрессивного общества» (Eaton J.W., Weil R.L.), со свойственными ему формализацией общения, запретами открытого выражения эмоций и их привычным вытеснением. Нарушение функциональной асимметрии во внутрислошарном аспекте также связано с особенностями образа жизни современного человека, его словесно-логической информационной перегруженностью, гиперрациональностью, а на физиологическом уровне – гиперфронтальностью. Функциональная разобщенность различных отделов полушарий, вплоть до степени меж- и внутрислошарных функциональных блокад (В.Б. Стрелец) становится почвой для развития многочисленных психосоматических, психопатологических расстройств.

Еще один общий физиологический механизм возникновения психологических проблем – инстинктивный.

2. Базовые инстинктивные механизмы психологических проблем

Здесь и далее под инстинктами понимаются сложнейшие безусловно-рефлекторные программы мозга, включающие как «постоянную» часть – филогенетически заданную универсальную, неизменную «форму», так и «переменную» часть – заполняющее эту форму (предположительно, на основе импринтинга) онтогенетическое содержание, связанное с индивидуальным опытом. Подобная схема соответствует общему принципу построения мозговых систем обеспечения психической деятельности, включающих «жесткие» и «гибкие» звенья (Н.П. Бехтерева).

Системные физиологические представления об инстинктивных механизмах психики человека и их роли в порождении психологических проблем опираются на следующие положения:

А) Отдельные, частные безусловно-рефлекторные реакции, объединяемые по их адаптивной направленности в группы, образуют следующие основные инстинкты человека:

- инстинкт самосохранения
- детско-родительский инстинкт (продолжения рода)
- групповой инстинкт (социальный инстинкт, по В.М. Бехтереву)
- инстинкт целеполагания (лежащий в основе поиска жизненного смысла)

Б) При взаимодействии друг с другом, инстинкты образуют стройную вертикальную иерархическую систему, выстраиваясь снизу вверх в перечисленном порядке. Собственно, это не что иное, как безусловно-рефлекторное обеспечение (или инстинктивный «фундамент») известной «пирамиды потребностей» А. Маслоу: очевидно, каждой из проявляющихся на психологическом уровне базовых потребностей человека на физиологическом уровне должен соответствовать определенный базовый инстинкт (таблица 1). Эта соответствие известно в психотерапии, как фрейдовский «закон смещения» подсознательных влечений: от инстинктов – к потребностям, с дальнейшим превращением в сознательные мотивы.

В) Как известно, все проблемы клиентов, несмотря на их разнообразие, сводятся к нескольким основным, экзистенциальным (кристаллизация по В.В. Макарову). С объективной точки зрения, последние связаны с неправильным, недостаточно адаптивным функционированием механизмов основных инстинктов человека:

Таблица 1. Физиологическая (инстинктивная) обусловленность экзистенциальных проблем (Сандомирский, 2005)

| Экзистенциальные проблемы | Инстинкты | Потребности по А. Маслоу | Биологическая целесообразность |
|---------------------------|----------------|--------------------------|--------------------------------|
| Смерть/ рождение | Самосохранение | Физиологические | Выживание |

| | | | |
|---------------------------------|------------------------------------|--|--|
| | | + в безопасности | индивидуальное |
| Одиночество / близость | Продолжение рода | В любви | Выживание генетическое близкородственное |
| Доминирование / подчинение | Групповой инстинкт + созидательный | В принадлежности, уважении, статусе | Выживание генетическое видовое |
| Смысл жизни / отсутствие смысла | Инстинкт цели | Высшие потребности: самоактуализация, эстетические, творческие | Объединение предыдущих + эволюция человечества |

Описанная иерархическая система инстинктов, потребностей и экзистенциальных проблем индивида складывается постепенно, в процессе его возрастного развития (таблица 2). В онтогенезе лежащие в основании «пирамиды» инстинкты самосохранения и детско-родительский по времени созревания соответствуют фрейдовскому оральному периоду. Весомый вклад в их формирование вносит и перинатальный опыт, особенно опыт проживания психологической «травмы рождения» (О. Ранк). Созревание группового инстинкта начинается с анального периода развития психики, когда происходит первичная социализация. Инстинкт поиска жизненной цели (смысла) начинает формироваться в эдипальном периоде, с подражания родителям и одновременно – конкуренции с ними, примеривания на себя «взрослых» ролей (говоря словами Маяковского, «*строить бы жизнь с кого*»). Потом этот цикл повторяется, на новом уровне развития, составляя тем самым основу жизненных «психосоциальных циклов» с периодом 5-7 лет.

Фиксация в соответствующих возрастных периодах, накладываясь на конституциональную основу, может приводить не только к актуализации конкретных экзистенциальных проблем, но и к формированию определенной структуры личности, или известных психотипов (Э. Кречмер). По-видимому, генетические и средовые факторы вносят в этот процесс одинаково значимый вклад). Отсюда же у человека может проистекать и склонность к возникновению в дальнейшем определенных типов душевных расстройств.

Таблица 2. Возрастная периодизация психического развития в связи с генезисом экзистенциальных проблем (Сандомирский, 2007)

| Возраст | Экзистенциальные | По З.Фрейд | По Э.Эриксону | Типы расстройств | Психотипы Э. Кречмера | Э. в |
|---------|------------------|------------|---------------|------------------|-----------------------|------|
|---------|------------------|------------|---------------|------------------|-----------------------|------|

| | | | | | |
|-------------|--|--------------|------------------|-------------------------|---------------------------|
| | проблемы | у | | | модификации И.В. Боева |
| До рожд. | Смерть/ рождение | | | Депрессивны е | Циклоид |
| 0-1 | Одиночество / близость | Оральны й | Доверие | Тревожно- фобические | Истероид |
| 1-2 | Доминирова ние / подчинение | Анальны й | Автономно сть | Обсессивные | Эпилептоид |
| 2-5 | Смысл жизни / отсутствие смысла | Эдипов | Инициатив а | Смешанные | Шизоид |

Таким образом, психологические проблемы на физиологическом, телесном уровне «привязаны» к определенным уровням в иерархии инстинктов. Соответственно помощь в решении проблем возможна за счет перераспределения возбуждения в нервной системе (в психоанализе – «либидо», в телесной психотерапии – «энергии» или «поток», в терминологии А. Лоуэна – В. Райха) с одного уровня инстинктов в другой. Этот универсальный терапевтический механизм, описанный З. Фрейдом как «катектирование либидо», в рамках физиологического подхода рассматривается как иерархическое психотерапевтическое замещение инстинктов (аналогом на уровне рефлекторных моделей является условно-рефлекторное переключение (Э.А. Асратян).

Например, телесные недуги, психосоматические расстройства могут быть связаны с нарушением инстинкта самосохранения, а перенос возбуждения в процессе терапии возможен на уровень инстинкта продолжения рода или наоборот. Так, как это происходит в традиционных восточных духовно-оздоровительных практиках (йоге, цигун) или во фрейдовском катарсисе.

Проблемы с инстинктом продолжения рода можно устранить переносом возбуждения на уровень группового, или социального инстинкта (сублимация по Фрейду). Нарушение же группового инстинкта разрешается бесконфликтно на верхнем уровне пирамиды инстинктов – инстинкта жизненной цели.

Кстати, именно групповой (социальный) инстинкт все чаще оказывается в современном обществе недостаточно востребованным, а соответствующие потребности – фрустрированными. Вот потому-то он и становится одним из важнейших ресурсов (и резервов) психотерапии. В значительной мере групповая психотерапия (и групповая динамика)

основывается на этих глубинных механизмах, на уровне психики проявляющихся как коллективные формы психологической защиты (дополняющие индивидуальные), а на уровне физиологии – как бехтеревские «коллективные рефлексy», эмоциональный резонанс.

Опора на инстинктивные ресурсы в психотерапии реализуется таким образом, что в каждом конкретном случае можно подобрать соответствующие адаптивным инстинктивным механизмам стереотипы поведения, а также телесные и образные «якоря». И главное – научить клиента ими самостоятельно пользоваться для создания и поддержания правильного телесного и эмоционального состояния. Так опора на инстинкты становится эффективным инструментом психокоррекции.

Таким образом, проявляется еще один важный принцип физиологического подхода в психотерапии, или опоры на универсальные, безусловно-рефлекторные механизмы мозга. Изначально они предназначены для адаптации человека, однако их деятельность жестко «запрограммирована» и ее адаптивная целесообразность относительна. Вследствие недостаточной гибкости, конечный результат функционирования этих механизмов может не соответствовать текущим требованиям адаптации и приводить к нарушению последней. Восстановление нормальной адаптации требует использования тех же самых инстинктивных механизмов психики – «виновников» нарушений, опоры на них, при помощи сознательной модификации их деятельности. В одних условиях порождая внутренние проблемы, в других условиях они становятся инструментом решения последних. Здесь в психотерапии оказывается применимым известный принцип гомеопатии: «Подобное лечится подобным». Одно и то же может быть и источником болезни, и лекарством – все зависит от дозы и способа употребления.

Итак, психологические проблемы клиентов и их психосоматические недуги, помимо внешних причин, развиваются на основе внутренних, физиологических механизмов. И соответственно, существуют физиологические механизмы их психологической коррекции, опирающиеся опять же на природные инстинктивные мозговые программы. Механизмы, знание которых может быть использовано как некоторый компас, помогающий выбрать правильное направление в работе с клиентом, и как чувствительный индикатор состояния последнего.

Именно с этой точки зрения и представляется возможным рассматривать психотерапевтическую помощь, как нейрофизиологическое программирование (Сандомирский, 2001; 2008), то есть управление готовыми ресурсами, построение сознательных, когнитивных «алгоритмов» и подсознательных, условно-рефлекторных «программ» использования этих ресурсов для решения конкретных задач. Это касается, по сути, любых методов психотерапии. Не только, к примеру, лингвистическая мета-модель или эриксоновские трансы заложены изначально в мозговых программах и законах развития психики (собственно, именно потому они и работают). Точно так же и любые другие терапевтические техники, от ортодоксального

психоанализа до новомодных расстановок по Б. Хеллингеру, имеют свою объективную, безусловно-рефлекторную основу (детско-родительский инстинкт в первом случае, и групповой инстинкт – во втором).

Помимо готовых неспецифических ресурсов (инстинктивных), необходимо рассмотреть еще и другие физиологические механизмы, играющие важную роль в психокоррекции. А именно, трансовые механизмы, связанные как с саморегуляцией, так и с поиском специфических подсознательных ресурсов.

3. Базовые трансовые механизмы психокоррекции

Использование трансов, или измененных состояний сознания (ИСС), является одним из универсальных способов психокоррекции. С точки зрения объективных, физиологических представлений о природе ИСС, оно происходит по принципу: *«Все делают это,»* – в том смысле, что все методы психотерапии используют трансы, только одни – в явном виде, другие – в неявном. Соответственно первые декларируют применение трансовых техник, вторые – внешне игнорируют (обходят молчанием или даже отрицают).

Описанное положение связано с тем, что физиологические представления об ИСС существенно шире классических психотерапевтических представлений, ограниченных формальным наведением трансов. Обратимся к основополагающему принципу объективной психотерапии, гласящему, что все психические процессы отражаются в состоянии мозга – а те из них, которые являются повторяющимися, опираются на собственные специфические мозговые механизмы. Уместно в этой связи вспомнить высказывание М. Эриксона о том, что трансы являются широко распространенным, повседневным явлением в жизни каждого человека.

С физиологической точки зрения, созвучной эриксоновской, трансы представляются естественными, регулярно повторяющимися, адаптивными состояниями мозга. Это состояния, характеризующиеся кратковременной перестройкой, инверсией функциональной асимметрии активности полушарий мозга, благодаря которой мозг переключается в онтогенетически ранний (и филогенетически древний) режим функционирования (физиологическая регрессия). Подобные состояния играют важную роль для организма в целом, будучи связаны с вегетативной регуляцией, системными реакциями напряжения (Г. Селье) и релаксации (Г. Бенсон). Особенно важны они для мозга, обеспечивая оценку вероятностной структуры среды, принятие решений в условиях неопределенности, поведение в экстремальных ситуациях, приспособительную поисковую активность, эмоциональную регуляцию. В подобных состояниях мозг производит как реструктурирование информации, хранящейся в долговременной памяти, так и усвоение

информации. Трансовое повышение эффективности переработки, запоминания информации связано с возрастной регрессией. На психологическом уровне оно рассматривается как искусственная сензитивность (Белгородский Л.С., Сандомирский М.Е.), на физиологическом уровне – реювенилизация (Александров Ю.А.), повышение пластичности мозга и способности к образованию новых нейрональных связей.

Соответственно, создание трансовых состояний оказывается важным инструментом психотерапии, позволяющим осуществлять «переобучение» клиента, коррекцию негативного опыта и неадаптивных убеждений. В описываемом ресурсном, физиологически-ориентированном терапевтическом подходе использование транса опирается на следующие принципы:

- Опора на объективную составляющую транса – физиологическую возрастную регрессию, или временный возврат мозга в онтогенетически раннее состояние.
- Применение физиологических методов индукции транса, имитирующих особенности детского восприятия, моторики и координации, а также понимания речи.
- Воспроизведение заданных функциональных состояний с помощью условно-рефлекторных «якорей» и обучение клиентов трансовой саморегуляции.

В свою очередь, используемый в терапии трансовый временный возврат мозга в онтогенетически раннее функциональное состояние имеет следующие объективные основания.

Психологические – принцип эпигенеза в возрастном психическом развитии (по Э. Эриксону), или надстраивание в процессе развития новых «этажей» в структуре личности.

Физиологические – модификация условных рефлексов путем их иерархической «надстройки» (по И.П. Павлову), когда вышележащие новоприобретенные рефлекторные связи подчиняют себе нижележащие («многоэтажный» принцип построения условных рефлексов по Э.А. Асратяну).

Эволюционно-физиологические – принцип диссолюции, или высвобождения в определенных условиях эволюционно более древних форм рефлекторной организации деятельности нервной системы (по Х. Джексону).

Соответственно при временном выключении «вышележащих» условно-рефлекторных уровней психической регуляции, возможен временный возврат к «нижележащим» ее уровням, и соответственно на физиологическом уровне – к онтогенетически более ранним способам организации мозговой активности. Этот процесс именуется физиологической возрастной регрессией (ФВР). Объективные признаки ФВР включают:

Электроэнцефалографические:

- Сглаживание внутри- и межполушарной асимметрии ЭЭГ
- Замедление ритмики ЭЭГ с появлением волн дельта- и тета-диапазона

- Повышение степени пространственной синхронизации ЭЭГ

Внешние (неврологические):

- Временное восстановление рефлексов неонатального возраста (подошвенных, оральных)

- Временное торможение рефлексов, свойственных взрослому возрасту (торможение произвольной двигательной активности, координации движений)

Психологические:

Регрессионное изменение восприятия, мышления, памяти, эмоциональных реакций

Психотерапевтическое использование транса, физиологической возрастной регрессии в описываемом методе практикуется в следующих вариантах:

- Эмоциональная разрядка и переход в ресурсное состояние

- Повышение пластичности мозга, его способности к образованию новых связей и запечатлению информации (искусственный период сензитивности). За счет этого происходит нейтрализация устойчивого патологического состояния мозга и поиск новых адаптивных решений

- Доступ к подсознательным (в т.ч. инстинктивным) ресурсам.

Для этого используются физиологически-ориентированные способы индукции трансовых состояний, опирающиеся на соответствующие механизмы мозга.

4. Типовые механизмы физиологической индукции транса

Используемые в техниках нейрофизиологического программирования способы индукции транса опираются на механизм физиологической возрастной регрессии. Они имитируют состояния детского организма (особенности детского зрительного и слухового восприятия, пространственной координации, регуляции позы тела и произвольных движений). Можно выделить следующие механизмы регрессионной трансовой индукции.

4.1. Сенсорика

Общие изменения восприятия: сенсорная монотония (гипостимуляция) или сенсорная перегрузка (гиперстимуляция), аутизация восприятия

Изменение восприятия собственного тела:

Изменение схемы тела – ощущений границ тела, детские пропорции тела, изменение веса тела, ощущение роста, появление асимметрий

Изменение диапазона осознаваемых ощущений: усиление низкоинтенсивных ощущений, ранее подпороговых – появление «энергетических» и

эмпатических ощущений невербальной коммуникации (кинестетический раппорт, «телесный резонанс»).

Трансовые изменения зрительного восприятия - «детское» зрение:

Длительная фиксация взгляда на одном предмете

«Расфокусированное» зрение

Трансовые изменения слухового восприятия – обостренное восприятие изменений пространственной локализации источника звука, интонаций, тембра голоса

Трансовое изменение восприятия времени и пространства

«Замедление времени» (реже – «ускорение»)

Изменение границ тела, расширение / сжатие окружающего пространства

4.2. Моторика

Изменения двигательной сферы:

- Сужение диапазона произвольных движений

- Двигательные стереотипы детского возраста:

а) Левитация руки – естественный спонтанный двигательный феномен для 2-3 месячного ребенка

б) Ритмические стереотипные движения головы, шеи, туловища

в) Появление телесных ощущений, связанных с детскими познотоническими, поструральными стереотипами, или типовые ресурсы телесной психотерапии («первичный контроль», «заземление», «поза эмбриона» и др.)

Трансовые изменения дыхания

- осознание собственно дыхательных ощущений и их взаимодействия с другими телесными ощущениями

- наблюдение и произвольное поддержание заданного ритма дыхания, особенно синхронизованного с другими физиологическими процессами

- замедление дыхания, релаксационное дыхание, переход на брюшное / диафрагмальное дыхание

4.3. Коммуникация

Трансовые изменения восприятия речи

- перестает восприниматься смысл слов;

- на этом фоне могут суггестивно восприниматься отдельные интонационно выделенные слова (маркирование и рассеивание, по М. Эриксону);

- сложные речевые конструкции, опирающиеся на элементарные логические операции, как то: сравнение, перечисление, причина и следствие и т.п., углубляют транс;

- буквальное понимание метафор (идеодинамизация);

- «детское» звучание - отдельные звуки воспринимаются как резонирующие в теле.

Трансовое межличностное взаимодействие

- Диадное взаимодействие - эмпатический контакт, или эмоциональный резонанс, как основа раппорта (детско-материнский, симбиотический и др. инстинктивные механизмы коммуникации)
 - Групповое трансное взаимодействие – группа как «семья»
 - Трансовая имитация детской игровой деятельности.
 - а) диалог с воображаемым собеседником (пустым стулом) в гештальттерапии,
 - б) замещающее восприятие в системных расстановках по Б. Хеллингеру,
 - в) практика мореновской психодрамы и берновских «игр» в трансактном анализе,
 - г) в духовных практиках, целительстве – ритуалы, обряды и т.п.
- Возрастная регрессия и отождествление (подражание), обучение по образцу (А. Бандура)*

Наиболее наглядно описанный технологический принцип – повторение детских состояний, элементов раннего опыта – проявляется в системе психосоматических коррекционных упражнений РеТри. Они представляют собой сознательное воспроизведение взрослым клиентом регрессионных, «детских» движений и наблюдение регрессионных телесных ощущений. Если обычно в процессе возрастного развития происходит внутренняя «свертка» двигательного навыка, по мере его автоматизации (интериоризация навыка по Л.С. Выготскому), то в процессе терапии он «разворачивается» в обратном порядке (деинтериоризация). Или можно сказать, то, что было внутренним процессом, выносится наружу (экстериоризация).

Набор упражнений выстраивается в последовательности, повторяющей процесс освоения соответствующих телесных навыков в онтогенезе. Данный подход близок к используемому в детской нейропсихологической коррекции «замещающему онтогенезу» (А.В. Семенович, А.Р, Лурия). Однако если в нейропсихологической практике целью является коррекция интеллектуального развития, «достройка» когнитивных функций, то в психотерапии – коррекция эмоционального развития, исправление неадаптивных стереотипов эмоционального реагирования.

Используются телесные психокоррекционные упражнения в следующей последовательности:

- *держат голову (прототип – упражнение Ф.М. Александера «первичный контроль»)*
- *поворачивать взгляд (прототип – дыхательно-глазодвигательные упражнения В. Райха)*
- *фиксировать взор (фокусировать взгляд, поворачивать голову и шею в направлении объекта; прототип – упражнение М. Фельденкрайза)*
- *поднимать руку (левитация)*
- *дотрагиваться до другого человека («разговор руками»)*
- *поворачиваться на живот, четвереньки*
- *сидеть (раскачивание туловища - яктация)*
- *стоять*
- *«отзеркаливать» другого человека – внешнее (подстройка, rasing) и внутреннее (эмпатия, телесный эмоциональный резонанс)*
- *падать*
- *ходить*

И к тому же, в разных упражнениях клиенту дается задание «*научиться говорить*» – т.е. в регрессионном состоянии использовать программирующую функцию речи, детский словесный самоконтроль (сказать о чем-то, чтобы заставить себя это сделать).

Заключение

Итак, в нашем кратком обзоре мы рассмотрели две составляющие модальности Ресурсно-Ориентированной Системной Терапии – личностный РОСТ и нейрофизиологическое программирование РеТри, как пример физиологически-ориентированного подхода в психотерапии.

Технология РеТри, или нейрофизиологическое программирование, является интегративным методом, расширением и дополнением техник НЛП, в сочетании с техниками когнитивной и телесной психотерапии, а также недирективной суггестии (с использованием кинестетических трансов). РеТри сосредотачивается на тех аспектах психокоррекции, на которые в классической версии НЛП обращалось не так много внимания, как они того заслуживают – на работе с телесными состояниями. Уточним, что это не просто использование кинестетической модальности, а нечто большее: превращение тела в инструмент управления состояниями сознания. Для этого тело используется как канал сознательно-подсознательной коммуникации, общения с собственным подсознанием на языке тела, через его ощущения.

На этой основе создаются отдельные технологии «программирования» подсознания и получения от него «обратной связи» на сознательном уровне. Применение данных технологий на персональном уровне включает переработку личного опыта и снятие стресса, ситуационное моделирование, самоконтроль и самомотивацию. На межличностном уровне - эффективное общение и управление групповыми процессами.

Таким образом, речь идет не о психотерапии убеждения или психотерапии внушения, а о психотерапии саморегуляции и сознательно-подсознательной коммуникации. Иными словами, о психотерапии состояний: научившись дифференцировать и контролировать свои функциональные состояния, человек может «дойти до остального сам», разными путями добиваясь устранения внутреннего, сознательно-подсознательного конфликта:

- «Прислушиваться» к тому, что хочет его подсознание – через ощущения (телесно-интуитивный самоанализ) и трансовые зрительные образы.
- «Успокаивать» подсознание, добиваясь эмоциональной разрядки.
- «Договариваться» с подсознанием, превращая проблему в ресурс (рефрейминг, позитивное переформулирование).

Методологической основой является известный фундаментальный принцип дополнительности Бора, согласно которому новое знание не отменяет, а уточняет и дополняет старое, допуская справедливость

последнего при определенных граничных условиях. Аналогами в философской традиции являются сократовская майевтика, разрешение противоречий, или гегелевское «отрицание отрицания», когда новое явление, приходящее на смену старому, иным способом реализует позитивные цели последнего.

Подобное расширение свободы выбора и преодоление внутренних барьеров, обретение большей гибкости и адаптивности принимаемых решений описывается как генеративность (П.Ф. Силенок). На физиологическом уровне это достигается за счет замыкания новых временных связей, которые как «мостики» восстанавливают связь целостного мозга с группами нейронов, ранее изолированными от остальных зон коры «тормозным валом (модель устойчивого патологического состояния мозга по Н.П. Бехтеревой). Так устраняются участки «функциональной блокады», или физиологические эквиваленты неадаптивных психологических защит (главным образом, вытеснения), обеспечивая целостное функционирование мозга.

Соответственно в работе с клиентом задачами нейрофизиологического программирования РеТри, как и Ресурсно-Ориентированной Системной Терапии в целом, является как освоение клиентом отдельных типовых техник саморегуляции, так и изучение набора собственных состояний, поиск связанных с ними подсознательных ресурсов. При этом выявляются и запоминаются различные «якоря» последних для дальнейшего самостоятельного использования клиентом для регуляции своего психического состояния.

Все вышеперечисленное для человека, проходящего данную терапию, означает на практике «познать себя» и обрести «опору в себе», изучить собственные внутренние ресурсы и научиться их «включать» и использовать целенаправленно в разных ситуациях.

Литература

Александров Ю.И. Психофизиология сознания // Основы психофизиологии: Учебник/ Под ред. Ю.И.Александрова. – М.: ИНФРА-М, 1997. – 432 с. – С. 202-219.

Асратян Э.А. Иван Петрович Павлов. Жизнь, творчество, современное состояние учения. – М.: Наука, 1981. – 440 с.

Белгородский Л.С., Сандомирский М.Е. Возрастная регрессия и формирование искусственных сенситивных периодов с точки зрения функциональной асимметрии полушарий // Современные направления психотерапии и их клиническое применение. Матер.конф. – М.: Ин-т психотерапии, 1996. – С. 126-127.

Бехтерев В.М. Объективная психология // Избранные работы по социальной психологии. – М.: Наука, 1994. – 400 с.

- Бехтерева Н.П.* Здоровый и больной мозг человека. – Л.: Наука, 1980. – 208 с. – С. 60–68.
- Бехтерева Н.П., Камбарова Д.К., Поздеев В.К.* Устойчивое патологическое состояние при болезнях мозга. – Л.: Медицина, 1978. – 240 с.
- Бианки В.Л.* Механизмы парного мозга. - Л.: Наука. 1989.
- Галлезе В., Риццолатти Д., Фогасси Л.* Зеркальная часть мозга // *Scientific American*. - март 2007. - № 3
- Дудченко В.С.* Онтосинтез жизни. – М., Граница, 1999
- Костандов Э.А.* Осознаваемые и неосознаваемые формы высшей нервной деятельности человека // *Механизмы деятельности мозга человека*. Ч. 1. *Нейрофизиология человека*. – Л.: Наука, 1988. – 677 с. – С. 520-523.
- Макаров В.В.* Психотерапия нового века. – М.: Академический проект, 2001. – 496 с.
- Психотерапевтическая энциклопедия* / Под ред. Б. Д. Карвасарского. 3-е изд. - СПб.: Питер, 2006. - 944 с.
- Ротенберг В.С., Аршавский В.В.* Поисковая активность и адаптация – М.: Наука, 1984. – 192 с.
- Сандомирский М.Е.* Защита от стресса. М.: Ин-т психотерапии, 2001
- Сандомирский М.Е.* Психосоматика и телесная психотерапия. М.: Класс, 2005
- Сандомирский М.Е.* Элементы нейропсихотерапии. М.: Степень свободы, 2007
- Сандомирский М.Е.* Защита от стресса: Телесные технологии. СПб.: Питер, 2008.
- Сандомирский М.Е.* Защита от стресса: Работа с подсознанием. СПб.: Питер, 2009.
- Сандомирский М.Е.* Ближайшие перспективы психотерапии: нейропсихотерапия, или нейрофизиологический подход в терапии // *Психотерапия. Спец. Выпуск: Матер. Четв. Паназиатского Конгресса "Психотерапия и консультирование в эпоху перемен" 18-20 мая 2007.* - С. 126-135
- Силенок П.Ф.* Ресурс генеративности // *Вестник НЛП*. 2000. №12
- Спрингер С., Дейч Г.* Левый мозг правый мозг. Асимметрия мозга. - М.: Мир, 1983. — 256 с.
- Стрелец В.Б.* Болезнь «раздвоенного мозга» // *Журн. высш. нерв. деятельности*. – 1993.- №2. – с 262-269.
- Судаков К.В.* Системные механизмы эмоционального стресса. – М.: Медицина, 1981.– 232 с.
- Eaton J.W., Weil R.J.* Culture and mental disorders. – Glencoe: Free Press, 1955.
- Grawe K.* Neuropsychotherapy: How the Neurosciences Inform Effective Psychotherapy. 2006
- Goddard G., McIntyre D., Leech C.* A permanent change in brain function resulting from daily electrical stimulation // *Exp. Neurology*. – 1969. – V. 25. – Pp. 295-330.

Hellhammer D. Neuropsychotherapy: A Question of Responsibility? // *Verhaltenstherapie*. Vol.16, Issue 2, 2006

Judd T. Neuropsychotherapy and community integration: Brain Illness, emotions, and behavior. 1999

Mizen C.S. Neuroimaging and Neuropsychotherapy // *Psychiatry*. Vol.4, Issue 5, 2005

Sandomirsky M. (Сандомирский М.) Neurophysiological approach as common ground for different psychotherapeutic methods integration // *World Journal Psychotherapy*. - 2008/ 1 (1)/ - Pp/ 174 - 179

Эмоционально-образная психотерапия

Метод эмоционально-образной терапии (ЭОТ) Линде Н.Д.

Резюме:

- 1) **Определение:** эмоционально-образная терапия является методом трансформации негативного эмоционального состояния через психическое воздействие на образ этого состояния.
- 2) **Сущность метода** состоит в нахождении ключевого для данной проблемы эмоционального состояния и его психосоматического выражения, создании образа этого состояния, как некоторого объекта, существующего отдельно от субъекта, и трансформации эмоционального состояния через адекватные проблеме субъективные воздействия на созданный образ. Мишенью являются те или иные негативные эмоции, а методом воздействия – работа с образами этих эмоций.
- 3) **Теоретические основы:** метод позволяет объединить на своей основе самые разнообразные теоретические системы, начиная с психоаналитической концепции З.Фрейда, индивидуальной психологии А.Адлера, телесной терапии В.Райха, гуманистической психологии и т.д.

Новое в теории: обобщенное понимание структуры психологической проблемы и типологии психологических проблем. Но ключевой идеей метода следует признать понимание эмоций как энергетических процессов, стимулирующих те или иные действия индивида. Причиной тех или иных психологических нарушений считаются хронические (застрявшие) эмоции. Моделирование эмоций с помощью образов позволяет понять причину их блокирования и устранить ее, что автоматически приводит к исцелению

- 4) **Применение. Показания к применению.** Метод может применяться для коррекции любых эмоциональных проблем клиента, психосоматических нарушений и нарушений характера. Он также может применяться с целью релаксации и коррекции постстрессовых состояний, улучшения работоспособности и повышения

стрессоустойчивости и мобилизации психических способностей персонала, улучшения спортивных результатов и т.д. Метод не показан при лечении психотических заболеваний.

- 5) **Практические результаты.** Многочисленные случаи быстрого исцеления эмоциональных и психосоматических проблем различного типа. Особенно быстрых и надежных результатов удается достигнуть при коррекции разнообразных психогенных болей, аллергий, избыточного веса, проблем взаимоотношений, чувства гнева, вины, последствий психологической травмы, фобий различного типа, эмоциональных зависимостей, переживаний потери и других проблем.

Статья:

Эмоционально-образное направление психотерапии

ЛИНДЕ Н.Д. – кандидат психологических наук, профессор
Московского Гуманитарного Университета и Института
Психоанализа, действительный член ППЛ

Метод эмоционально-образной терапии (ЭОТ) развивается нами примерно с 1990г., первая публикация принадлежит к 1994г., это учебное пособие с названием «Медитативная психотерапия» [1]. В дальнейшем название метода было изменено на современное, которое в большей степени соответствует сути практических приемов и теоретических положений, используемых в рамках этой терапевтической модальности. В списке литературы приводится 33 источника, но наиболее полным является книга «Эмоционально-образная терапия. Теория и практика», 2004г. [10].

Эмоционально-образная терапия исходит из комплекса теоретических положений и психотерапевтических приемов, часть из которых сближает ее с другими модальностями (с гештальттерапией, символдрамой и др.). Но в совокупности эта теория и методы составляют, целостное и самостоятельное направление, имеющее свои преимущества и новые возможности. ЭОТ использует оригинальную схему создания субъективных образов эмоциональных состояний, актуально переживаемых индивидом, опирающуюся, прежде всего, на психосоматическое выражение этих состояний. Далее ведется анализ проблемы клиента, с использованием полученного образа. Потом осуществляется работа по мысленному воздействию на образ, целью которого является преобразование негативных эмоциональных состояний в позитивные, что позволяет разрешить внутренний конфликт. Решение внутреннего конфликта ведет к исчезновению внешнего конфликта, изменению поведения и мышления клиента.

Метод ЭОТ сочетает в себе одновременно преимущества тонких аналитических методов, позволяющих быстро и точно определять истинные причины нежелательных симптомов, с возможностями эффективной коррекции симптомов благодаря воздействию на эту причину через работу с соответствующими образами. Поэтому ЭОТ является не симптоматической, а каузальной терапией, терапевт «добирается» до причины, ставит точный психологический диагноз, что позволяет применить точные и дозированные воздействия на образ, а через него на эмоциональное состояние, блокирующее адекватное решение проблемы. Анализ глубинных конфликтов личности в данной технике обычно удается сделать легко и быстро, а мысленные воздействия на образ позволяют проверить и уточнить первичную гипотезу.

Еще З.Фрейд указывал, что анализ сновидений является «царской дорогой» в психоанализе. В данном случае используются спонтанно возникающие образы, представляющие в наглядной форме конкретные переживания, являющиеся ядром обсуждаемой проблемы. Поэтому данный образ сразу же указывает на причины данного переживания и может служить «рычагом, помогающим воздействовать на него. Теория ЭОТ утверждает, что именно некоторое хроническое эмоциональное состояние фиксирует обсуждаемую проблематику, поэтому коррекция этого переживания через работу с образом позволяет сразу же решить целостную проблему, которая создается как система адаптивных приспособлений вокруг центральной «болевого» точки.

Пример 1. На обучающем семинаре женщина-психолог попросила помочь ей избавиться от клаустрофобии: «Она не такая уж и сильная, но все двери в моем доме сняты». Эта проблема возникла после рождения ребенка, который в течение года сильно болел.

Я предложил ей представить себя закрытой в некотором замкнутом пространстве, комнате, например, и рассказать о своих чувствах. Она ответила, что даже сейчас, представляя это, она сильно волнуется, у нее дрожат руки и сильно бьется сердце, это состояние трудно выдержать. Тогда я предложил ей представить образ этого чувства прямо перед собой. Недолго думая, она сказала, что это почему-то похоже на маленького ежика, который барабанит деревянными палочками в барабан. На первый взгляд, нелепый образ – как это клаустрофобия может быть маленьким ежиком с барабаном? Однако, ежик – это всегда мужчина, а маленький ежик – мальчик. Я спросил: «А у вас мальчик?» И получил утвердительный ответ. Тогда окончательно стало понятно, что материнская тревога за болезненного ребенка, вызывала страх закрытых пространств, где она не могла контролировать, что с ним происходит. «Барабан» - это материнское сердце, которое тревожится за «ежика», что выражается в тахикардии.

Я предложил: «Скажите мысленно ежику, что вы разрешаете ему быть здоровым и самостоятельным и не нуждаться в вашей поддержке». Она мысленно повторила это несколько раз, чувствуя все большее облегчение. Довольно скоро она увидела, что ежик, бросил барабанные палочки, ушел в другую комнату и играет там в игрушки... Сердце ее полностью успокоилось, руки перестали дрожать. Проверка представлением себя в закрытом помещении показала полное спокойствие, клаустрофобия прошла. На следующий день она подтвердила этот результат.

Комментарий. Этот пример показывает, как легко и просто может быть выявлена данным методом истинная причина фобии, что подтверждается также легким ее исцелением. Как говорят врачи: «Кто хорошо диагностирует, тот хорошо лечит», в этом и состоит каузальный подход, осуществляемый в данной терапии. Симптоматическая же терапия занималась бы снятием тревоги через релаксацию или, того хуже, предложила бы клиентке принимать те или иные успокаивающие средства, и то и другое, конечно, не затрагивало бы причину фобии, а потому было бы бесполезным лечением.

Мысленное воздействие клиента на собственные субъективные образы соответствует желаемому и психологически адекватному решению его внутренней проблемы, для чего применяются приемы, разработанные в ЭОТ (их около 30 и список пополняется). Эти приемы предлагаются терапевтом клиенту, иногда объясняются, иногда нет, но они действенны только в том случае, когда терапевт ясно понимает структуру внутреннего конфликта, а данный прием, если будет искренне выполнен клиентом, действительно устраняет этот конфликт.

В групповой работе по методу ЭОТ, а иногда и в индивидуальной, применяются как известные, так и оригинальные упражнения для продуцирования и дальнейшего анализа образов по той или иной тематике (около 40 оригинальных упражнений). Например, участникам группы предлагается мысленно слушать звучание своего тела, представлять, как поток воды протекает внутри тела, увидеть смысл своей жизни и

соединиться с ним, совершить полет к самому себе, вернуть утраченные чувства, войти в круг счастья и т.д.

Все вышесказанное позволяет утверждать, что ЭОТ является целостным и самостоятельным методом терапевтической работы, хотя интерпретация образов зачастую происходит в рамках классических терапевтических теорий. ЭОТ органично использует понятия и логику психоанализа, также как понятия и логику индивидуальной психологии А.Адлера, аналитической психологии К.Юнга, теории В.Райха, транзактного анализа Э.Берна, гештальттерапии Ф.Перлза и других концепций. Это говорит о том, что ЭОТ позволяет вполне органично объединять в единой мультимодальной системе работы самые, казалось бы, разнородные и даже противоречащие друг другу теоретические модели, используя ту или другую, а иногда две сразу, в зависимости от природы внутреннего конфликта, выраженного в образах эмоциональных состояний.

Метод ЭОТ применим для решения самого широкого класса терапевтических задач. Он успешно используется при коррекции многих типов психосоматических проблем (например, головной, сердечной и мышечной боли, аллергии [9], нейродермита и т.д.), фобий, любых эмоциональных проблем, навязчивостей, заикания, эмоциональных зависимостей, постстрессовых состояний, проблемы горя и потери, коррекции черт характера.

Успешно применяется в работе телефона доверия [16]. Помогает справиться с проблемой сгорания работников телефона доверия. Открывает неожиданные возможности при коррекции детских психологических проблем, когда работа ведется не с ребенком, а с его значимым родителем, и решение проблем родителя приводит к автоматической коррекции проблем ребенка [18]. Данный метод нельзя считать применимым для работы с психотическими больными, хотя есть попытки адаптировать его и для подобных случаев.

Отличительной чертой работы в этом стиле является изменение психологического состояния клиента прямо здесь и теперь, в реальном времени. Конечно, такой быстрый результат достигается лишь в тех случаях, когда применяемый клиентом для самоизменения прием действительно освобождает последнего от изначальной эмоциональной фиксации, применяется последним искренне и до полного освобождения от зависимости. Приведем два примера, иллюстрирующие эту идею, а также весь стиль эмоционально-образной терапии.

Пример 2. На одном из семинаров я предложил студентам показать свою работу. Студентка попросила решить ее психосоматическую проблему. Она испытывала постоянную и сильную боль в спине, это мешало ей нормально спать, в любой позе спина болела, врачи не могли ей помочь.

Я предложил ей представить образ этой боли. Она увидела ее как огромного паука, сидящего на ее спине. Поскольку паук обычно символизирует мужчину, я высказал предположение, что у нее есть какая-то серьезная проблема в отношениях с мужчиной. Оказалось, что ее друг – наркоман, а она все пытается спасти его от этого пристрастия, но ничего не может поделать. Пытается разорвать с ним отношения, но тоже не в состоянии от него избавиться. Мы пробовали разные приемы, чтобы освободить ее от присутствия паука на спине, но ничего не помогало избавиться ее от этой эмоциональной зависимости.

Она понимала, что ей все равно не удастся его спасти, что она приносит в жертву свое здоровье и судьбу, но почему-то «не могла» его отпустить. Тогда я предложил ей ответить от имени паука на вопрос: «Нужно ли ему, чтобы его спасали и тащили на своей спине куда-то, куда, может быть, он и не собирается?» Отвечая за него, девушка поняла, что ему на самом деле это совершенно не нужно и поэтому он сопротивляется. Тут же она смогла отпустить паука, он исчез, а **боль в спине прошла в этот же момент.** В тот же вечер она порвала все отношения с наркоманом. Через некоторое время она встретила другого мужчину, вышла замуж, родила ребенка, живет счастливо. Спина с тех пор у нее никогда (по крайней мере, в течение 4-х последующих лет) не болела. Эту историю она рассказала мне через 4 года после сеанса, о котором я даже забыл.

Комментарий. Понятно, что разорвать отношения студентка не могла из ложно понимаемого чувства долга перед этим молодым человеком, она надеялась на какое-то чудо и боялась оказаться ответственной за его дальнейшее падение. Поэтому она не применяла искренне приемы, которые предлагались ей изначально. Поговорив от имени «паука» она поняла, что он не нуждается в спасении и его дальнейшее падение предрешено его собственным желанием, она не несет за это ответственности. Она поняла, что тащит его на своей спине против его воли. Такое непосредственное осознание, которое не достигалось никакими аргументами терапевта, позволило ей отпустить этого человека, перестать напрягать свою спину ради его спасения. Поэтому спина прошла сразу и больше не болела, а она смогла реально расстаться с этим человеком, избавиться от эмоциональной зависимости, реально отказаться от ложного чувства долга.

Можно привести десятки примеров, но мы позволим себе лишь еще один.

Пример 3. Студентка 4-го курса рассказала, что чувствует настоятельную необходимость бросить учебу. Она находит любые предлоги, чтобы не ходить в институт, но сама не понимает почему. При этом она хочет иметь высшее образование, ей нравится специальность.

Я предложил ей представить ту силу, которая не пускает ее учиться. «Сила» говорила: «Можно обойтись и без высшего образования...». Я спросил ее: «А кто-нибудь говорил тебе так в детстве?» Она вспомнила, что ее бабушка постоянно повторяла, что вот она не окончила вуз (бросила на 4-ом курсе) и ничего, можно прожить и без высшего образования. У бабушки было трое детей, двое из них бросили институты, а один и вовсе в вузе не учился...

Я предложил девушке представить свою бабушку и сказать ей: «Бабушка, я окончила вуз, я прекрасный специалист и очень довольна». Она выполнила инструкцию и «увидела», что бабушка очень злится, а сама она почувствовала вину перед бабушкой. Это чувство вины «застрыгло» в области диафрагмы и просто не давало ей дышать. «Боже мой, это же моя астма!» - воскликнула студентка.

Я предложил ей отпустить свое чувство вины (прием высвобождения эмоции с воображаемым звуком). Когда она сделала это, то вдруг задышала полной грудью, так, как не дышала никогда в жизни. «Я просто наслаждаюсь дыханием!» - сказала она. Я попросил ее повторить бабушке те же слова, что и раньше. Она увидела, что снова бабушка злится... Но сама студентка не чувствовала вины, ей было все равно: «это дело бабушки, если хочет – пусть злится!».

Девушка продолжала учиться и успешно окончила вуз. Несколько раз в течение этого времени она говорила мне, как она свободно дышит и наслаждается дыханием.

Комментарий. Понятно, что в этом случае мы имеем дело с результатами родительского предписания «не делай успехов» (Э.Берн), полученного студенткой от собственной бабушки. Девушка испытывала ложное чувство вины перед бабушкой за свое стремление добиться успеха и тем самым как бы превзойти бабушку. Это чувство вины блокировало не только ее желание окончить вуз, но и свободное дыхание, являясь универсальным ограничителем ее активности. Избавление от вины освободило ее от влияния ранее полученного предписания, поэтому она смогла дышать полной грудью и спокойно учиться. Все это произошло в момент полного освобождения от вины, откуда можно заключить, что так называемые родительские предписания удерживаются в психике ребенка только благодаря устойчивым эмоциональным фиксациям.

Теперь мы возвращаемся к главному теоретическому положению ЭОТ, которое состоит в том, что причиной любых психологических проблем является некоторая исходная эмоциональная фиксация на некоторой недостижимой цели, либо на ложной преграде, препятствующей ее достижению (подробнее см. [10]). **Поэтому вся работа в ЭОТ направлена на поиск соответствующей фиксации и избавлении от нее через те или иные действия с образом фиксирующей проблему эмоции.** Избавление от соответствующей фиксации освобождает субъекта сразу, что тут же проявляется в его

психосоматическом состоянии. Все известные терапевтические теории отличаются друг от друга, прежде всего, указанием на различные причины эмоциональной фиксации (травмы, сексуальные желания, комплекс неполноценности, родительские предписания и т.д.).

Схема этапов терапевтической работы

1. Клиническая беседа. Как и во всех направлениях терапии, до начала работы по изменению состояния, проводится знакомство, прояснение проблемы, сбор историографических данных, заключение контракта. Все эти принципы терапевтической работы отлично освещены в другой литературе, и мы не будем здесь на этом специально останавливаться. Результатом клинической беседы должно быть ясное выделение некоторого значимого симптома: чувства или состояния, которое переживается клиентом как нежелательное, причиняющее ему страдания. Также выясняется проблемная ситуация, внутри которой этот симптом возникает. В ходе дальнейшей работы могут происходить возвращения к беседе, если какие-то обстоятельства или намерения клиента вдруг оказываются недостаточно понятыми.

Уже на этой стадии у терапевта должна появиться первичная гипотеза о структуре проблемы клиента, то есть об основных импульсах, требующих реализации и препятствиях на их пути. Обучающихся данному методу знакомят с разнообразными моделями, объясняющими происхождение проблем с точки зрения той или иной концепции, а также способам выявления истинной причины, порождающей нежелательные психологические симптомы. Они учатся «читать» порождаемые клиентом образы, а если непосредственная трактовка образа затруднена, то способам, позволяющим разгадать зашифрованный в образе смысл.

2. Прояснение симптома. Во-первых, на этом этапе симптом должен быть ясно очерчен и *найден его психосоматические проявления*. То есть, если чувство недостаточно ясно осознается индивидом, то терапевт старается его усилить, проявить здесь и теперь, выяснить его оттенки. Для этого обычно клиенту предлагается представить, что он находится в той проблемной ситуации, в которой он обычно испытывает нежелательные симптомы. Во-вторых, необходимо установить, каким образом это чувство или состояние выражено телесно (где и как). В-третьих, следует установить связь между некоторой конкретной ситуацией и психосоматическим выражением симптома. Этот этап основан на теоретическом положении, что всякое чувство существует в теле, а не где-то в пространстве, что психосоматическое выражение чувства лучше отражает его смысл, чем просто словесное его название. Например, человек может говорить, что испытывает страх, а психосоматическое его выражение может показать, что речь идет на самом деле о гневе, поскольку оно локализуется в области диафрагмы и ощущается как сильное напряжение. В этом смысле полезно знать возможную локализацию чувств по В.Райху.

Если чувство плохо осознается индивидом, то следует ему предложить живо представить ту ситуацию, в которой он его испытывает, что заставляет его переживать исходное чувство максимально ярко. Однако следует помнить, что некоторые прошлые ситуации обладают шокирующим воздействием на индивида, поскольку приглушенное чувство оживает вновь, и он оказывается не в силах справиться с этой силой. Существует ряд приемов, позволяющих снизить накал страстей, но в то же время не подавлять исходное состояние, чтобы с ним можно было работать. Сюда относится, например, прием диссоциации, когда клиенту предлагается, рассказывать, что происходит с ним самим, наблюдая себя как бы со стороны.

Необходимость нахождения психосоматических коррелятов чувства задается несколькими причинами. Когда индивид описывает, где в теле и как именно испытывает чувство, он лучше его осознает. Он начинает понимать, что чувство коренится в нем и только в нем. Кроме того, для объяснения терапевту своих переживаний он прибегает к образным выражениям: “сдавливает тиски”, “как будто гвоздь раскаленный застрял”, “острым ножом режут”, “комочек мешает дышать”, «перед глазами туман», «стена не пускает»,

«внутри так тошно, как будто бы куча грязи» и т.д. Тем самым, он естественно переходит на последующую фазу создания образа данного чувства.

3. Создание образа. Теперь субъекту предлагается представить данное чувство (симптом) в форме некоторого образа, находящегося перед ним на стуле или просто в пространстве (в некоторых случаях может быть и другая локализация образа: в теле или вокруг тела).

Пожалуй, этот прием перехода от психосоматически выраженного переживания к образу, что кажется чем-то фантастическим и не выполнимым, на самом деле является важнейшим нововведением системы ЭОТ. Клиенту предлагается не слишком задумываться: «Первое, что пришло в голову, то и хорошо...» Такая инструкция способствует появлению спонтанных, бессознательно созданных образов, которые как раз являются максимально содержательными с точки зрения анализа проблемы и ее коррекции. Если клиент долго думает, возникает подозрение, что он подавляет первично возникший образ, и пытается придумать что-то «получше». Тогда образ может оказаться фальшивым, и выражать сопротивление клиента терапии. Но и это можно использовать для обнаружения истины. Поскольку, постигнув цель защиты, мы можем вскрыть содержание, которое защищается от осознания.

Как правило, используется зрительный образ, но можно подключать и слуховой, и кинестетический, и обонятельный каналы. Некоторые клиенты испытывают трудности при создании образа своего состояния. Это обычно свидетельствует либо о сопротивлении в осознании своих проблем, либо о первичной напряженности и недостаточном доверии терапевту, либо о сложившемся убеждении, что мыслить можно только формально логически.

С такими клиентами можно предварительно провести тренинг на релаксацию, можно предложить им нарисовать свое чувство, что порой легче, чем просто вообразить. С некоторыми стоит обсудить их тревоги и доверие терапевту, другим необходимо, как в психоанализе, ясно обрисовать их собственное сопротивление.

4. Проверка на фиксацию. Под фиксацией мы подразумеваем наличие эмоционально-энергетической связи между образом и состоянием субъекта. Если такая связь действительно существует, то какие-либо намеренные изменения образа должны привести к изменениям состояния субъекта (например, увеличение размера образа может привести к усилению негативного состояния и наоборот).

Чаще всего такая проверка излишня, мы ее редко делаем, но в некоторых случаях она позволяет ярче высветить проблему. Например, одна клиентка жаловалась на страх перед новой компанией, этот страх был похож на противную жабу. Сама жаба не вызывала у нее сильных эмоций. Тогда я предложил увеличивать жабу в размерах, в итоге она стала огромной, положила одну лапу на горло клиентке и стала ее душить, так что ей физически стало плохо! Из дальнейшего стало понятно, что это связано с ее старым конфликтом с отцом, когда в бешенстве он бросился ее душить.

5. Исследование образа. Образ изучается с точки зрения его чувственных характеристик (размер, форма, цвет и т.д.), с точки зрения функций (что он делает для субъекта) и с точки зрения отношения (как субъект относится к образу и какое отношение к себе он ощущает от образа).

Сам по себе образ также несет огромное количество информации, которую терапевт должен уметь читать. На этой стадии терапевтическая гипотеза может быть кардинально пересмотрена.

Далеко не все образы поддаются прямой расшифровке, но в сопоставлении с конкретными знаниями о проблеме клиента и обстоятельствах его жизни, понять их содержание бывает не так уж трудно. Существуют достаточно известные в практике психоанализа интерпретации, например, образ змеи, практически всегда соответствует фаллосу. Также можно воспользоваться информацией, в изобилии содержащейся в кататимно-имагинативной терапии Лейнера. Однако, нам также удалось добавить в список

несколько новых «расшифрованных» образов. Например, образ скалы всегда символически означает авторитетного, даже авторитарного, родителя; образ пустоты означает вытесненные чувства; образ грязи – отвергаемые, запретные чувства; облака, туман – непролитые слезы; иголки – критику или самокритику и т.д. Краткий список образов и их интерпретаций можно найти в работе [10].

Однако, самым главным является диалог с образом, когда клиент мысленно задает вопросы образу (подсказанные терапевтом), отвечает от его имени, как будто образ реально существующий персонаж сказки. Иногда клиент пересаживается на место, занятое образом, становится им, говорит от его имени. Все это возможно потому, что образ символизирует некоторую часть личности клиента, которая конечно известна клиенту, но недостаточно осознана и изучена. Иногда в работе задействованы сразу два, и более, образов, анализ переходит с одного образа на другой, когда это необходимо с точки зрения ведущей гипотезы, пока гипотеза не превратится в уверенность и терапевт не приведет клиента к актуальному представлению исходного эмоционального конфликта. В этот момент у терапевта рождается представление о том, какой терапевтический прием может помочь клиенту разрешить исходный конфликт.

На этом этапе завершается аналитическая стадия терапевтической работы в стиле ЭОТ, что не мешает терапевту вернуться к анализу, если это будет необходимо.

6. Трансформация. Здесь может быть использован один или несколько приемов преобразований образа (подробнее см. [10]). Наиболее часто применяются: мысленное действие с образом, передача или выражение чувства, взаимодействие с парным образом, парадоксальное разрешение, конверсия энергии и т.д. (см. ниже). ***Трансформация всегда применяется в соответствии со структурой психологической проблемы, с учетом экологической чистоты результата.*** Задача трансформации – изменить эмоциональное состояние, порождающее проблему, а не просто выдумать новые образы. Механическое изменение образа не будет иметь успеха.

На внешнем плане производится работа над образом, а на внутреннем – над состоянием субъекта. Поэтому всегда нужна искренняя и эмоциональная работа клиента. Настоящее (в смысле терапевтического результата) преобразование образа происходит с затратой его субъективных усилий, требует некоторого времени (хотя и небольшого) и завершается позитивной эмоциональной реакцией. В случае успеха практически всегда клиент ощущает значимые психосоматические изменения в состоянии своего организма прямо здесь и теперь.

Трансформация образа ведется до тех пор, пока негативный образ не исчезнет полностью или не преобразуется в нечто позитивное. Это правило в сочетании с наблюдением за невербальным поведением клиента позволяет убедиться в реальности производимых изменений. Например, если индивид высвобождает неадекватную агрессию, символизируемую каким-нибудь черным шаром, то исчезновение шара в результате работы будет означать реальное освобождение от этого чувства. Подтверждением этого будет служить ощущение облегчения в области солнечного сплетения, освобождение дыхания, разнообразные признаки оживления и радости, проявляемые клиентом. Компенсацией за отказ от агрессии может служить появление противоположного по смыслу образа, который клиент примет, как описано в следующем пункте.

7. Интегрирование образа с личностью (соматизация или идентификация). Этот прием также является оригинальным нововведением ЭОТ. Если получено желаемое состояние субъекта, которое выражено в позитивном образе, то необходимо, чтобы последний принял полученный образ в тело или иным способом интегрировался с ним, как с частью своей личности, или установил с ним другого рода позитивные отношения. Например, если в ходе терапии, образ самого себя из маленького и униженного, превратился в сильного и уверенного, светящегося от обилия энергии человека, то клиенту предлагается пересест на стул, на который спроецирован данный образ и стать этим человеком, то есть идентифицироваться с ним.

Этот этап позволяет сделать найденное позитивное состояние устойчивым, принятым самой личностью. Именно тело сохраняет наши эмоциональные состояния, и принятие образа в себя, в свое тело помогает клиенту ярче ощутить новое состояние и привыкнуть к нему. В некоторых случаях клиент отказывается принять измененный образ, и это служит поводом для дальнейшего разбора его психологических проблем.

Однако, следует предупредить, что не следует механически внедрять в свое тело любые образы. Некоторые наивные студенты, не проходившие обучения, но что-то слышавшие, доходили до того, что пытались засунуть в свое тело мерседес! Понятно, что принять в тело следует чувство, символизируемое образом, а не образ сам по себе.

8. Ситуационная проверка.

Если субъект представит себе ту ситуацию, которая обычно вызывала данное негативное состояние, и исходное состояние не возникнет снова, то это может служить критерием успешности трансформации. Практика показывает, что проверка на воображаемой ситуации полностью идентична проверке ситуациями реальными. То, что происходит в воображении, происходит и в жизни. Редкие случаи, когда в воображении индивид решает свою проблему, а в жизни все происходит по-прежнему, свидетельствуют, что клиент обманывает себя и терапевта или существуют дополнительные причины для сохранения страданий, не рассмотренные в данном сеансе.

Можно также предложить представить ряд других будущих ситуаций и их благополучное решение, исходя из достигнутого состояния. Что служит и цели проверки и цели распространения достижений, полученных в терапевтическом сеансе на реальную жизнь индивида.

Главное - понять, насколько серьезно и искренне клиент принимает изменения. Некоторые заявляют, что они получили самое желательное для них состояние и ни за что от этого не откажутся. Некоторые же соглашаются только для вида. Такие результаты не будут устойчивыми. Требуется выяснить, что не устраивает клиента и провести работу на коррекцию нежелательных результатов.

9. Экологическая проверка. Следует выяснить, не возникло ли у субъекта нежелательных побочных симптомов. Если нет - можно закрепить результат. Для этого необходимо спросить, нет ли у клиента каких-либо возражений против достигнутых изменений, нет ли каких-то неприятных ощущений в теле и т.д.

10. Закрепление. Субъекту предлагается поставить внутренний якорь, то есть мысленно договориться с достигнутым состоянием, чтобы оно сохранилось на необходимый срок. Терапевт спрашивает: «Согласны ли Вы с достигнутыми нами изменениями?» Если клиент выражает согласие можно задать второй вопрос: «Согласны ли Вы, чтобы эти изменения остались с Вами навсегда?» Если изменения полностью устраивают клиента, то не остается сомнений, что они сохранятся и в будущем. Если работа должна быть продолжена, то достигнутые изменения будут фундаментом для последующих изменений.

В конкретной практике часть приведенных выше этапов терапевтического сеанса можно опускать, когда случай достаточно очевиден.

Работа в стиле ЭОТ имеет ряд преимуществ, обеспечивающих достижение весьма быстрых и надежных результатов. Терапевтический процесс выглядит как логически последовательная серия вопросов, направленных к образу, на которые отвечает клиент от его имени, перемежающаяся серией действий по его преобразованию, такими же действиями с дополнительно возникающими образами и т.д. Если необходимо, от образов терапевт переходит к анализу конкретных жизненных событий клиента, повлиявших на возникновение исходного конфликта, предлагает создать какие-то дополнительные, необходимые по смыслу, образы и т.д. Главное: работа с образами позволяет не только что-то осознать, но и изменить «это». Причины такой эффективности ЭОТ кроются в следующих факторах:

1. Чувство, связанное с проблемной ситуацией, наиболее точно отражает фиксированную эмоциональную энергию, которая не может быть реализована по тем или иным причинам.
2. Соматически выраженное чувство наиболее правдиво показывает суть проблемы. Слова могут обмануть, тело - никогда.
3. Переживание проблемы через образы убедительнее для клиента, чем вербальные высказывания. Действия с образами легче приводят к инсайту. Неожиданные изменения образов в результате определенных воздействий обладают очевидной доказательностью.
4. Проецирование образа на пустой стул или просто в пространство создает диссоциацию субъекта и выраженного в образе чувства. Это облегчает работу по преобразованию чувства.
5. Образная символизация чувства придает ему статус чего-то объективно существующего. Клиент ощущает насущную необходимость что-то с этим сделать, преодолеть воздействие этого реально действующего фактора. В противном случае он ощущает, что “это” будет и дальше его преследовать. Это мощный мотивирующий фактор.
6. Образ дает много дополнительной информации о сущности проблемы, которую может творчески использовать психотерапевт. После определенной практики он научается мгновенно понимать истинный смысл образов, и его предложения по работе с ними определяются этим пониманием.
7. Значимые образы наиболее точно соответствуют бессознательным процессам, субъективное воздействие на образы прямым образом отражается на содержании бессознательного.
8. Множество приемов работы с образами позволяют терапевту иметь широкое поле для преобразования исходного состояния. Оригинальные наработки в этой области создают возможности быстрых и эффективных изменений.
9. Динамика изменений образов в работе (а также, соответствующих эмоциональных состояний) позволяет точно контролировать результативность работы. Терапевт может вести процесс до качественного изменения состояния, когда проблема действительно и полностью решается.
10. Соматизация позитивных образов позволяет надежно закреплять результаты работы. Таким образом, клиент отождествляется с достигнутым позитивным состоянием.
11. Результат терапии сказывается, при удачном решении, прямо здесь и теперь, в ту же минуту, когда клиент применяет правильный способ воздействия на образ.
12. Позитивные трансформации всегда сказываются на психосоматическом состоянии клиента. Что наглядно демонстрирует успешность терапевтической работы.

Приемы трансформации эмоционального состояния, через работу с образом

Для трансформации образа, а вместе с ним и исходного проблемного состояния, в ЭОТ существует целый набор терапевтических приемов, постоянно создаются новые. Как говорилось выше, в арсенале ЭОТ имеется не менее 30 различных приемов, направленных на коррекцию исходной причины психологической проблемы клиента, но охарактеризовать все в этой статье не представляется возможным. Тем более, что они применяются в соответствии со смыслом образа и сутью эмоционального конфликта. Поэтому мы приведем наиболее часто применяемые.

1. **Созерцание.** Клиенту предлагается сосредоточиться на негативных сторонах образа (зрительного, слухового, кинестетического или обонятельного), в результате чего образ самостоятельно

трансформируется, а вместе с ним исчезает негативное эмоциональное состояние. Применяется при коррекции простых психосоматических симптомов. Например, предлагается обонять запах сердечной боли, в результате воображаемый запах рассеивается, боль проходит в течение 3-5 минут. Так избавляются от разнообразных болей, тахикардии, спазмов и т.д.

2. **Мысленное действие с образом.** Образ, символизирующий какое-то чувство можно кому-то подарить или забрать, узел можно распутать и т.д. Прежде всего, важен смысл образа: хлеб можно испечь и съесть, а можно запустить кому-то в лицо...
3. **Выражение чувств.** Чувство, может быть выражено в виде звука, потока энергии, словесно... По мере выражения чувства соответствующий образ будет таять. Таким путем осуществляется направленный и контролируемый катарсис.
4. **Парадоксальное разрешение.** В ходе анализа внутреннего смысла образа обнаруживается, какие ограничения он накладывает на личность, клиенту предлагается разрешить образу делать то самое, что он запрещает клиенту. Например, клиент ощущает, что он сидит в тюрьме, предлагается дать свободу тюрьме... В результате тюрьма исчезает, а клиент оказывается на свободе и осознает, что он сам держал себя в психологической тюрьме...
5. **Поиграть с грязью.** Прием, предназначенный для работы с отвергаемыми чувствами, которые обычно выражаются в образе грязи. Клиенту предлагается мысленно погрузить в эту «грязь» руки и поиграть с нею как ребенок. В результате грязь перестает быть грязью, а превращается в позитивный ресурс личности.
6. **Отказ от неверных действий.** Если анализ показывает, что образ символизирует важную часть личности клиента, которую тот сам подавляет, отрицает и т.д., то клиенту предлагается сказать этому образу, что он больше не будет так делать. Позитивные изменения образа и психосоматические изменения в состоянии клиента подтверждают правильность его психологических действий.
7. **Энергитизация образа.** Клиенту предлагается мысленно дать много энергии образу, способствуя его росту и развитию. Особенно это важно, когда образ символизирует детское начало клиента.
8. **Вернуть причиненное зло.** Этот прием особенно эффективен в работе с жертвами насилия, теракта, другого проявления несправедливости и жестокости. Клиенту предлагается представить, где в теле и в каком виде он хранит причиненное ему зло. После чего вернуть его насильникам, вежливо и даже с благодарностью. Цель – помочь жертве растождествиться с причиненным ему ущербом, что ведет к быстрому восстановлению здорового состояния.
9. **Перераспределение акций.** Цель этого метода – гармонизация отношений или объединение противоположностей. Передавая «акции» можно восстановить баланс между взаимообусловленными частями личности (родителем и ребенком и т.д.).
10. **Конверсия энергии.** Энергия негативного образа, например, символизирующего гнев клиента (или какую-то его защиту), может быть переведена в позитивную форму, питающую слабую часть личности, нуждающуюся в этой защите. Выросшая часть личности более не нуждается в защитных механизмах, она справляется с проблемами самостоятельно.

11. **Метод парадоксальной интенции.** Этот метод первоначально предложен В.Франклом для коррекции фобий и навязчивых состояний. Он состоит в том, что клиент должен захотеть испытать то, чего он боится. В контексте ЭОТ он приобрел особое значение, клиенту предлагается прикоснуться к пугающему образу или сказать ему, чтобы тот усилил свое воздействие (например, «Кричи еще сильнее!»).
12. **Метод контрпредписаний.** Применяется в тех случаях, когда проблема связана с тем, что клиент получил от родителя негативное предписание. Клиенту предлагается представить родителя или заменяющий его образ и сказать ему нечто прямо противоположное по смыслу тому предписанию, которое оказало на него такое воздействие. Эту формулу надо повторять и повторять до тех пор, пока негативное воздействие предписания не прекратится, либо не выяснится эмоциональная причина, фиксирующая действие предписания. После чего применяются дополнительные приемы (см. пример 3).

Отличия от других направлений терапии

Близкими к ЭОТ являются такие направления психотерапии как символдрама и гештальт-терапия. Охарактеризуем главные отличия от этих методов.

От гештальт-терапии ЭОТ отличается:

1. Гештальт-терапия ориентирована, прежде всего, на процесс осознания, этим она родственна психоанализу. ЭОТ в качестве основной задачи ставит изменение эмоционального состояния, которое определяет существующую проблематику. В этом смысле ЭОТ является психодинамической терапией, но в качестве теоретической базы использует понятия, как классического психоанализа, так и индивидуальной психологии А. Адлера, телесной терапии В. Райха, трансактного анализа Э.Берна и других концепций, порой даже трансперсональных. Но основной теоретической идеей служат идеи о том, что **в основе любой проблемы лежат те или иные «застывшие» эмоциональные импульсы.**

2. Гештальт-терапия стремится поставить клиента в тупик, чтобы заставить его самого совершить прорыв. ЭОТ считает, что индивид по большей части сам вредит себе, и поэтому будет настаивать на неверном решении. В стиле ЭОТ мы рассуждаем с клиентом и даем ему некоторые непривычные для него философские принципы, подталкиваем его к верному решению. В гештальттерапии вроде бы неизвестно какое решение верно, выбор всегда предоставляется клиенту. В нашей парадигме, также уважается свобода клиента, но мы берем на себя право вести его и предлагать решения.

Если клиенту не нравится, то, что по нашим предложениям он изменил в себе, то он всегда может вернуться к прежнему способу жизни. **Мы добиваемся не просто понимания, а актуального изменения самого клиента.** Когда он «примеривает» новое состояние он может решить, где ему еще «тянет», где надо подправить или старый образ жизни вообще был лучше. Но обычно ответ очевиден, потому что не бояться лучше, чем бояться, а быть добрым лучше, чем злым и т.д.

3. **Терапия в ЭОТ имеет достаточно четкое деление на аналитическую и трансформационную части,** хотя в некоторых случаях трансформация совершается для выявления истинных причин, приведших к проблеме. Очень часто трансформация в ЭОТ происходит при отсутствии у клиента осознания того, что на самом деле является источником проблемы и к каким решениям ведет подсказанный терапевтом путь. В этом смысле ЭОТ является более директивным методом терапии, чем гештальт, но более мягким, чем гештальт, поскольку дает большую поддержку и более прямо ведет к цели.

4. В ЭОТ принято заключать с клиентом контракт о тех изменениях, которые клиент хотел бы достичь в себе, но терапевт работает с клиентом над тем, чтобы

контракт был ясным и реалистичным, а также экологически адекватным. **Результат терапии проверяется на воображаемой критической ситуации и закрепляется теми или иными процедурами.** В гештальте позиция терапевта - клиент получает сам столько, сколько хочет и сколько может, терапевт не стремится к заранее определенному результату, результат не проверяется на воображаемой критической ситуации. В ЭОТ терапевт ведет терапию «до победы», до успешного завершения хотя бы некоторого промежуточного этапа, что обычно обговаривается с клиентом, подытоживается с ним вместе.

5. ЭОТ исходит из представления об эмоциях как психических энергетических процессах. Задачей терапевта не всегда является освобождение подавленных импульсов, но чаще - возвращение напрасно растрачиваемой энергии в общее энергетическое русло. Это достигается за счет освобождения энергии, связанной принятыми ранее решениями, неверными убеждениями и ожиданиями. Эти изменения чаще всего идут в разрез с убеждениями клиента, поэтому в ЭОТ принято уговаривать или «обманывать» клиента ради того, чтобы, получив измененное эмоциональное состояние, он понял свои заблуждения. Поэтому **в ЭОТ интерпретация и философское разъяснение часто происходят после завершения трансформации.** В гештальттерапии же интерпретация практически не дается никогда, и клиенту не подсказываются те или иные решения.

Вместе с тем ЭОТ разделяет ряд принципов гештальт-терапии и интегрирует в себя некоторые методические приемы этого направления, также как гештальт-терапия включает в себя как идеи психоанализа, так и методические приемы из психодрамы.

От кататимно-имагинативной терапии Лейнера метод ЭОТ отличается:

1. **Мы работаем не с какими-то заранее заданными мотивами (типа: образ цветка, реки, пещеры и т.д.), а, исходя из заявленной проблемы,** находим ключевое эмоциональное состояние, которое определяет существующий внутренний конфликт, а затем, применяя различные методики, которые клиент выполняет по нашему совету, устраняем патогенное эмоциональное состояние.

2. **Мы работаем в психосоматической идеологии, то есть практически всегда отыскиваем не только эмоцию, но и ее телесное переживание, а затем его образ.** Мы убеждены, что эмоция не может быть понята вне своего соматического выражения. Сначала поиск патогенной эмоции, затем ее соматический анализ, затем создается образ эмоции, а не произвольные фантазии на заданную тему, хотя подобные упражнения используются в групповой работе. Опять же работа в этой парадигме более директивна, чем работа в системе Лейнера.

3. В данном стиле происходит диалог и взаимодействие с тем или иным образом, как с реально существующим субъектом. **Клиент сам говорит от имени образа, воздействует на него по наущению терапевта, порой, не понимая замысла последнего.** Терапевт понимает, что через образ происходит работа с эмоциональными состояниями и частями личности самого клиента. Иногда на примере образов его учат тому, как решить проблему отношений с другим человеком. В какой-то степени подобная работа есть в гештальттерапии, особенно при толковании сновидений, но там основная задача - привести клиента к осознанию, остальное - не задача терапевта

В кататимно-имагинативной терапии есть значительная свобода для воображаемых действий, но в то же время достаточно традиционно применяются следующие шесть приемов: конфронтация, трансформация, кормление, примирение, магическая жидкость, а также изнурение и убийство. Критика этих приемов не входит в наши задачи, но, как нам кажется, набор приемов в ЭОТ богаче и имеет не обобщенный, а нацеленный на решение данной проблемы смысл.

4. Терапевт в ЭОТ обсуждает с клиентом его жизненные коллизии, вперемешку с работой с образами, давая свои интерпретации и доказывая свою точку зрения в

экспериментах с образами. В ЭОТ имеется этап контрольной проверки результата, этап идентификации с позитивным образом. Трансформация образов происходит не спонтанно, а целенаправленно.

Можно указать и на другие многие мелкие детали, отделяющие ЭОТ от гештальт-терапии, символдрамы или других направлений терапии, также можно указать и на общие их черты. ЭОТ не противопоставляется этим или другим направлениям, признает себя частью общего терапевтического движения, но имеет свое собственное лицо, свой стиль и свои достоинства.

Литература

1. Линде Н.Д. Медитативная психотерапия. Учебно-методическое пособие. М., 1994. Изд-во Института молодежи.
2. Линде Н.Д. Методы активного воздействия на образы в психотерапевтической практике. В: Материалы кафедральной научной сессии профессорско-преподавательского состава и аспирантов. – Институт молодежи, М., 1966.
3. Линде Н.Д. Воздействие на состояние субъекта через образное представление этого состояния. В.: Современные направления психотерапии и их клиническое применение (мат. Всесоюзной конференции психологов.), М., 1996, стр.147.
4. Линде Н.Д. Гештальт-метод имитации нового рождения. В.: Современные направления психотерапии и их клиническое применение (мат. Конференции Института психотерапии), М., 1996, стр.148.
5. Линде Н.Д. Методика изменения эмоционального состояния через трансформацию образа. Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. №1, 1997, стр. 33-41.
6. Линде Н.Д. Трансформация образа как метод изменения эмоционального состояния. Журнал практического психолога. №8, 1998, стр.50-60.
7. Линде Н.Д. Как избавиться от головной или сердечной боли за 5 минут. Брошюра. На правах рукописи. М., 1999.
8. Линде Н.Д. Основы современной психотерапии. Москва, 2002. Изд-во «Академия»
9. Линде Н.Д., Королева А.П. Психологическое исцеление аллергии. Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы, №4, 2003, стр. 45-51.
10. **Линде Н.Д. Эмоционально-образная терапия. Теория и практика. М., 2004. Изд-во МосГУ.**
11. Линде Н.Д. Возможности эмоционально-образной терапии в профилактике сильных стрессовых состояний. В: Материалы четвертого Международного научно-практического конгресса «Медико-экологические проблемы лиц экстремальных профессий: работоспособность, здоровье, реабилитация и экспертиза профессиональной пригодности. – М, 2004, стр.158-159.
12. Линде Н.Д. Телесность в эмоционально-образной терапии В.: Междисциплинарные проблемы психологии телесности. Материалы межведомственной научно-практической конференции. – М., 2004.
13. Линде Н.Д. Новые методы саморегуляции. Журнал практического психолога, №1, 2005, стр.81-99.
14. Линде Н.Д. Что это такое – психологическая проблема? Ж. Психология в вузе, №2, 2005, стр.79-105
15. Линде Н.Д. Возможности эмоционально-образной терапии. В.: Проблемы семейного консультирования: теория и практика. – М., 2005, стр.84-89.

16. Линде Н.Д., Воронцова В.В. Эмоционально-образная терапия в работе телефона доверия. Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – М., 2005, №4, стр.22-34.
17. Линде Н.Д. Обзор и краткое содержание психотерапевтических техник и психосоциальных технологий В.: Психосоциальная поддержка семей группы риска – как условие предупреждения семейного неблагополучия и семейного насилия.- М., 2005. Ред. изд. центр консорциума «Социальное здоровье России»
18. Линде Н.Д., Таболина И.В. Коррекция психологических проблем детей через эмоционально-образную терапию родителей. Ж. Семейная психология и семейная терапия. №3, 2005 г., стр.105-114.
19. Линде Н.Д. Метод эмоционально-образной терапии. Ж. Психотерапия. №10, 2005, стр.32-33.
20. Линде Н.Д. Коррекция фобий методом эмоционально-образной терапии. Ж. Вопросы психологии. № 2, 2006, стр. 68-79.
21. Линде Н. Д. Эффективность применения эмоционально-образной терапии в работе психологических служб образовательных и социальных учреждений В: Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Социальное партнерство психологии, культуры, бизнеса и духовное возрождение России», М., 2006, стр. 79.
22. Линде Н.Д. Структура психологической проблемы и человек как субъект ее решения Вестник Российского университета дружбы народов, серия Психология и педагогика, 2006, №2 (4), стр. 90-105
23. Линде Н.Д. Эмоционально-образная терапия и ее возможности. Искусство Творчество Здоровье, №1, 2007, стр. 86-102.
24. Линде Н.Д. Работа с Внутренним Ребенком в эмоционально-образной терапии Вопросы психологии, №1, 2007, стр. 159-169.
25. Линде Н.Д. Сутра о счастье. Психология здоровья и личностного роста, №1 2007, стр. 82-91.
26. Линде Н.Д. Гнев, подавленный гнев и его коррекция в эмоционально-образной терапии. Вопросы психологии, №2, 2008, стр. 160-173.
27. Linde N.D. Emotional Image Branch in Psychotherapy. Psychotherapy. World Journal, №1, 2008, pp.187-194.
28. Линде Н.Д. Сутра о психике и мозге. Психология здоровья и личностного роста, № 5, 2008, стр.84-100
29. Линде Н.Д., Журавлева О.Д., Мкртчян К. А. Коррекция боли с помощью эмоционально-образной терапии. Вопросы психологии, №5, 2008, стр.163-169.
30. Линде Н.Д. Избранные статьи. Журнал практического психолога №6, 2008, стр. 3-206.
31. Линде Н.Д. Психологическое консультирование. Теория и практика. Москва, Аспект-Пресс, 2009.
32. Линде Н.Д. Сутра о духовности в психотерапии. Психотерапия, № 12, 2009, стр.10-19.
33. Линде Н.Д., Корнеева Е.В. Эмоционально-образная терапия зависимости и утраты Вопросы психологии, №1, 2010, стр. 128-137.

Интегративно-диалоговая психотерапия

Тукаев Р.Д.

1.1. Резюме

Определение. Интегративно-диалоговая психотерапия (ИДП) является клинической по своим первоосновам **формой психотерапии**, но **распространяется и на психологическую область применения**, поэтому она **обращена как к лицам, страдающим болезненными расстройствами – пациентам, так и к клиентам, обращающимся для решения психологических проблем.** ИДП построена на структурном

понимании процесса психотерапии как психотерапевтической коммуникации – многомерного диалога психотерапевта и пациента, осуществляемого вербальными, невербальными коммуникативными средствами в целях психотерапии. **ИДП направлена на разрешение системного запроса пациента, клиента на психотерапию**, который отражает историю формирования болезненного или проблемного состояния и определяющие актуальное болезненное или проблемное состояние механизмы био-психосоциального уровня.

Основными психотерапевтическими методами в ИДП являются: каузально ориентированная интегративная психотерапия, в которой на принципах многомерного терапевтического диалога осуществлена интеграция методов современной клинической психотерапии, личностно-ориентированной психотерапии, когнитивно-поведенческой психотерапии (общие положения и ряд методических подходов и приемов), современной гипнотерапии.

Сущность метода. А. ИДП основана на понимании психотерапевтической межличностной коммуникации психотерапевта и пациента, клиента как первоосновы любой психотерапии и описывает такую коммуникацию как диалогическую многомерную (вербальную, невербальную (культурального, межличностного уровней)) коммуникацию, психотерапевтический многомерный диалог. Психотерапевтический многомерный диалог рассматривается на структурных уровнях: межличностного многомерного диалога; интраперсонального многомерного диалога участников межличностного диалога.

Б. ИДП - терапевтический диалог, интегрирующий: когнитивно-поведенческий, психодинамический, экзистенциальный подходы.

В. Психотерапевтический процесс в ИДП как совокупность двух базисных составляющих: терапевтического семантического пространства и терапевтического векторного процесса.

Терапевтическое пространство имеет непроявленную семантическую конфигурацию, раскрывающуюся в ходе психотерапии. Конфигурация психотерапевтического семантического пространства определяется системой двойных ограничений: ограничений пациента, клиента: а) социально-культуральных, б) психологических, в) организменных. ограничений терапевта: а) культурально-методических, личностно-психологических, организменных.

Векторный психотерапевтический процесс реализуется диалогической деятельностью терапевта и пациента (клиента), нацеленной на терапевтическую цель – результат психотерапии. Составляющие векторного психотерапевтического процесса: системный иерархический запрос пациента, клиента на психотерапию, проявляющийся актуализированными текущими запросами, формирующийся исторически и отражающий природу и механизмы болезненного или проблемного состояния; мотивационная активность пациента (клиента); мотивационная активность терапевта; диалогическая конгруэнтность мотивационных активностей пациента (клиента) и терапевта.

Г. ИДП – как структурная психотерапия, основанная на трехчастной форме, включающей: заключение контракта на психотерапию в комплексе с психотерапевтической диагностикой; процесс психотерапии; завершение психотерапии с оценкой ее эффективности. Контракт на психотерапию заключается на основе: культурального и личностного диалога; определения

мишеней, целей, задач психотерапии; определения возможных результатов психотерапии.

Д. Диагностика в ИДП структурного характера, на основе решения системы двойного уравнения, включающего: уравнение клинической проблемы, или психологической проблемы клиента, пациента; психолого-биографическое уравнение личностной жизни и личностного осмысления жизни клиента, пациента. Таким образом, диагностико-терапевтическая задача сводится к решению системы из 2-х уравнений и доказательству ее пациенту, клиенту. Уравнение клинической проблемы или психологической проблемы, клиента, пациента содержит: детальный классифицирующий сбор предъявляемых клинических жалоб, либо проблем; хронологическое изучение истории развития болезненного или проблемного состояния. психолого-биографическое уравнение личностной жизни и личностного осмысления жизни клиента, пациента подразумевает исследование жизни клиента, пациента по узловым, системным точкам на культуральном, семейном (родительская, собственная семья) уровнях. Решение системы двойного уравнения основано на: синхроническом сопоставлении истории жизни и истории развития клинической проблемы или психологической проблемы; формулировании схемы развития болезненного или проблемного состояния; верификации, согласовании данной схемы с клиентом, пациентом; доказательном внедрении решенной схемы, системы двойного уравнения в сознание пациента, клиента, используя все доступные механизмы психотерапии.

Е. ИДП описывает психотерапевтический процесс как интегративный структурный диалог, направленный на реализацию системного запроса пациента, клиента на психотерапию. Системный запрос на психотерапию отражает историю формирования ограничивающей жизнедеятельность и снижающей качество жизни болезненного или проблемного состояния и определяющие актуальное болезненное или проблемное состояние механизмы био-психо-социального уровня. Системный запрос на психотерапию обладает сложно-иерархической структурой и проявляется, как правило, парциально, в форме последовательно предъявляемых актуальных, текущих запросов. Психотерапевтический процесс реализуется на двух сопряженных и взаимодополняющих уровнях: 1) на основе проработки результатов системной диагностики состояния и проблем пациента, клиента; 2) как последовательная проработка актуализированных текущих запросов пациента, клиента, в ходе развертывания и проработки иерархического системного запроса.

Психотерапевтический процесс осуществляется в форме: 1) диалога на уровне отработки обратных связей в цикле сеанса психотерапии, включая: а) структурную системную оценку исходного и текущего состояния с вычленением терапевтической динамики на принципах диагностики в ИДП; б) работу по психотерапевтической реализации системного запроса на психотерапию пациента, клиента, построенную на последовательных раскрытии и проработке актуальных текущих запросов и ограничений

пациента; г) выстраивание и диалогическую проработку сценария реализации текущего и системного запроса, с разрешением текущих и системных ограничений; д) интегрирующей оценке состояния; 2) диалога в формате гипнотерапии, включающего: а) гипнотизацию (включая подготовку); б) гипнотерапию; в) дегипнотизацию; г) интегрирующую оценку состояния; 3) диалога на уровне отработки обратных связей в цикле курса психотерапии; 4) итоговой диалогической оценке эффективности психотерапии.

Ж. Структурный диалог с индивидуумом как носителем массового сознания; с личностью – персоной на: а) сознательном; б) бессознательном уровнях; телесный диалог на уровнях: а) проявления; б) восприятия; в) осмысления телесного опыта; внутренний диалог терапевта с выработкой и удержанием метапозиции в целях эффективности и экологичности психотерапии.

Методический инструментарий ИДП. Интегративная системная каузальная диагностика, построение стыковочного сценария терапии и психотерапии, проведение психотерапии на основе реализации стыковочного сценария психотерапии и совокупного разрешения проблематики системного запроса на психотерапию с проработкой актуальных текущих запросов.

Методы интегративно-диалоговой психотерапии:

А. Когнитивно-ориентированная, каузальная интегративно-диалоговая психотерапия (ИДП), основанная на выявлении сопряженных с расстройствами и проблемами сценарных, когнитивных ошибок, искажений, ограничений пациента, клиента, сопряженных с ощущениями, переживаниями, жизненными событиями. Идентификация их пациентом, формирование методов копинга и тренинг копинга в индивидуальном и групповом форматах.

Б. Поведенчески ориентированная ИДП, включая поведенческий тренинг навыков копинга симптомов и стереотипов и соответствующие домашние задания индивидуальном и групповом форматах.

В. Интегративно-диалоговая гипнотерапия (ИДГ) в форматах универсальной и проективной гипнотерапии. В формате гипнотерапии методический диалог использует: универсальную гипнотерапию: а) групповой формат; б) индивидуальный формат (в вариантах гетерогипноза и самогипноза); проективную гипнотерапию в вариантах: а) когнитивно-поведенческую гипнотерапию в вариантах копинга: невротического опыта; травматического опыта; опыта аддикций (химических, нехимических); б) символически-образную проективную гипнотерапию; диалоговую гипнотерапию с построением семантического пространства (открытая, закрытая формы) основанную на экзистенциально ориентированном рассказывании историй (преимущественно в групповом формате) в целях личностного роста: а) при образовательном процессе; б) как дополнение к символически-образной проективной гипнотерапии, в целях преодоления терапевтических тупиков.

ИДП реализует психотерапию в трехчастной форме начала, проведения, завершения психотерапии

Теоретические основы включают: теории медицины, физиологии и патофизиологии, нейрофизиологии, биологии, психиатрии; психотерапии (непротиворечивые базовые положения): психодинамические; когнитивно-бихевиоральные; экзистенциальные (идеи экзистенциальности в структуре копинга реальности); частные теории культурологии, этологии, феноменологии; общие теории психологии; теории психологии личности, включая культурно-историческую, деятельностьную теорию; теория

биосоциальной популяционной регуляции поведения индивидуума; структурно-динамическую, трехкомпонентную теорию психотерапии; интегративную теорию гипноза и гипнотерапии; подход и критерии оценки эффективности психотерапии в клинической пограничной психотерапии.

Применение, показания к применению ИДП предназначена для применения в клинической и психологической областях. В клинической области ее применение совпадает с областью применения современной психотерапии, включая пограничную психиатрию, различные аддикции, терапию, неврологию, дерматологию и др. В психологической области применение ИДП ограничено решением психологических проблем клиентов, настроенных на психотерапию.

Практические результаты Эффективность ИДП в клинической области сопоставима с эффективностью любых иных форм психотерапии. В психологической области ИДП позволяет клиентам успешно решать разнообразные жизненные проблемы.

Интегративно-диалоговая психотерапия

1.1. Введение

Интегративно-диалоговая психотерапия (ИДП) признана методом психотерапии в ППЛ в 2007 году, однако история ее развития насчитывает более четверти века. ИДП характеризуется двумя значимыми положениями. Во-первых, она является самостоятельным направлением в областях клинической и психологической психотерапии. Во-вторых, ИДП опирается на новое целостное теоретическое понимание феноменов психотерапии, гипноза и гипнотерапии.

Материалы данной главы содержат сведения о трех авторских модальностях психотерапии, получивших в 2006-2007 годах признание в ОППЛ: 1) интегративно-диалоговой гипнотерапии (ИДГ); 2) проективной гипнотерапии (ПГ); 3) интегративно-диалоговой психотерапии (ИДП). Объединение материалов в единую главу проведено автором в силу того, что данные модальности обладают системной общностью и соотносятся как части единого целого.

1.2 Определение ИДП

Интегративно-диалоговая гипнотерапия (ИДП) является клинической по своим первоосновам формой психотерапии, распространяется на психологическую область применения. Она построена на структурном понимании процесса психотерапии как психотерапевтической коммуникации – многомерного диалога психотерапевта и пациента, осуществляемого вербальными, невербальными коммуникативными средствами в целях психотерапии. Основными психотерапевтическими методами в ИДП являются: каузально ориентированная интегративная психотерапия, в которой на принципах многомерного терапевтического диалога осуществлена интеграция методов современной клинической психотерапии, личностно ориентированной психотерапии, когнитивно-поведенческой психотерапии (общие положения и ряд методических подходов и приемов), современной гипнотерапии.

1.3. Теоретические основы ИДГ. Описание психотерапевтического процесса в ИДГ

Теоретической основой ИДГ как метода психотерапии является трехкомпонентная, интеракционная, структурно-динамическая теория психотерапии (Тукаев Р.Д. 2003, 2004, 2007). Рассмотрим ее основные положения.

1.3.1. Положение 1. Наличие социальной, психологической, биологической составляющих природы человека предопределяют наличие социально-психологической, психологической, биологической составляющих психотерапии, определяющих закономерности и механизмы психотерапевтического процесса.

1.3.1.1. Социально-психологическая составляющая психотерапевтического процесса

Первоосновой социально-психологической составляющей психотерапии является Модель Болезни и Терапии (МБТ), представляющая, в свою очередь, системный блок Модели мироустройства (ММ) массового сознания. МБТ (Тукаев Р.Д.Б 2003, 2004, 2007) массового сознания определяется нами как совокупность представлений людей о причинах болезней и их лечении. МБТ является системным блоком ММ массового сознания (системы массовидных представлений людей об окружающем мире, обществе, человеке и его жизни).

По результатам наших исследований МБТ массового сознания понимается нами как исторически развивающаяся иерархическая система, структура которой в опосредованной, скрытой форме хранит информацию предшествующих этапов и подвержена социально обусловленной и индивидуальной динамике (Тукаев Р.Д.Б 2003, 2004, 2007). По данным экспериментальных исследований, структура современной МБТ представлена тремя слоями-уровнями. Ее первый, "ядерный" слой-уровень образован магической терапией, включающей три подуровня: древнейший - терапии магическим перемещением в пространстве; следующий - мануальной магической терапии; "внешний" подуровень вербально-символической магической терапии. Второй слой-уровень сформирован традиционной, "внешней" и "внутренней" терапией. Третий слой-уровень МБТ включает современную консервативную, радикальную терапию и терапию психическими средствами.

Функционирование МБТ определяется активностью высшего, современного слоя-уровня. Возможны три варианта динамики "модели болезни и терапии".

Первый вариант - прогрессивной динамики МБТ, которая возможна в социально стабильном обществе и обеспечивается утилизацией массовым сознанием современных рациональных научных парадигм, включая медицинские, которые образуют современный высший слой-уровень ММ, включающий новый, высший уровень "модели болезни и терапии". Данный слой-уровень, берет на себя системообразующие функции, интегрируя и трансформируя функции нижележащих слоев-уровней.

Второй вариант - регрессивной динамики МБТ. При несоответствии высшего слоя-уровня МБТ результативности медицинской помощи на индивидуальном уровне, либо несоответствии условий социальной жизни нормативам "внешнего" уровня ММ, происходит инактивация системы, ее регрессивная динамика, с переходом системообразующих функций к нижележащим уровням, с неизбежной актуализацией предшествующих архаических ее черт.

Третий вариант - реактивационной динамики МБТ. При позитивном исходе индивидуальной терапии, равно как и при разрешении социального кризиса происходит восстановление функции исходно "внешнего" уровня МБТ, дезактивированного предшествующей регрессивной динамикой.

Все системы терапии, от наиболее ранних, архаических, до различных систем современной психотерапии, основаны на современной им МБТ массового сознания. При наличии неких расхождений психотерапевтической системы с МБТ, они преодолеваются с помощью стыковочного сценария, заполняющего существующие между ними семантические, логические разрывы.

Анализ истории психотерапии истекшего 20 столетия убедительно свидетельствует о том, что ее развитие и динамика МБТ массового сознания представляют единый диалектический процесс с прямыми и обратными связями. Историческая, социально обусловленная динамика массового сознания и МБТ определяют развитие психотерапии, тогда как теоретические положения психотерапевтической системы, целостно сформулировавшей и предложившей решение актуальных экзистенциальных проблем, включаются в общественную идеологию, прорастая в массовое сознание. Социальный кризис, стагнация, посредством регресса ММ и системного блока последней - МБТ, неизбежно ведут к архаической трансформации психотерапевтической практики, наряду с упрочением ее положения среди терапевтических методов, раскрывая, таким образом, связь психотерапии с МБТ, проявляя структуру и динамику последней.

Следует заключить, что актуальная МБТ массового сознания играет роль своеобразного "языка" общения пациента и психотерапевта. Соответствие представлений пациента и врача о болезни и ее лечении ведет к установлению психотерапевтического контакта, с последующим включением иных, индивидуально-психологических и биологических механизмов психотерапии. Степень же содержательного соответствия

МБТ реально происходящим в пациенте психологическим и биологическим изменениям не имеет решающего значения.

МБТ массового сознания и индивидуума - исторически развивающаяся иерархическая система, в скрытой форме сохраняющая предшествующую информацию и подверженная социально обусловленной и индивидуальной динамике в прогрессивном, регрессивном, реактивационном вариантах.

1.3.1.2. Психологическая составляющая психотерапевтического процесса

Психологическая составляющая психотерапевтического процесса образована коммуникативно-межличностным и интрапсихическим компонентами. Интрапсихический компонент рассмотрен в контексте системы психологических защит личности - спонтанного гомеостатичного онтогенетического иерархического механизма, включающего защиты от ранне-примитивных, типологических, до сложно-индивидуализированных, личностных и обладающей регрессивной, реактивационной, прогрессивной динамиками. Функционирования механизмов психологических защит любого уровня иерархии, нормального, патологического основано на единых законах интрапсихического дистанцирования психогений.

1.3.1.3. Биологическая составляющая психотерапевтического процесса

Биологическая составляющая психотерапии наиболее вероятными предполагает механизмы психического саногенного эустресса и психомодуляции.

1.3.2. Положение 2. Психотерапевтический процесс основан на психологической комплексной коммуникативной интеракции и осуществляется на двух сопряженных уровнях: социально-психологической, культуральной интеракции; межличностной интеракции.

Психотерапевтическая интеракция на социально-психологическом уровне использует стыковочный сценарий, сопрягающий теоретико-методический инструментарий психотерапии с актуальной МБТ пациента, клиента. Доверительное принятие пациентом психотерапии на основе трансляции ее смысловой структуры на язык МБТ, ММ при посредстве стыковочного сценария – основное, стратегическое условие включения психобиологических механизмов психотерапии. Уровень межличностной интеракции пациента, клиента с психотерапевтом есть тактически необходимое дополнение социально-психологической интеракции.

1.3.3. Положение 3. Осуществляемая в ходе психотерапевтического процесса комплексная психологическая интеракция генерирует и поддерживает сложнейшие психологические и биологические реакции индивидуума на психотерапевтическое воздействие, включающие интрапсихические саногенные механизмы и комплекс организменных механизмов (биологических, нейрофизиологических, нейрогормональных и т.д.).

Наш анализ психотерапии на интрапсихическом уровне выделяет механизмы реактивации, формирования системы психологических защит личности, либо их комбинацию.

Мы полагаем, что на уровне биологической составляющей в ходе психотерапии осуществляется преимущественная саногенно-стрессовая оптимизация нарушенных биологических показателей по реактивационным механизмам.

1.3.4. Следствия структурно-динамической теории психотерапии.

Согласно положению 2 основной психотерапевтического процесса признана комплексная психологическая коммуникативная интеракция, которую правомерно определить как многоуровневый диалог между пациентом, клиентом и психотерапевтом. Мы предлагаем новое понимание психотерапевтической коммуникации как многомерного диалога (внутриличностного, межличностного и культурального, вербального и невербального), которое обладает, по нашему мнению, эвристической значимостью, позволяя сформировать новый взгляд на понимание психотерапевтического процесса.

В коммуникативном диалоге в ИДП выделены два базовых уровня, два набора коммуникативных средств и три области диалога.

Коммуникативный диалог осуществляется на трех базовых уровнях: социо-культуральном, индивидуально-межличностном, внутриличностном. В коммуникативном диалоге неизбежно используются вербальные и невербальные средства.

Коммуникативный диалог является основой формирования человеческой психики, мышления и личности. Индивидуальная психика и мышление формируются на основе интериоризации ребенком коммуникативного диалога с взрослым. Мы полагаем, что психическому функционированию взрослого индивидуума свойственны диалогические черты, обретшие характер внутреннего, во многом неосознаваемого диалога. Поэтому коммуникативный диалог двух лиц, пациента и психотерапевта, правомерно рассматривать как тройной диалог, идущий одновременно в трех областях: области межличностной коммуникации; области внутреннего диалога пациента, области внутреннего диалога терапевта.

1.4. Понятие психотерапевтического процесса в ИДП

Процесс коммуникации в психотерапии по определению (поскольку это психотерапия) протекает целенаправленно, меняя итоговое состояние пациента, клиента, разрешая актуальные проблемы, что и преобразует его в психотерапевтический процесс. В современной психотерапии существуют различные определения психотерапевтического процесса, его целей, задач, результатов.

Психотерапевтический процесс в ИДП определяется как совокупность двух базисных составляющих: терапевтического семантического пространства и терапевтического векторного процесса.

Терапевтическое пространство имеет непроявленную семантическую конфигурацию, раскрывающуюся в ходе психотерапии. Конфигурация психотерапевтического семантического пространства определяется системой двойных ограничений, включающих ограничения пациента и терапевта. Терапевтическое семантическое пространство со стороны пациента, клиента исходно ограничено по социально-культуральным, психологическим, организменным параметрам. Со стороны терапевта семантическое терапевтическое пространство так же ограничено по социально-культуральным, психологическим, организменным параметрам к которым присоединяются ограничения профессиональные, основанные на используемом психотерапевтическом подходе.

Векторный психотерапевтический процесс реализуется диалогической деятельностью терапевта и пациента, клиента, нацеленной на терапевтическую цель – результат психотерапии.

Составляющие векторного психотерапевтического процесса: 1) системный иерархический запрос пациента, клиента на психотерапию, проявляющийся актуализированными текущими запросами, формирующийся исторически и отражающий природу и механизмы болезненного или проблемного состояния; 2) мотивационная активность пациента, клиента культурально, личностно обусловленная; 3) мотивационная активность терапевта культурально, личностно, профессионально обусловленная; 4)

диалогическая конгруэнтность мотивационных активностей пациента клиента и терапевта.

1.5. Структура психотерапевтического процесса в ИДП

Поскольку психотерапевтический процесс в ИДП описывается как имеющий векторный, направленный характер, реализуемый в форме сложного коммуникативного диалога, его реализация носит фазный, этапный характер, укладываясь в структуру трех основных фаз: 1) заключения контракта на психотерапию в комплексе с психотерапевтической диагностикой; 2) процесс психотерапии; 3) завершение психотерапии с оценкой ее эффективности.

Контракт на психотерапию заключается на основе: культурального и межличностного диагностического диалога; определения мишеней, целей, задач психотерапии; определения возможных результатов психотерапии.

1.6. Диагностика в ИДП

Психотерапевтическая диагностика неизбежно опирается на теоретические представления о природе человека, причинах и особенностях его проблем и расстройств, подходах к психотерапии данных проблем и расстройств. Все вышесказанное полностью относится и к ИДП. Однако, учитывая сжатый формат изложения, данные теоретические материалы будут кратко изложены в диагностическом разделе.

В современной психотерапии существуют различные подходы к диагностике, которые можно сгруппировать, выделив: внутримодальную диагностику; комбинированную (например, внутримодальную и клиническую) диагностику, клиническую диагностику, диагностику запроса на психотерапию.

Диагностическая процедура может быть выделена и отнесена к началу психотерапии, что более характерно для клинических форм психотерапии, либо распределена по всему объему психотерапии.

Кроме того, диагностическая процедура может быть каузально, либо этологически ориентированной. Каузально ориентированная диагностика направлена на исследование и разрешение причин проблемного или болезненного состояния. Этологически ориентированная диагностика нацелена на исследование и исправление внешних проявлений проблемного или болезненного состояния.

Диагностическое исследование в ИДП отталкивается от запроса пациента, клиента на психотерапию, исходно оно ориентировано на клинический диапазон, на выявление клинического расстройства, при отсутствии такового переходит в психологическую область. Диагностика в ИДП имеет системный каузальный характер, включает клинический и психологический диапазоны диагностического исследования, основана на решении двойной системной диагностической задачи.

Первой в системе двойной диагностической задачи является задача диагностики клинической, или психологической проблемы клиента, пациента. Ее решение включает: 1) детальный сбор предъявляемых клинических жалоб, либо проблем и их систематизацию, классификацию на клиническом, психологическом уровнях; 2) изучение хронологии развития болезненного или проблемного состояния.

Подчеркнем приоритетность клинической, диагностической классификации болезненного, проблемного состояния на основе актуальной классификации болезней. Наличие клинически классифицируемого расстройства не исключает анализа психологических проблем, равно как и отсутствие клинически выраженных расстройств, не останавливает диагностического процесса.

Второй в системе двойной диагностической задачи является психолого-биографическая диагностическая задача личностной жизни и личностного осмысления

жизни пациента, клиента. Его решение сводится к исследованию жизни клиента, пациента по узловым, системным точкам на биосоциальном, культуральном, семейном (сопоставляется родительская и собственная семья) уровнях.

Жизнь человека в ИДП рассматривается в парадигме жизненного цикла, состоящего из ряда циклически взаимосвязанных жизненных фаз: детства, юности, взрослой семейной жизни (с подфазами двухпоколенной, трехпоколенной семьи), старости. Жизненный цикл человека осмысливается как протекающий на двух взаимосвязанных уровнях: биосоциальном и социально-психологическом.

При диагностическом исследовании психолого-биографического уровня мы исходим из положения о наличии у каждого человека уникального двухуровневого жизненного сценария, включающего биосоциальный и социально-психологический сценарий его жизни.

Биосоциальный сценарий жизни во многом генетически детерминирован и включает фазы биосоциального роста, созревания, формирования половой идентичности, вступления в устойчивые социально-иерархические отношения, вступления в устойчивые половые отношения, реализацию семейно-родительского поведения, участие в системе иерархических социально-родственных отношений. Поведение человека на биосоциальном уровне регулируется едиными для человека и животных биосоциальными популяционными механизмами и закономерностями.

Нарушение закономерной фазности протекания жизненного цикла, развертывания биосоциального сценария жизни расценивается в ИДГ как сценарный конфликт первого, глубинного порядка, ведущий к проявлению проблем потенциального пациента, клиента на клиническом, либо психологическом уровнях. Конфликт первого порядка может быть преодолен, разрешен только при преодолении задержек и ограничений развития жизненного цикла индивидуума на биосоциальном уровне, либо их заместительной компенсацией (например, когда отсутствие собственных детей компенсируется появлением приемных, либо непосредственным участием в воспитании иных детей).

Социально-психологический сценарий жизни индивидуума формируется на основе индивидуального опыта периода взросления, социализации, преимущественно в детстве (особенно значимо раннее детство), на основе усвоения опыта жизни ближайшего социального окружения во взаимодействии с ним. Наиболее частой сценарной моделью становится жизнь родительской семьи. Социально-психологический сценарий жизни чаще всего соответствует ключевым фазам и процессам биосоциального сценария жизни, но может отличаться от первого как произвольной протяженностью отдельных фаз, так и отсутствием, либо инверсией какой-либо из фаз жизненного цикла.

Социально-психологический сценарий жизни индивидуума характеризуется следующими особенностями.

Во-первых, он историчен, и для каждого человека уникален.

Во-вторых, социально-психологический сценарий жизни принимается индивидуумом в процессе жизненного становления, на этапе формирования личности.

В-третьих, социально-психологический сценарий принимается индивидуумом в рамках первичной аутоидентификации.

Следует выделить три основных варианта принятия социально-психологического сценария жизни индивидуумом: прямое, инверсированное и комбинированное. Прямое принятие сценария жизни ведет к его целостному воспроизведению, с неизбежными различиями в деталях, обусловленными парными и иными социальными взаимодействиями, историческими изменениями социально-культурального фона. Инверсированное принятие сценария жизни ведет к его целостному воспроизведению в инверсированном формате. Примером инверсированного сценария может служить появление «праведных» трезвенников в социально деградированных алкогольных семьях. Следует отметить, что реализация принятого инверсивно сценария жизни требует от индивидуума постоянных внутриличностного напряжения и активности, необходимых

для текущей постоянной негативной инверсии исходного социально-психологического сценария в актуальной жизненной ситуации. Комбинированный вариант принятия социально-психологического сценария жизни предполагает избирательное сочетание первого и второго вариантов, на основе противоречивого сочетания, прямого и инверсированного принятия индивидуумом окружающей его в период личностного становления микросоциальной среды.

Очевидно, что прямой и инверсированный варианты принятия социально-психологического сценария жизни в изолированном виде встречаются достаточно редко, чаще имеет место их комбинация. Однако в случае доминирования прямого принятия либо инверсии индивидуумом социально-психологического сценария жизни следует практически оценивать подобный сценарий как прямой, или инверсированный.

Разумеется, социально-культуральное взаимодействие обуславливают сходство жизни и, следовательно, сходство частных социально-психологических сценариев, позволяя проводить их типологизацию. Однако в ИДГ предполагается изучение формирования уникального социально-психологического сценария жизни данного пациента, клиента, а не попытка его типологизации, с отнесением к заранее выделенным типам сценариев (как это делается, например, в транзактном анализе). Поэтому диагностическое исследование социально-психологического сценария предполагает сопоставления истории социальной (чаще семейной) жизни окружения индивидуума периода его становления и истории его собственной жизни, на основе которого и делается вывод об особенностях социально-психологического сценария, позитивной, негативной, комбинированной его реализации.

Социально-психологический сценарий может содержать в себе конфликты второго порядка (конфликты первого порядка отнесены к биосоциальному сценарию), воспроизведение которых в жизни индивидуума может привести к развитию болезненного либо проблемного состояния, адресуемых психотерапии. К конфликтам второго порядка отнесены: внутрисценарные, межсценарные, сценарно-микросоциальные конфликты.

Внутрисценарные конфликты второго порядка определяются противоречиями актуальных мотиваций, установок, сценарных предписаний, исходно содержащихся в прямо принятом, либо инверсированном, комбинированном сценарии. Межсценарные конфликты определяются несоответствием актуальных сценарных предписаний вторичного социально-психологического сценария фазам реализации первичного биосоциального сценария. Неадаптивный характер социально-психологического сценария, либо изменения микросоциальной среды могут привести к разрыву сценарно-микросоциальных конфликтов. Любые конфликты второго порядка в конечном итоге приводят к сценарно-микросоциальным конфликтам, чреватые развитием болезненных расстройств психогенного, психосоматического, соматического уровня.

Разрешение внутрисценарных конфликтов второго порядка основано на психотерапевтическом устранении, разрешении противоречий, рассогласований в области актуальных мотиваций, установок, сценарных предписаний. Следует отметить, что разрешение внутрисценарных конфликтов исходно является весьма сложной проблемой для психотерапии, усугубляющейся при раннем сроке их формирования.

Межсценарные конфликты второго порядка, неизбежно приводят к конфликтам первого порядка, описанным ранее. Их разрешение возможно лишь в случае изменения социально-психологического жизненного сценария пациента, клиента, открывающего возможность разрешения конфликта первого порядка с реализацией биосоциального сценария жизни, либо его заместительной компенсацией.

Сценарно-микросоциальные конфликты второго порядка могут быть разрешены, либо компенсированы на основе 1) приведения жизненной ситуации к соответствию со сценарием за счет: а) изменения жизненных обстоятельств; б) изменения интерпретации жизненных обстоятельств; в) сочетания а) и б). 2) модификации жизненного сценария (возможной в ряде случаев).

Следует отметить как широкую вариативность конфликтов второго порядка, так и существенно большие возможности разрешения и компенсации конфликтов второго порядка, в сравнении с таковыми для биосоциальных конфликтов первого порядка.

Понятие аутоидентификации близко категории самооценки личности, выражает соотнесение себя с определенными индивидуумами и социальными группами с признанием близости, сходства, тождества. Следует, вероятно, различать первичную и текущую аутоидентификацию личности. Первичная аутоидентификация близка к первичной самооценке, формируется в раннем детстве, на основе взаимоотношений индивидуума с микросоциальным окружением. Текущая аутоидентификация многомерна, адаптивно изменчива, несет в себе телесные, временные, социальные (микросоциальные, профессиональные) характеристики.

Первичная аутоидентификация проявляется в соотнесении себя с лицом, лицами из раннего микросоциального окружения и может быть реализована в прямой, инверсированной, либо комбинированной форме. Прямая аутоидентификация основана на признании индивидуумом своей близости, сходства, тождества с лицом (лицами) из раннего микросоциального окружения. Инверсированная аутоидентификация строится на противопоставлении индивидуумом себя лицу (лицам) из раннего микросоциального окружения. Комбинированная строится на сочетании прямой и инверсированной аутоидентификации. Разумеется, на практике чаще встречаются варианты смешанные варианты, однако при явном преобладании той или иной формы аутоидентификации следует определять один из первых двух вариантов. Базовым для первичной аутоидентификации признаком является соответствие по полу, однако, при отсутствии лиц своего пола в микросоциальной группе, может быть реализован вариант первичной аутоидентификации с лицом противоположного пола.

Первичная аутоидентификация служит основой для формирования позиции, в которой реализуется социально-психологический сценарий индивидуума.

Итак, диагностическое исследование в ИДП в области двухуровневого жизненного сценария предполагает выявление конфликтов биосоциального и социально-психологического уровней, - конфликтов первого и второго порядка, оценку возможностей и путей их компенсации.

В целом, диагностическая задача в ИДП сводится к решению системной двухуровневой диагностической задачи и доказательства ее пациенту, клиенту. Решение системной двухуровневой диагностической задачи основано на:

- 1) синхроническом сопоставлении истории жизни в формате реализации двухуровневого сценария жизни и истории развития клинической проблемы или психологической проблемы;
- 2) формулировании сводной схемы развития болезненного или проблемного состояния;
- 3) верификации, согласовании данной схемы с клиентом, пациентом;
- 4) доказательном внедрении решенной схемы, системной двухуровневой диагностической задачи в сознание пациента, клиента, в приемлемых для него форме и объеме, используя все доступные механизмы психотерапии.

1.7. Процесс психотерапии в ИДП

ИДП описывает психотерапевтический процесс как интегративный структурный диалог, направленный на реализацию *системного запроса* пациента, клиента на психотерапию.

Системный запрос на психотерапию отражает историю формирования ограничивающего жизнедеятельность и снижающего качество жизни болезненного или проблемного состояния и определяющие актуальное

болезненное или проблемное состояние механизмы био-психо-социального уровня. *Системный запрос индивидуума на психотерапию обладает сложной иерархической структурой и проявляется, как правило, парциально, в форме последовательно предъявляемых актуализированных текущих запросов.*

Психотерапевтический процесс реализуется на двух сопряженных и взаимодополняющих уровнях: 1) на основе проработки результатов системной диагностики состояния и проблем пациента, клиента; 2) как последовательная проработка актуализированных текущих запросов пациента, клиента, в ходе развертывания и проработки иерархического системного запроса.

Психотерапевтический процесс в ИДП осуществляется в форме:

1) диалога на уровне отработки обратных связей в цикле сеанса психотерапии, включая: а) структурную системную оценку исходного и текущего состояния с вычленением терапевтической динамики на принципах диагностики в ИДП; б) работу по психотерапевтической реализации системного запроса на психотерапию пациента, клиента, построенную на последовательных раскрытии и проработке актуальных текущих запросов и ограничений пациента; г) выстраивание и диалогическую проработку сценария реализации текущего и системного запроса, с разрешением текущих и системных ограничений; д) интегрирующей оценке состояния;

2) диалога в формате гипнотерапии, включающего: а) гипнотизацию (включая подготовку); б) гипнотерапию; в) дегипнотизацию; г) интегрирующую оценку состояния

3) диалог на уровне отработки обратных связей в цикле курса психотерапии:

4) итоговой диалогической оценке эффективности психотерапии.

Психотерапевтический процесс в ИДП строится как структурный диалог с индивидуумом как носителем массового сознания; с личностью – персоной на: а) сознательном; б) бессознательном уровнях; телесный диалог на уровнях: а) проявления; б) восприятия; в) осмысления телесного опыта; внутренний диалог терапевта с выработкой и удержанием метапозиции в целях эффективности и экологичности психотерапии.

1.8. Методический инструментарий ИДП

Психотерапия в рамках ИДП включает интегративную системную каузальную диагностику, построение стыковочного сценария психотерапии, проведение психотерапии на основе реализации стыковочного сценария психотерапии и совокупного разрешения проблематики системного запроса на психотерапию с проработкой актуальных текущих запросов.

ИДП исторически начала развиваться как метод гипнотерапии и лишь значительно позже стала позиционироваться как направление в психотерапии, поэтому методы ИДП акцентируются на области современной гипнотерапии, не ограничиваясь ею. Поэтому, предваряя изложение описания феномена гипноза и методов гипнотерапии в ИДП, кратко

перечислим те методы психотерапии, которые входят в исходный перечень методов интегративно-диалоговой психотерапии (ИДП).

1. Когнитивно-ориентированная, каузальная ИДП, основанная на выявлении сопряженных с расстройствами и проблемами сценарных, когнитивных ошибок, искажений, ограничений пациента, клиента, сопряженных с ощущениями, переживаниями, жизненными событиями. Идентификация их пациентом, формирование методов копинга и тренинг копинга в индивидуальном и групповом форматах.

2. Поведенчески ориентированная ИДП, включая поведенческий тренинг навыков копинга симптомов и стереотипов и соответствующие домашние задания в индивидуальном и групповом форматах.

1.9. Завершение психотерапии с оценкой ее эффективности.

Описывая завершение психотерапии следует отметить, что ИДП относится к процессуально-ориентированным методам интегративной психотерапии, описывающим психотерапию с позиции поэтапно реализующегося психотерапевтического процесса. Поскольку сам ход психотерапии определяется двумя участвующими сторонами, их взаимодействием определяется и ее завершение.

Возможны два основных варианта завершения психотерапии: прекращение; результативное завершение.

Разумеется, психотерапия может быть прекращена на любом этапе, по инициативе любой из сторон, в ситуации несогласования пониманий пациентом (клиентом) и терапевтом ее целей, задач, получаемых результатов. Учитывая невозможность полного учета причин прекращения психотерапии, само обстоятельство должно учитываться в обязательном порядке при оценке эффективности любой психотерапии.

Результативное завершение психотерапии в клинической и психологической области предполагает: 1) собственно диалогическое завершение психотерапии; 2) формулирование и представление психотерапевтом проспективных рекомендаций с последующим их диалогическим обсуждением.

Диалогическое завершение психотерапии предполагает завершенность предшествующих фаз психотерапевтического процесса (а именно, заключения контракта на психотерапию в комплексе с психотерапевтической диагностикой, процесса психотерапии) и ведет к получению спектра терапевтических результатов, подлежащих оценке.

В ИДП вопрос о завершении психотерапии ставится терапевтом, или пациентом, клиентом на основе этапной оценки динамики состояния пациента, клиента в свете достижения целей психотерапии, решенных ею задач в клинической или психологической области, что и подлежит итоговому совместному оценочному обсуждению. В настоящее время в ИДП методически проработаны вопросы завершения психотерапии и оценки ее эффективности в клинической области, созданы системно-нормативный

подход к критериям оценки эффективности психотерапии и системные клинические критерии оценки эффективности психотерапии невротических, связанных со стрессом и невротоподобных расстройств (Тукаев Р.Д.Б 2003, 2004, 2007). В психологической области возможна оценка только степени полноты реализации системного запроса на психотерапию.

Помимо совместной оценки проделанной работы и достигнутых результатов психотерапии, представляется значимым формулирование, представление психотерапевтом проспективных рекомендаций и последующее их диалогическое обсуждение, направленные на предотвращение возобновления клинических или психологических проблем пациента. клиента. В проспективных рекомендациях следует выделить констатирующую и собственно проспективно-рекомендательную части. Констатирующая часть рекомендаций основана на кратком изложении психотерапевтом итоговых результатов предшествующих этапов психотерапии, с опорой в изложении на активность пациента, клиента в достижении данных результатов. Проспективно-рекомендательная часть рекомендаций является логическим развитием первой части, в ней в обобщенной форме излагаются условия, препятствующие возобновлению исходной клинической, либо психологической проблемы, подлежащие диалогическому обсуждению и адекватному принятию пациентом, клиентом.

2. Теоретические основы и методы ИДГ

2.1. Феномен гипноза и механизмы гипнотерапии в ИДГ

Понимание феномена гипноза и механизмов гипнотерапии в ИДГ базируется на разработанной нами интегративной теории гипноза (Тукаев Р.Д., 1996, 2006).

2.1.1. Интегративная теория гипноза и гипнотерапии; основные положения

Интегративная теория гипноза и гипнотерапии разрабатывается нами с 80-х годов 20 века, ее основные положения были сформулированы к 1996 году (Тукаев Р.Д., 1996). В основу данной теории положены длительные и разносторонние системные исследования зрительной феноменологии гипноза и спонтанной гипнотической ноцицепции, биологических и психологических эффектов гипнотерапии. Интегративная теория гипноза и гипнотерапии отражена в ряде публикаций и получила признание российских психотерапевтов и психиатров.

Базовые положения интегративной теории гипноза и гипнотерапии.

1. Гипнотическое состояние развивается у человека в первичной (общей для человека и животных), либо вторично-символической, использующей коммуникативные средства, гипногенной ситуации. Гипногенная ситуация характеризуется невозможностью принятия решения, и/или его реализации в филогенетически древней, двигательной форме. В развитии гипнотического состояния задействованы: а) “шоковые” паттерновые механизмы ограничения чрезмерной активации мозга на оценку гипногенной ситуации (в

которой принятие решения и (или) его двигательная реализация невозможны); б) механизмы ограничения внешней сенсорно- распределительной активации мозга, при сохраняющейся потребности поддержания определенного уровня активации одного - слухового, - либо нескольких анализаторов.

Оба механизма развития гипнотического состояния определяются качественной перестройкой активирующей системы мозга, переходящей с режима регуляции процесса активации внешней сенсорной импульсацией на режим генерации активации мозга. Активационные возможности активирующей системы мозга при этом существенно возрастают. “Шоковые” паттерновые механизмы гипнотизации с большей вероятностью приводят к сомнамбулическому гипнозу.

2. Сомнамбулизм - III ст. гипноза - является физиологическим состоянием, сопоставимым с бодрствованием и сном, тогда как I, II ст. характеризуют переходный процесс от состояния бодрствования к сомнамбулическому, отражая его стадии.

Активационные возможности мозга во II, III ст. гипноза различны. Во II ст. состояние подкорковых звеньев активирующей системы характеризуется повышенной генеративной активностью ретикулярной формации (РФ) ствола мозга, заднего гипоталамуса, неспецифических и ассоциативных ядер таламуса. В ответ на сенсорно-зрительное внушение во II ст. гипноза происходит изолированная, часто неполная активация центральных отделов анализаторов.

Генеративно-активационные возможности мозга в III ст. гипноза максимальны и достигают уровня активации бодрствования. При этом состояние подкорковых звеньев активирующей системы характеризуется повышенной генеративной активностью РФ ствола мозга, заднего гипоталамуса в сочетании со снижением активности ассоциативных и неспецифических ядер таламуса. В сомнамбулическом состоянии возможна целенаправленная, целостная активация интегративно-анализирующей системы мозга.

3. В процессе развития гипнотического состояния в левом полушарии у правой происходит переход на правополушарный режим функционирования по инверсивным механизмам, обратным формированию функциональной специализации полушарий в онтогенезе, с перестройкой работы всего мозга по правостороннему принципу.

Переключение левого полушария и всего мозга с инвариантного на неинвариантный режим функционирования обусловлено переключением активирующей системы с регуляции процесса активации внешней сенсорной импульсацией на генерацию активации мозга.

4. Функциональный регресс мозговой деятельности в гипнозе к уровню препубертата охватывает физиологический и психической уровни.

Развитие гипнотического состояния приводит к общему функциональному регрессу психической деятельности гипнотика, включая механизмы памяти, мышления, речи, эмоционально-волевой сферы, воображения, представления, восприятия; не оказывая прямого влияния на психические константы, образующие личность.

Общим следствием функционального психологического регресса становится повышение гибкости, адаптивности, способности к прямому, избирательному усвоению информации, эмоций, состояний, поведенческих паттернов, что традиционно описывается как гипнотическая внушаемость.

Функциональный регресс механизмов мышления способствует доминированию конкретно-образного мышления.

Следствием функционального регресса психической деятельности гипнотика является актуализация мыслительных механизмов инфантильной, атрибутивной проекции в восприятии собственного гипнотического состояния, гипнотической реальности (совокупности ощущений, восприятий, переживаний гипнотика). Степень проективности восприятия в гипнозе существенно выше таковой в бодрствовании. Гипнотическая реальность становится проекцией личности, все элементы которой являются проявлениями личности и ее ситуации.

5. Переход в гипнотическое состояние, гипнотизация с реализацией гипногенной ситуации порождает гипногенный стресс, запускаемый двумя механизмами. Первым, экзогенным механизмом, является оценка значимости субъектом гипногенной ситуации. Возрастание значимости гипногенной ситуации приводит к параллельному повышению гипнабельности, глубины гипноза и к повышению интенсивности развивающегося гипногенного стресса. Второй, эндогенный, нейрогенный механизм гипногенного стресса основан на запуске стресс-реакции функциональной перестройкой в самой активирующей системе и коре головного мозга, происходящей в момент развития гипнотического состояния. Его стрессогенность также усиливается по мере углубления гипнотического состояния.

Таким образом, переход человека в гипнотическое состояние порождает гипногенный стресс.

6. Курс гипнотерапии есть процесс адаптации к коротким гипнотически-стрессорным воздействиям. Гипногенный стресс является преимущественно эндогенным процессом, с умеренно высокой общей интенсивностью стресс-реакции. Адаптационный субстрат гипногенного стресса - вся нервная система в совокупности ее взаимосвязей с организмом. Компоненты стрессорной реадaptации и перекрестной резистентности интегрируются, адаптационным компонентом гипногенного стресса с их трансформацией в реадaptационный процесс.

Стрессовая природа гипноза ограничивает его терапевтическое использование: 1) при чрезмерной интенсивности гипногенного стресса возможен переход из звена реадaptации в звено дезадаптивного патогенеза; 2) неограниченно длительная гипнотерапия способна снизить и истощить адаптационные ресурсы организма.

Гипнотерапии свойственны первичные и вторичные биологические эффекты.

К первичным биологическим эффектам гипнотерапии относятся: нейрогормональные; нейромедиаторные влияния. Вторичные опосредованные биологические эффекты гипнотерапии включают: иммунологические эффекты; детоксикационные эффекты; активация белкового обмена; активация обмена билирубина; активация обмена холестерина; динамическое влияние на кинетику метаболизма тяжелых металлов.

7. Динамика реадaptивного гипногенного процесса определяется восстановлением реципрокных соотношений симпатотонической и ваготонической регуляции в рамках двойной реципрокной иннервации и происходит на основе считывания хранящихся в долговременной памяти информационных матриц нормального и патологического устойчивого состояний организма и связующего их процесса дезадаптации.

Реадaptационный процесс развивается, опираясь на обратное считывание дезадаптационной информационной матрицы.

8. Гипноз и гипнотерапия характеризуются явлением спонтанной ноцицепции. Гипнотерапия стрессогенно активизирует нейрофизиологические механизмы саморегуляции патологического процесса.

При острых патологических, процессах гипнотерапия одновременно стимулирует саморегуляцию, санацию и анальгезию патологического очага.

При хронических патологических процессах гипнотерапия первоначально переводит патологический очаг из хронического в острое состояние, а затем запускает процессы санации и анальгезии патологического очага по механизмам, близким к таковым для острых патологических процессов.

9. Биологически-стрессовое действие гипнотерапии активизирует механизмы интрапсихической саморегуляции, понимаемых нами в рамках структуры и функционирования системы психологических защит личности (СПЗЛ) (Тукаев Р.Д., 2003, 2006, 2007).

Спонтанные интрапсихические механизмы эффективной гипнотерапии при обратимом блокировании (при неврозах и стрессовых расстройствах) и дефицитарности

СПЗЛ (при органических заболеваниях мозга) различны. В зависимости от исходной структуры СПЗЛ гипнотерапия активирует механизмы реактивации, либо механизмы формирования СПЗЛ.

Верификация интегративной теории гипноза по данным нейрофизиологических исследований

Разработанная нами интегративная теория гипноза в своей нейрофизиологической части подлежит сопоставлению с современными данными изучения гипноза нейрофизиологическими методами, прежде всего электроэнцефалографическим. Учитывая интерпретативные возможности метода, полученная теоретическая модель гипноза должна иметь три ЭЭГ коррелята.

Активационный ЭЭГ коррелят, отражающий активацию активирующей системы мозга, проявится усилением высокочастотной ритмики в $\beta 2$ диапазоне (от 25Гц и выше), что показано при ЭЭГ исследованиях гипноза (DePascalis V., Penna P.M., 1990, DePascalis V., Carboni G. 1997, Edmonston W.E.Jr., Moskovitz H.C., 1990). Активация мозга в гипнозе двусторонне повысит мозговой кровоток, что так же установлено (Meyer H.K., 1989).

Коррелят перестройки левого полушария по правостороннему принципу проявится исчезновением межполушарной функциональной асимметрии, что подтверждено при ЭЭГ исследованиях в гипнозе (Crawford H.J et al., 1983, 1993). И, наконец, исследованиями выделена роль левого полушария в развитие гипноза (Jasiukaitis P. et al., 1997).

Третий ЭЭГ коррелят регрессивной онтогенетической инверсии функционирования мозга следует искать в инверсии возрастной генерализации локализованных для бодрствования основных ритмов биоэлектрической активности мозга в гипнозе – что также было выявлено исследованиями (Crawford H.J et al., 1996, 2000)].

Данные исследования функции мозга в гипнозе методами нейровизуализации так же указывают на более сложные перестройки и активацию левого полушария в гипнозе (Rainville P., 1999, 2002, Wik G., 1999).

Следствия интегративной теории гипноза

Интегративная теория гипноза имеет несколько важных следствий.

Следствие 1 (важнейшее). Гипнотическое состояние не является ноль-феноменом, а обладает мощным и универсальным биологическим действием, лежащим в основе терапевтической эффективности гипнотерапии. Данное следствие определяет диапазон клинической применимости гипнотерапии как предельно широкий. Мы убеждены в том, что он значительно шире используемого в современной гипнотерапевтической практике. Теоретически использование гипнотерапии оправдано во всех случаях, когда гипногенное подключение реадaptационных ресурсов организма и психики может улучшить состояние пациента. Сомнительна целесообразность применения гипнотерапии в случаях острых ургентных состояний, особо опасных инфекций, острых психозов. Во всех остальных случаях применение гипнотерапии будет ограничиваться не ее биологическим, физиологическим, психологическим терапевтическими потенциалами, а ограничениями представлений о диапазоне применимости гипнотерапии врачей различных специальностей, самих гипнотерапевтов и пациентов. Единственным объективным критерием применимости гипнотерапии в том или ином конкретном случае является ее результативность.

Следствие 2. Терапевтическая эффективность гипнотерапии ограничена наличием и величиной реадaptационных ресурсов организма и психики индивидуума. Для современной гипнотерапии, да и психотерапии в целом, аксиоматично представление о том, что “правильная” терапия определяет “правильный”, т.е., эффективный результат. Если гипноз и, соответственно, гипнотерапия есть “ноль-феномены”, заполняемые

технологическим содержанием терапии, то данное представление абсолютно верно. Однако мы полагаем доказанной ошибочность данного представления. Поэтому “правильная” гипнотерапия при отсутствии у пациента реадaptационных ресурсов всех уровней, станет неэффективной. С другой стороны, и клинически и психологически “неправильная” гипнотерапия при наличии достаточных реадaptационных ресурсов пациента может оказаться безуспешной. “Правильность” гипнотерапии – важная, но не единственная составляющая успеха лечения.

Следствие 3. Эффективность клинической гипнотерапии должна резко снижаться в случаях, когда она применяется на фоне приема фармакологических препаратов, выключающих, ослабляющих реадaptационные ресурсы организма. Ослабления или отсутствия эффекта гипнотерапии следует ожидать в случаях длительного применения пациентами гормональных препаратов (надпочечникового, гипофизарного профиля, возможно и иных), а также применения тех психофармакологических препаратов, которые блокируют, или существенно ослабляют развитие реакции эустресса на уровне церебральных ее механизмов.

Следствие 4. Традиционное для современной гипнотерапии признание основной эффективной гипнотерапии межличностного транса спорно, поскольку оно предполагает стрессорное дезадаптирующее действие гипноза на терапевта и порождает вопросы о возможности групповой гипнотерапии.

Следствие 5. Признание сомнамбулического гипноза состоянием, рядоположенным бодрствованию и сну ведет к пониманию гипнотерапии как психотерапии в состоянии транса. Анализ современной мировой гипнотерапии указывает, что основные психотерапевтические подходы: психоаналитический, когнитивно-поведенческий, экзистенциальный и их комбинации реализованы в ее практике. Современная гипнотерапия, не является отдельной модальностью, а представляет совокупность многих методов, модальностей психотерапии - психотерапевтический подход. В настоящее время для гипнотерапии характерно использование недирективных приемов и методов.

Следствие 6. Наличие у гипнотерапии не только вербально-суггестивного, но и мощного биологического механизма терапевтического действия повышает значимость групповой гипнотерапии, открывая путь к современным научным и методическим исследованиям в данной области.

Следствие 7. Отсутствие убедительных научных доказательств различия состояний гипноза, медитации, релаксационных состояний, позволяет оценивать природу их действия на человеческие психику и организм как тождественную, с позиции интегративной теории гипноза и гипнотерапии.

2.2. Методы ИДГ

ИДГ как оригинальный метод психотерапии активно развивается. К настоящему времени в его развитии выделились два базовых направления: универсальная гипнотерапия и проективная гипнотерапия.

Метод универсальной гипнотерапии в свою очередь включает:

- 1) групповой формат;
- 2) индивидуальный формат (в вариантах гетерогипноза и самогипноза).

Метод проективной гипнотерапии включает:

- 1) символически-образную проективную гипнотерапию;
- 2) когнитивно-поведенческую гипнотерапию в вариантах копинга:

невротического опыта; травматического опыта; опыта аддикций (химических, нехимических);

3) диалоговую гипнотерапию с построением семантического пространства (открытая, закрытая формы) основанную на экзистенциально ориентированном рассказывании историй (преимущественно в групповом формате) в целях личностного роста: а) при образовательном процессе; б) как дополнение к символически-образной проективной гипнотерапии, в целях преодоления терапевтических тупиков.

2.2.1. Метод универсальной гипнотерапии

Метод универсальной гипнотерапии первоначально разрабатывался как клинический, предназначенный для психотерапии невротических, постстрессовых, неврозоподобных расстройств (Тукаев Р.Д., 1996, 2006). Значительно позже он стал применяться в образовательном процессе и в психологически ориентированной психотерапии, где также хорошо себя зарекомендовал. Области применения универсальной гипнотерапии расширяются, например, к настоящему времени описано весьма успешное применение универсальной гипнотерапии в акушерстве для комплексной терапии невынашивания беременности (Турченко Н.М., 2006). Учитывая эффективность, методичность, воспроизводимость, следует ожидать дальнейшее его распространение.

Предпосылки индивидуальной формы универсальной гипнотерапии

Индивидуальная форма клинической гипнотерапии обладает наибольшей гибкостью, возможностями лучшей адаптации к личностным и организменным особенностям и потребностям пациента, имеет минимальные ограничения в использовании всего арсенала гипнотерапевтических техник. На основе собственного клинического опыта и осмысления опыта других гипнотерапевтов мы пришли к пониманию того обстоятельства, что высказываемые адептами различных направлений современной гипнотерапии методические и технические предпочтения и отрицания, разрешения и запреты носят, по сути, идеологический характер и являются сценарными построениями. Если же отказаться от подобных идеологических шор, то ограничения индивидуальной формы клинической гипнотерапии определяются:

- 1) пределом технических возможностей гипнотерапевта;
- 2) овладением гипнотерапевтом клиническим и психологическим подходами к психотерапии, основанным на знании этиопатогенеза и клиники курируемых заболеваний, психологических проблем клиентов;
- 3) ограничениями, накладываемыми на использование той или иной техники гипнотерапии пациентом исходя из его МБТ и модели решения проблем;
- 4) способностью гипнотерапевта сгенерировать эффективный стыковочный сценарий проводимой гипнотерапии;

5) оценкой пациентом текущих результатов гипнотерапии, на основе объективной динамики состояния и собственных предписаний.

Кроме того, как и любая форма индивидуальной психотерапии, индивидуальная гипнотерапия исключает механизмы групповой динамики. И, наконец, она заметно ограничивает поток пациентов психотерапевта, а при коммерческой психотерапии – повышает стоимость лечения.

Предпосылки групповой формы универсальной гипнотерапии

Групповая гипнотерапия, позволяя улучшить количественные и экономические показатели, неизбежно становится более унифицированной.

По мнению Л. Шертока (1992) групповая гипнотерапия – малорезультативна, в силу низкой гипнабельности пациентов в группе, опоре на директивность в сочетании с элементами поддержки и убеждения, ограничений возможностей индивидуализации работы.

С учетом наличия у гипнотерапии собственных биологических и психологических саногенных механизмов, порождаемых гипногенным стрессом, групповая гипнотерапия становится эффективной при выполнении следующих условий: 1) использования коммуникативного диалога; 2) эффективная гипнотизация; 3) повышение роли структурированного сценария гипнотерапии; 4) стимуляция суггестией индивидуально-личностной активности пациента в процессе гипнотерапии; 5) соответствие суггестий групповому характеру терапии.

Групповая гипнотерапия может проводиться в открытой и закрытой группах. В обоих случаях значительно возрастают требования к предъявлению стыковочного сценария психотерапии.

Гипнотерапия в закрытой группе с четко определенным сроком начала работы предъявляет высокие требования к стыковочному сценарию предстоящей психотерапии. Стыковочный сценарий предъявляется в начале терапии, в нем необходимо отразить: 1) структуру предстоящей терапии, ее этапы; 2) содержание каждого отдельного этапа; 3) понятийный аппарат психотерапевтической методики; 4) семантическую связь с актуальной “моделью болезни и терапии”.

Групповая гипнотерапия в открытой группе отличается доступностью пациенту опыта прохождения психотерапии пациентов с более ранними сроками начала лечения и положительной динамики состояния, постигаемого ими в процессе взаимного общения (до, после сеансов гипнотерапии). Такое коммуникативное взаимодействие пациентов устойчиво воспроизводит постижение ими сценария разворачивающегося психотерапевтического процесса, воспринимаемого как своего рода традиция, ведет к созданию положительной терапевтической перспективы. Данное обстоятельство облегчает задачи гипнотерапевта по предъявлению стыковочного сценария психотерапии. Тем не менее, он должен те же элементы, что и сценарий гипнотерапии в закрытой группе, предъявляемые как перед терапией, так и проясняемые в ходе ее реализации.

Групповая гипнотерапия требует обязательного сочетания с психотерапией в бодрствовании. Проведение психотерапии в бодрствовании предполагает: 1) изучение клиники заболевания, личности, психогенеза (при его наличии); 2) диагностическую работу по осознанию пациентом механизмов развития болезненного или проблемного состояния, поиску и реализации путей его преодоления; 3) создание психотерапевтической перспективы - “пути”, - по мере продвижения по которому будет происходить редукция, излечение заболевания.

Психотерапию в бодрствовании мы рассматриваем как основу гипносуггестии, которая, в свою очередь, на глубинно-личностном уровне будет реализовывать те же цели, облегчая сознательное овладение пациентом психологической реальности.

Структура и семантическое наполнение универсальной гипнотерапии в клиническом формате

Гипнотерапия будет рассмотрена в двух аспектах. С одной стороны - как совокупность отдельных частей, элементов - сеансов гипнотерапии. С другой стороны, на макроуровне - как составная часть общего процесса клинической психотерапии на примере психогений и невротоподобных состояний.

Универсальная гипнотерапия имеет безусловную клиническую направленность, однако с успехом применяется при психологически ориентированной ИДГ, как сопровождающий, модулирующий фактор консультативно-диагностического процесса.

В универсальной гипнотерапии групповой формат является наиболее сложным, комплексным, развернутым, а индивидуальный является несколько более свернутым, редуцированным. Поэтому дальнейшее изложение построено на описании группового формата универсальной гипнотерапии, тогда как индивидуальный будет проясняться в комментариях по ходу изложения.

Структура универсальной гипнотерапии в групповом формате

Гипнотерапия понимается нами как системный блок целостного психотерапевтического процесса, который обязательно должен содержать и иные формы терапии (индивидуальную, групповую и др.). Представляя системный блок, гипнотерапия способствует решению основных, “сквозных”, задач психотерапии, определяемых клиническим и психологическим содержанием состояния пациента, используя присущие ей технические формы и средства. Напомним, что к числу этапных задач, реализуемых в ИДГ, в том числе и в гипнотерапии, относятся следующие: 1) заключения контракта на психотерапию в комплексе с психотерапевтической диагностикой; 2) процесс психотерапии; 3) завершение психотерапии с оценкой ее эффективности.

Поскольку заключение контракта и диагностический этап в ИДГ описан нами ранее, перейдем к формулированию задач второго этапа – собственно психотерапии в приложении к методу универсальной гипнотерапии. К ним относятся следующие задачи.

1. Формирование части стыковочного сценария, относящегося к гипнотерапии, заполняющего существующие между формой и содержанием гипнотерапии и “моделью болезни и терапии” пациента семантические, логические разрывы. Стыковочный сценарий предъядвляется в начале терапии, в нем необходимо отразить: 1) структуру предстоящей гипнотизации и гипнотерапии, этапы последней (при их наличии); 2) содержание каждого отдельного этапа; 3) понятийный аппарат гипнотерапии; 4) семантическую связь с актуальной “моделью болезни и терапии”.

2. Формирование сценария собственно психотерапевтического процесса (определяемого клинико-психологическими особенностями пациентов) в части гипнотерапии на основе: 1) прояснения его психотерапевтом; 2) коммуникативного взаимодействия пациентов в открытой группе, когда усвоение сценария развертывающегося психотерапевтического процесса основано на восприятии пациентами положительной динамики предшественников, создающей своего рода традицию положительной терапевтической перспективы; 3) коммуникативного взаимодействия пациентов в закрытой группе, способствующего усвоению сценария развертывающегося психотерапевтического процесса за счет опережающей положительной динамики у части из них, создающей положительную терапевтическую перспективу для остальных. Эффективность и направленность коммуникативного взаимодействия пациентов повышается при опосредовании гипнотерапевтом.

Оба сценария гипнотерапии, стыковочный и гипнотерапевтический, тесно взаимосвязаны и служат единой цели - успешности проводимого лечения. Однако первый предъядвляется в самом начале терапии, тогда как работа над усвоением пациентом второго осуществляется на протяжении всего лечения.

Структура сеанса универсальной гипнотерапии

Гипнотерапия в формальном отношении состоит из последовательного курса гипнотерапевтических сеансов. Ее продолжительность определяется динамикой психотерапевтического процесса - производной от решаемых целей, задач, динамики состояния пациента. Каждый сеанс гипнотерапии в своей структуре содержит пять последовательно реализуемых этапов: подготовку к сеансу гипнотерапии, гипнотизацию; собственно гипнотерапию, дегипнотизацию, комплексную оценку состояния пациента в процессе проведенного сеанса гипнотерапии и период от предыдущего сеанса и от начала лечения. Далее проведено последовательное изложение материалов сеанса гипнотерапии, исключая этап гипнотерапии, поскольку он рассматривается в отдельной главе.

Подготовка к сеансу универсальной гипнотерапии

Подготовка к сеансу групповой гипнотерапии зачастую выпадает из поля зрения психотерапевта, тогда как ее проведение существенно влияет на эффективность последующих этапов. Высокозначима подготовка к первому сеансу групповой гипнотерапии, поскольку на него ложится основная информационная нагрузка по предъядвлению стыковочного сценария в

области структуры, этапов, понятий предстоящей гипнотерапии, ее связи с “моделью болезни и терапии” пациента.

В универсальной гипнотерапии подготовка к первому сеансу в закрытой группе, либо при индивидуальной терапии четко структурирована и проводится одномоментно на первом сеансе гипнотерапии. Подготовка к последующим сеансам сосредоточивает пациента на качественном проведении предстоящего сеанса гипнотерапии, реализации намеченных ощущений, состояний, переживаний, настраивает его на будущую позитивную динамику состояния в гипнозе и вне него.

Подготовка к первому сеансу универсальной гипнотерапии в открытой группе усложняется и проводится циклично при поступлении каждого нового пациента, совмещаясь для повторно пришедших пациентов с подготовкой к очередному сеансу гипнотерапии. Поэтому часть подготовки, включающую предъявление стыковочного сценария в области структуры, этапов, понятий предстоящей гипнотерапии, ее связи с “моделью болезни и терапии” пациента, следует провести индивидуально, на этапе заключения контракта и диагностики. Разъяснение понятий и процедуры предстоящей гипнотизации совмещается с подготовкой повторных пациентов к очередному сеансу гипнотерапии (тождественной повторной подготовке к последующим сеансам в закрытой группе). Такое построение подготовки к первому сеансу гипнотерапии в открытой группе повышает эффективность первой гипнотизации и терапии в целом.

Подготовка к сеансу универсальной групповой гипнотерапии включает, таким образом, два компонента: 1) быстро ритуализирующуюся в процессе лечения настройку пациента на переход в гипнотическое состояние; 2) актуализацию каждым пациентом индивидуально значимых задач достижения определенных ощущений, состояний, переживаний. Этап подготовки к сеансу групповой гипнотерапии существует объективно, поскольку отражает характер суммарного взаимодействия психотерапевта и пациента, пациентов в процессе гипнотерапии. Психотерапевт может достаточно полно реализовывать данный этап интуитивно. Однако известная осознанность действий психотерапевта желательна, поскольку она сказывается на конечной эффективности психотерапии.

Гипнотизация

Гипнотизация является узловым моментом гипнотерапии. Успешность первой гипнотизации служит основанием последующей гипнотерапии. К настоящему времени разработано большое число методов гипнотизации, основанных преимущественно на вербальных и сочетанных техниках.

Следует учесть, что исходя из “модели” массового сознания, большинством людей гипноз понимается как сон, в котором внешний мир не воспринимается. Осознание гипнотизируемым продолжающегося восприятия внешнего мира после введения его в гипнотическое состояние может быть расценено им как отсутствие такового и приведет к выходу из гипноза.

Причем в качестве аргумента продолжающегося восприятия внешнего мира используется наличие раппорта, когда гипнотизируемый слышит голос психотерапевта. Еще одним приобретением массового сознания является представление о превращении гипнотизируемого в автомат, безусловно, выполняющий “приказы” гипнотизера. Случаи, когда реализация гипнотического внушения не носит буквального характера, также часто расцениваются гипнотизируемыми как отсутствие гипнотического состояния, что ведет к выходу из гипноза, либо затруднению последующей гипнотерапии. Поэтому важно при реализации стыковочного сценария гипнотизации подчеркнуть, что гипноз не является сном, что гипнотизируемый может слышать голос психотерапевта, что для эффективности гипнотерапии достаточно реализации части внушений психотерапевта.

Нами разработан и запатентован высокоэффективный способ гипнотизации, перехода в состояние транса, аутогенного погружения, медитации [] (129) основанный на структурном понимании гипнотизации как элементе гипнотерапии - составной части целостного психотерапевтического процесса.

Особенностями данного способа гипнотизации является то, что: 1) перед гипнотизацией пациенту сообщается сценарий гипнотизации и гипнотерапии; 2) пациент в ходе гипнотизации активно сосредотачивается на желании войти в гипнотическое состояние.

Предварительно пациенту сообщают о последовательности приемов и ощущениях, которые могут возникнуть при введении в состояние гипноза, затем, после сосредоточения на желании войти в гипнотическое состояние, пациент поднимает руку и ему внушают самопроизвольное опускание руки и одновременный переход в состояние гипноза.

Пациент находится в удобном положении сидя или лежа. Ему описывают всю последовательность действий, которые он должен выполнить и ощущения, которые могут у него возникнуть в процессе погружения. Форма сообщения может быть следующей: “Сейчас мы с вами войдем в гипнотическое состояние. Главное условие перехода в гипноз - наличие желания перейти в него, а мотивацией для этого является успешная терапия. Существует три режима работы мозга: режим бодрствования, режим сна, режим особых состояний сознания. К последнему режиму относятся состояния гипноза, транса, медитации. По большому счету все режимы устроены одинаково, состоят из одних и тех же элементарных механизмов работы мозга и организма – как из кирпичиков. Различия же сна и бодрствования, например, связаны с тем, что отдельные механизмы по-разному между собой связаны. Этих отдельных механизмов огромное множество, человек не может контролировать, регулировать их произвольными, сознательными усилиями. Поэтому все режимы работы мозга действуют автоматически. Такое устройство организма позволяет просто бодрствовать, спать, засыпать и просыпаться. Однако, простота эта – кажущаяся, за ней стоит сложнейшая, высокоавтоматизированная работа

мозга и организма. При случайных сбоях в работе организма во сне и в бодрствовании, этот сбой автоматически воспроизводится, хотя в принципе, он мог бы быть исправлен. Вот здесь то и появляется различие между сном, бодрствованием с одной стороны и гипнозом с другой. Гипнотический режим является наиболее простым, примитивным из трех, полуавтоматическим. Именно поэтому человек не может находиться в нем постоянно, но благодаря полуавтоматичности в гипнозе появляется уникальная возможность произвольного выправления того, что нарушено, здоровая настройка организма. Вот почему гипноз и используется для лечения.

Вы сосредоточитесь на своем желании войти в гипноз, будете удерживать это желание, эту мысль: “Я хочу войти в гипноз” - у себя в голове, послушаете ощущения собственного тела и по мере готовности к переходу - поднимете любую руку. Я подойду к вам, прикоснусь к руке, ее будет тянуть вниз и рука начнет опускаться непроизвольно, без ваших активных, осознанных усилий. Если вы будете опускать руку сами, произвольно, то перехода в гипноз не произойдет. Чем ниже будет опускаться рука, тем глубже вы будете уходить, погружаться в состояние гипноза. При соприкосновении руки с поверхностью, переход в состояние гипноза будет завершен. Гипнотическое состояние - не сон - находясь в нем, вы будете слышать мою речь. Для эффекта лечения достаточно появления у вас части тех ощущений, о которых я буду говорить”.

Затем предлагают пациенту сосредоточиться на желании перейти в состояние гипноза и на ощущениях собственного тела, закрыть глаза. Конкретная форма внушения может быть следующей: “Расслабили мышцы рук, ног, туловища, шеи, лица. Дышим ровно, спокойно. Настраиваемся на переход в состояние гипноза и, по мере готовности поднимаем руку, любую, которую вам удобно...”. Пациент, либо один из пациентов при групповом сеансе поднимает руку. Психотерапевт подходит и говорит: ” ... Все внимание - на желании войти в состояние гипноза”. Психотерапевт прикасается к руке пациента, продолжая внушение: “Руку начинает тянуть вниз... Рука начинает движение... Ниже идет рука, тянет руку вниз. Отдельные, сливающиеся в одно, движения руки... С каждым движением руки меняются ощущения тела, тело становится все более далеким, отчужденным... Ниже идет рука. В момент соприкосновения руки с поверхностью переход в состояние гипноза будет завершен... Рука опускается и застывает”. Рука пациента опускается и застывает.

Во внушении движения руки крайне важно уловить характерные особенности реализующегося движения, моментально включая их в продолжающееся внушение. При этом, начиная с обобщенного внушения движения с начала его реализации, психотерапевт переходит на описание во внушении конкретных деталей реализуемого движения (например, кисти, пальцев), устанавливая, таким образом, обратную связь с гипнотизируемым. Данный прием резко повышает эффективность гипнотизации, форсирует внушенное движение руки. После успешной реализации гипнотизируемым

начала движения руки психотерапевт вновь переходит к обобщенному внушению, акцентируя завершение перехода в гипноз завершением движения руки, соприкосновением с поверхностью.

Преимуществами разработанного нами метода гипнотизации являются: высокая эффективность, универсальность методики, сохраняющей обратную связь с гипнотизируемым не только при индивидуальной, но и при групповой гипнотизации. Обратная связь с гипнотизируемым устанавливается по характеру движения и положению руки. Гипнотизируемый, независимо от индивидуальной, либо групповой гипнотизации, в достаточно широком диапазоне сам определяет момент начала гипнотизации, ее длительность и окончание в задаваемых психотерапевтом временных рамках. Универсальность методики определяется ее применимостью, как при индивидуальной, так и при групповой гипнотизации в группе до 30-40 человек. Независимо от формы работы, сохраняется индивидуализация перехода в гипнотическое состояние, сохраняются обратные связи с гипнотизируемыми. Разработанная методика является универсальной еще и потому, что она с успехом может применяться для перехода в состояния, аутогенного погружения, медитации. Для подобной трансформации методики достаточно заменить словосочетание “переход в гипноз” на “переход в состояние аутогенного погружения”, “переход в медитацию”. Применение описанной выше методики позволяет вводить в гипнотическое состояние более 95% пациентов, обратившихся к психотерапевту без предварительного отбора.

Дегипнотизация

Дегипнотизация традиционно воспринимается как самый простой в техническом отношении этап сеанса групповой гипнотерапии. Однако, будучи действительно технически достаточно простой, она весьма ответственна, поскольку качественный выход пациентов из гипнотического состояния определяет итоговую эффективность заверченного сеанса гипнотерапии. Оптимальная дегипнотизация строится на учете следующих параметров: индивидуальной скорости выхода пациентов из гипнотического состояния, определяемой их конституциональными и функциональными психобиологическими особенностями; полноты, завершенности выхода из гипноза. Быстрая, по сути насильственная дегипнотизация пациента с замедленным, в силу различных причин, темпом выхода из гипнотического состояния может вызвать ряд неприятных субъективных ощущений: головокружение, слабость, сердцебиение, чувство тревоги, обусловив появление настороженного, а в некоторых случаях негативного отношения к гипнотерапии.

При проведении гипнотерапии в больших группах (свыше 10-15 чел.) и особенно при дистантной гипнотерапии (с помощью средств коммуникации), когда обратная связь гипнотизируемого с психотерапевтом ослабевает, либо полностью отсутствует, возрастает опасность неполной, незавершенной

дегипнотизации. В случаях незавершенной дегипнотизации в больших группах у пациента, не вышедшего из гипнотического состояния может развиваться состояние тревоги, паники, на которое психотерапевт обратит внимание, и завершит вывод из гипнотического состояния. Однако подобный инцидент для пациента с высокой вероятностью обернется состоянием выраженного вегетативного дискомфорта с головокружением, слабостью, сердцебиением, чувством тревоги, колебаниями артериального давления. Наиболее опасны случаи неполной дегипнотизации при отсутствии обратной связи с гипнотизируемым, подвергающие гипнотизируемых жесточайшему психическому стрессу с высокой вероятностью психотического исхода или серьезной соматической декомпенсации. Негативные последствия неполной дегипнотизации при отсутствии обратной связи с гипнотизируемыми (и, более широко, подвергающимися любому интенсивному психологическому воздействию) широко известны, поскольку имели место в недавнем прошлом. В целом, мы полагаем, что проведение гипнотерапии и ее аналогов при отсутствии непосредственной обратной связи с гипнотизируемыми недопустимо.

Дегипнотизация в ИДГ строится на основе принципа диалоговой обратной связи и основана на возвратном подъеме опускавшейся при гипнотизации руки вверх. Дегипнотизация выстраивается как активный процесс, контролируемый пациентом, клиентом и сопрягается с постгипнотическим внушением хорошего самочувствия и сценарным внушением последовательного улучшения состояния, волевых ресурсов, самоконтроля в процессе гипнотерапии. Приводим текст дегипнотизации: “А теперь завершаете работу в сеансе гипнотерапии и настраиваетесь на выход из гипнотического состояния. Хорошо, глубоко отдохнули. По выходе из гипнотического состояния тело станет легким, свежим, отдохнувшим, голова ясной, легкой, настроение – хорошим, повышенным. Хорошо, глубоко отдохнули. С каждым днем, с каждым сеансом настроение самочувствие улучшаются. С каждым днем и сеансом ваша воля к выздоровлению – крепче, действеннее, сильнее. (Последние две фразы в закрытой группе и при индивидуальной гипнотерапии используются начиная с 3-4 сеанса, с опорой на уже имеющееся улучшение состояния). Выходим из гипнотического состояния на возвратном движении руки вверх. Рука, ранее опускавшаяся теперь начинает всплывать, подниматься, возвращаться в исходное состояние. Чем выше поднимается рука. Тем больше выходите из гипнотического состояния. Там, где рука поднялась, полный выход из гипнотического состояния – завершен.”

Комплексная оценка состояния пациента в процессе и по результатам проведенного сеанса и сеансов групповой гипнотерапии

Завершающим этапом сеанса универсальной групповой гипнотерапии является комплексная оценка состояния пациента по выходе из гипнотического состояния. Мы полагаем такую оценку чрезвычайно важной,

поскольку она создает эффект своеобразного “психотерапевтического зеркала” как при индивидуальной, так и в особенности при групповой гипнотерапии.

Комплексная оценка состояния пациента включает: 1) определение глубины гипнотического состояния; 2) выявление особенностей реализации внушенных и спонтанных сенсорных ощущений: базовых - температурных (оппонентных тепла, холода), проприоцептивных (оппонентных легкости, тяжести-скованности), наличия и локализации ноцицептивных ощущений; определяемых методикой гипнотерапии “методических”, иных - зрительных, слуховых, тактильных и др.; 3) выявление особенностей реализации внушенных и спонтанных психологических состояний, переживаний; 4) интегрированную оценку глубины гипнотического состояния, особенностей внушенных и спонтанных базовых и “методических” ощущений и состояний, с выделением значимых для пациента и нацеливанием его на работу с данными ощущениями и состояниями на последующих сеансах; 5) сравнительную оценку состояния во время сеанса гипнотерапии в сравнении с состоянием на предшествующем сеансе; 6) сравнительную оценку состояния пациента до, после сеанса гипнотерапии; 7) сравнительную оценку динамики состояния в процессе проводимого лечения, с акцентированием показателей улучшения состояния, нацеливанием пациента на решение значимых с позиции всего процесса психотерапии задач. Пункты 1-3 не интерпретируются пациенту, тогда как пункты 4-7 интерпретируются и обсуждаются совместно с пациентом.

При групповой гипнотерапии опрос пациента проводится в присутствии остальных участников сеанса, причем всех просят внимательно слушать ответы каждого. Комплексная оценка состояния пациента может осуществляться двояко: в форме опроса по принципу “выборки с выбыванием”; в форме опроса “всех перед всеми”. При опросе по принципу “выборки с выбыванием” опрошенный пациент покидает помещение. При опросе “всех перед всеми” все пациенты выслушивают ответы друг друга. Последняя форма опроса предпочтительнее, поскольку она способствует более интенсивному включению терапевтических механизмов, близких к механизмам групповой динамики (Карвасарский 1990).

Итак, комплексная оценка состояния пациента - важный этап сеанса гипнотерапии и значимый компонент психотерапевтического процесса в целом. При всех формах гипнотерапии (индивидуальной, в закрытой и открытой группах) она во многом определяет формирование сценария психотерапевтического процесса на основе прояснения его психотерапевтом, коммуникативного взаимодействия пациентов в группе. Именно комплексная оценка состояния пациента реализует эффект “психотерапевтического зеркала”, а при гипнотерапии в группе - множественных “психотерапевтических зеркал”, в которых пациент начинает “видеть” и воплощать собственную терапевтическую перспективу.

Суггестивные компоненты в структуре универсальной групповой гипнотерапии

Гипнотерапию при развившемся у пациента гипнотическом состоянии принято сводить к словесным внушениям психотерапевта в гипнозе, тогда как она, будучи составной частью психотерапевтического процесса, основана на гипнотическом взаимодействии психотерапевта и пациента, в котором вербальная суггестия является важным, но не единственным компонентом.

Гипнотическое взаимодействие врача и пациента

Гипнотическое взаимодействие врача и пациента включает гипнотическое поведение психотерапевта и пациента. На пациента оказывает воздействие не только словесное внушение, темп, экспрессивность, эмоциональность речи, но и его поза, местоположение при перемещениях, прикосновения к пациенту. В свою очередь пациент в гипнотическом состоянии отнюдь не пассивен даже внешне. При всей внешней неподвижности у него сохраняются эмоциональные, мимические ответные реакции, меняется дыхание, окраска кожных покровов, могут возникать общие двигательные реакции, которые должны постоянно отслеживаться, интерпретироваться психотерапевтом в соотношении с характером проводимого воздействия, внушения, с последующей ответной реакцией на изменение поведения гипнотизируемого. После завершения сеанса гипнотерапии психотерапевту следует при опросе оценить правильность своих интерпретаций и действий и при необходимости провести в дальнейшем их коррекцию.

Пациент в гипнотическом состоянии внутренне активен, и психотерапевту желательно побуждать и использовать эту активность в целях лечения, опираясь на нее в ходе реализации внушений, прямо обращаясь к пациенту, пациентам с просьбой сосредоточиться на каком-либо конкретном ощущении, переживании, состоянии. Эффективность диалогической гипнотерапии существенно превышает эффективность гипнотерапии монологической. Проводя групповой гипнотический сеанс, психотерапевту необходимо постоянно удерживать в памяти каждого пациента в совокупности его клинических, личностных особенностей, динамики состояния, чтобы иметь возможность индивидуализировать гипнотерапевтическое воздействие.

Словесное внушение

Гипнотерапия всегда опирается на словесные внушения. Напомним, что психотерапевтический процесс понимается нами на основе взаимодействия с “моделью болезни и терапии” пациента. Мы полагаем, что в идеале в случаях директивно-ориентированной “модели болезни и терапии” пациента, действия психотерапевта, включая словесные внушения должны

носить директивный характер, а в иных случаях - недирективный. Наибольшая гибкость достижима при индивидуальной гипнотерапии, тогда как групповая гипнотерапия ограничивает свободу вербальной гипнотической коммуникации, приближая ее, по сути, к определенному гипнотическому тексту.

Словесное внушение в групповом варианте ИДГ

Мы считаем, что словесное внушение при групповой гипнотерапии должно представлять собой целостный текст, состоящий из связанных между собой отдельных блоков внушений, где реализация нового блока обуславливается действием реализованного предшествующего. Такое обуславливание в ИДГ может прямо декларироваться, либо подразумеваться. Для соединения блоков внушений могут быть использованы связки типа: “благодаря “А” - “Б””; “и теперь, когда “А” - “Б” и др. Не следует стремиться к излишней конкретизации внушений, при построении внушений желательно использовать оптимально-обобщенные понятия, обладающие свойством нивелировать различия индивидуального восприятия их пациентами.

В универсальной гипнотерапии выделяются словесные внушения, направленные на: создание седативного, либо активирующего эмоционального фона, позитивных чувств; активацию механизмов психологических защит.

В практике отечественной гипнотерапии большое внимание уделялось симптоматическим внушениям, рассчитанные на снятие конкретного проявления болезни. Однако такой “лобовой” путь воздействия при психогениях далеко не самый эффективный. Симптоматические внушения в универсальной гипнотерапии нами практически не используются. Создание эмоционального фона, седативного – в первой половине сеанса, активирующего – при его завершении, может продуцироваться не столько конкретными словами фразами, сколько темпом речи, ее интонациями и тембром. Седативный эмоциональный фон внушения создается более медленным темпом речи, с низким тембром, понижающимися к концу фраз интонациями. Активирующий эмоциональный фон внушения создается ускорением темпа речи, повышением ее тембра, повышающимися к концу фраз интонациями. В своей практике групповой гипнотерапии мы используем прямые мотивированные внушения чувств уверенности и спокойствия: “Благодаря гипнотическому состоянию уверены в себе и спокойны”.

Наибольшее значение имеют каузальные внушения, относящиеся к сценариям психотерапевтического процесса и собственно гипнотерапии, ориентированные на механизм развития психогении, реактивацию механизмов психологической защиты. Групповая гипнотерапия позволяет индивидуализировать внушения, ориентированных на механизмы развития неврозов, реактивных состояний, реакций острого психического стресса и их последствий, лишь в форме обобщенных мотивированных внушений.

Поэтому они становятся действенными только при параллельной проработке и осознании, пациентом механизмов психогенеза собственного страдания в психотерапии бодрствования. Пациенту разъясняется, что гипнотерапия – это форма терапевтической работы, которую он наполняет своим личностным содержанием.

К каузальным внушениям, определяемым наличием невроза, относятся: 1) внушения, связывающие имеющееся болезненное состояние с неосознаваемым, либо осознаваемым частично, крайне ограниченно, психологическим конфликтом, кратко раскрывающие его суть; 2) внушения, подчеркивающие обратимость страдания, обусловленную его психогенной природой; 3) внушения, кратко намечающие пути разрешения невротического конфликта. При лечении истерического невроза (диссоциативного расстройства) в основных внушениях подчеркивается субъективный характер внутреннего психологического конфликта, суггестируется неприязнь, отрицательное отношение к прежнему, истерическому реагированию. При лечении неврастении в каузальном внушении затрагиваются основные положения анализа конфликтной ситуации, делая акцент на задачах адаптации личности в условиях стрессовой ситуации. При лечении обсессивно-фобического невроза в внушении вскрывается противоречивость внутренних тенденций и потребностей личности больного, производится ее ориентация на осознание и решение основной проблемы конфликта.

Внушения, ориентированные на реактивацию механизмов психологической защиты (Березин Ф.В., 1988), нуждаются в пояснении. Наиболее доступным мотивированному внушению при групповой гипнотерапии является дистанцирование психогении, ее отделение от “Я” пациента, с возможностью оценить психотравмирующую ситуацию, себя в ней со стороны, с поиском путей ее разрешения. Кроме того, возможно формирование актуальной личностной позиции объективного наблюдателя в пациенте, способствующей интеллектуальной переработке, как прошлого, так и актуального психогенного материала жизни пациента. Данные внушения в нашем случае состоят из двух взаимосвязанных блоков. Первый блок: “Все то, что ранее выводило из равновесия, теперь воспринимается ровно, спокойно, со стороны. Постоянно между вами и тем, что происходит вокруг, определенное расстояние, благодаря чему все происходящее воспринимаем ровно, спокойно, объективно, доброжелательно, со стороны. На все происходящее, на себя в любой ситуации умеем посмотреть, стараемся посмотреть, смотрим ровно, спокойно, несколько отстраненно.” Второй блок: “Все неприятное, далекое, близкое, становится теперь пережитым, отболевшим, отчужденным, отделено от вас, пережито вами, позади, ушло. Постоянно между вами и всем, что происходит вокруг, с вами определенная дистанция, расстояние. На все происходящее стараемся, умеем посмотреть, смотрим ровно, спокойно - со стороны”.

Каузальные внушения при лечении реакций острого психического стресса, посттравматического стрессового расстройства и их последствий

могут быть реализованы с помощью приема ступенчатого гипнотического катарсиса с повторным дозированным переживанием пациентом травмирующего события при минимальной эмоциональной вовлеченности. Осуществлению данного приема должна предшествовать беседа с пациентом, которому надо сообщить о возможности повторного переживания травмирующего события, его элементов в гипнозе, подчеркнув сохранение осознания пережитости, когда оно будет все больше восприниматься с позиции зрителя. Важно подчеркнуть лечебный эффект подобных повторных переживаний. В глубоких гипнотических состояниях допустимо обобщенное внушение травмирующих переживаний в виде просмотра фильма, сновидения, с зрительской, пассивной, дистантной позицией пациента, с напоминанием об их пережитости. При менее глубоких состояниях внушение должно быть более обобщенным, обращенным к воспоминаниям пациента. На выходе из катарсического эпизода внушается отделение, отдаление от травмирующей ситуации. Эмоциональная, вегетативная, двигательная реакции на подобное внушение - прогностически благоприятные признаки. Отчетливая реакция на переживание травмирующего события на первых сеансах гипнотерапии становится в дальнейшем менее выраженной, либо полностью исчезает.

Прием соматического проективного катарсиса

Учитывая усиление проективности мышления гипнотика, основанное на переходе левого полушария на правосторонние механизмы функционирования, нами разработан прием соматического проективного катарсиса, который может быть реализован в индивидуальной и групповой гипнотерапии. После погружения в гипнотическое состояние мы предлагаем пациенту (пациентам) сосредоточить все неприятные переживания, воспоминания, болезненные состояния, ощущения, расстройства в груди в виде ощущения тяжести и затем постараться выдохнуть из себя “ всю накопленную тяжесть”. Прием соматического проективного катарсиса оформлен в виде следующего блока внушений: “А теперь сосредоточились на дыхании, поскольку все неприятное, будь то неприятные воспоминания, переживания, эмоции, состояния, будь то неприятные, болезненные ощущения, состояния, расстройства – все это становится теперь тяжестью в груди, мешающей дышать. И чем больше в вас накопилось неприятного, тем больше становится тяжести в груди. И поэтому начинаем выдыхать, выдавливать, выталкивать из себя накопленную неприятную тяжесть, по кусочку, по частичке выдыхая из себя все отрицательное, накопленное. И чем больше вам удастся выдохнуть из себя ощущения тяжести, тем легче становится дышать, тем больше удастся вдохнуть воздуха, и на выдохе - больше выдохнуть тяжести. С каждым последующим вдохом дыхание становится более свободным, раскрепощенным, спокойным. И, вместе с дыханием, сами становитесь все более раскрепощены, свободны, спокойны. Постепенно становимся абсолютно раскрепощены, свободны, спокойны”.

Характер реализации приема зависит от способности к кинестетической проекции пациента и от наличия травматического, болезненного материала различной модальности. По нашему клиническому опыту у 85% пациентов выполнение данного суггестивного приема вызывает усиление дыхательных движений, активное форсирование выдоха, сопровождающееся эмоционально насыщенными мимическими движениями бровей, губ, с выражением беспокойства, обиды, печали. У ряда пациентов появляются слезы, в некоторых случаях они рыдают. К моменту завершения выполнения приема соматического проективного катарсиса по мере успокоения дыхания характер мимических реакций, как правило, меняется, лица расслабляются, в части случаев появляется улыбка, прекращается плач.

Характер субъективных переживаний в ходе выполнения описанного приема сугубо индивидуален, около 40% пациентов в ходе выполнения приема ощущают первоначальное чувство тяжести, стеснения в груди и освобождаются от него в течение одного сеанса. В 30% случаев чувство тяжести в груди появляется в течение нескольких сеансов, постепенно ослабевая, исчезая в ходе гипнотерапии. В 15% случаев при выполнении приема соматического проективного катарсиса переживания пациентов носят более сложный характер, они видят прежние травматические эпизоды в части случаев – отстраненно, в части переживая их заново. В последних случаях по мере ослабления ощущения тяжести в груди появляется пространственная отстраненность от травматического эпизода. Зрительные образы блекнут и исчезают по мере исчезновения ощущения тяжести в груди. По выходе из гипнотического состояния в 30% случаев наступает постгипнотическая амнезия на травматические переживания и собственное поведение в период выполнения приема.

Реализация группового приема соматического проективного катарсиса дистанцирует травматический материал подобно внушениям, направленным на реактивацию механизмов психологической защиты. Однако, терапевтические возможности данного приема, значительно шире. Во-первых, прием способствует проективному преобразованию любого, а не только психогенного травматического материала. Во-вторых, проективное преобразование ведется в кинестетической модальности, - наименее дифференцируемой и осознаваемой, что способствует: 1) подключению нового, невербального терапевтического канала, интимно связанного с психосоматическим регулированием; 2) осуществлению проективных преобразований вне зависимости от степени осознания травматического материала; 3) формированию на основе чувственной вовлеченности механизма обратной связи для пациента и терапевта, позволяющего оценивать наличие, динамику, эффективность терапевтических преобразований.

Опыт длительного и разностороннего клинического использования приема соматического катарсиса указывает на следующие его особенности. Во-первых, в нем осуществляется интеграция всего имеющегося у пациентов негативного опыта, а не только психогенного. Во-вторых, интегрированный

негативный опыт трансформируется, проецируется в интерорецептивное ощущение "тяжести в груди", характерное, и; одновременно наименее дифференцируемое, вербализуемое, а потому обладающее большим, чем у иных модальностей интегративным потенциалом. В-третьих, пациенты стимулируются к активному освобождению с помощью выдыхания, от "накопленной тяжести". В-четвертых, построение приема сохраняет индивидуализацию и обратную связь с пациентами независимо от формы гипнотерапии. В целом, можно заключить, что прием соматического катарсиса универсален, предназначен как для групповой, так и для индивидуальной гипнотерапии, эффективен, обладает собственной совокупностью используемых признаков.

Использование архаических компонентов в поведенческом воздействии в групповой гипнотерапии психогений и невротоподобных состояний

Как уже отмечалось выше, поведение психотерапевта оказывает влияние на состояние пациента и должно быть целенаправленно использовано для повышения терапевтического эффекта. Перемещения психотерапевта могут использоваться для индивидуализации психотерапевтического воздействия при групповой гипнотерапии. Для того, чтобы в большей степени адресовать внушение конкретному пациенту, достаточно при произнесении его подойти к пациенту, прикоснуться к его руке, плечу.

Поведенческое воздействие может способствовать усилению и направленности биологического воздействия гипнотерапии. Для оказания такого воздействия мы просим пациента, находящегося в гипнозе, сосредоточиться на ощущениях собственного тела и используем сочетание последовательного словесного внушения ощущения тепла в области сердца, печени (в правом подреберье), солнечного сплетения ("в глубине живота"), почек и надпочечников ("в пояснице с обеих сторон") с параллельным внушением прикосновением к области внушения тепла и последующими медленными пассажами над данной областью в течение 20-30с на расстоянии 5-8-10см от поверхности тела пациента. Эффективность данного истари известного воздействия возрастает при условии "прогретости" рук психотерапевта, когда он ощущает свои руки теплыми, чувствительными. Желательно добиться от пациента своеобразного теплового "отклика" на мануальное воздействие, проявляющегося в виде ответного ощущения тепла от области тела, над которой находятся руки психотерапевта. Подобное воздействие близко по своему психотерапевтическому содержанию "органотренировке" (]), ассоциируясь для пациента с "биоэнергетическим" воздействием (соответствуя актуальной в настоящее время архаизированной МБТ массового сознания. Применение данного приема повышает качественные показатели работы с телом при групповой (и индивидуальной) гипнотерапии.

Работа со спонтанными ноцицептивными ощущениями в гипнозе

Нашими исследованиями было показано (Тукаев Р.Д., 1996), что спонтанные ноцицептивные ощущения и их динамика в процессе гипнотерапии отражают терапевтическое биологическое воздействие организма на имеющиеся в нем патологические очаги. Важно, поэтому определить в процессе сеанса гипнотерапии, по его завершении, наличие спонтанных ноцицептивных ощущений с тем, чтобы в дальнейшем повысить терапевтическую активность организма в отношении проявившихся в гипнозе патологических очагов.

При наличии острого травматического патологического процесса следует акцентировать пациента на зоне его локализации осторожным прикосновением к ней, пассами с параллельным внушением в данной зоне ощущений покоя, ослабления, исчезновения неприятных ощущений.

Очаг хронического патологического процесса может быть выявлен непосредственно во время гипнотического сеанса. Появление, усиление болевых ощущений отражается на поведении пациента, его мимике, движениях, голосовых реакциях (стонах) и т.д. Локализация и характер спонтанной гипнотической ноцицепции могут быть уточнены с помощью краткого расспроса пациента непосредственно в гипнотическом состоянии. Полную информацию о локализации и характере спонтанной гипнотической ноцицепции легко получить при опросе после сеанса гипноза. При наличии гипнотической ноцицепции пациенту необходимо разъяснить ее природу и терапевтическую направленность. В последующей гипнотерапии важно привлечь внимание пациента к трансформации прогрессивного этапа гипнотической ноцицепции в регрессивный, способствуя этому поведенчески, осторожными прикосновениями, пассами и вербально, внушая постепенное ослабление, исчезновение болевых ощущений.

Структура сеанса универсальной гипнотерапии

Проведение универсальной гипнотерапии неизбежно при групповой и вполне допустимо при индивидуальной гипнотерапии. Напомним, что при индивидуальной терапии критерии выбора, в конечном итоге, принадлежат пациенту, проистекая из его “модели болезни и терапии”. Нами, на основании многолетнего практического опыта, собственных методических разработок, с учетом тенденции к отсроченной реализации гипнотических внушений, основываясь на данных лингвистики текста [4], выработана следующая структура сеанса универсальной гипнотерапии.

1. После завершения гипнотизации по описанной ранее, запатентованной нами методике, проводится описанное выше последовательное поведенческое воздействие на пациентов группы (пациента).
2. Затем реализуется вышеописанный прием проективного соматического катарсиса.
3. На основе разработанной нами методики внушения цветовых ощущений в гипнотерапии, проводится внушение ощущения синего цвета и, далее, на протяжении сеанса репродукция ощущения синего цвета поддерживается

повторными внушениями: “Увидеть, представить, почувствовать синий цвет, видеть его постоянно”. Далее, периодически, через 1-2 минуты повторяется: “Видеть, ощущать синий цвет. Видеть синий цвет”. Для цветовых внушений используется единая тембровая окраска и темп речи, отличающиеся от таковых для иных внушений.

4. Проводится внушение чувства уверенности и спокойствия.
5. Проводятся внушения реактивации механизмов психологической защиты. Внушения, определяемые механизмами психогении, проводятся индивидуализировано. Для этого используются поведенческие и вербальные приемы (подойти, прикоснуться и проговорить тихо, обращаясь индивидуально)
6. Проводится мотивированное постгипнотическое внушение хорошего ночного сна: “Вечером, ложась спать, вспоминая ощущения сеанса, расслабляясь, засыпаете быстро, глубоко. Утром просыпаетесь посвежевшими, глубоко отдохнувшими. Сон, ночной сон – хороший, глубокий”.
7. Повторно проводится поведенческое воздействие на пациентов (пациента).
8. Повторно внушается чувство уверенности и спокойствия.
9. Затем вновь проводятся внушения реактивации механизмов психологической защиты, с периодическими вкраплениями внушения ощущения синего цвета.
10. Повторно проводится мотивированное постгипнотическое внушение ночного сна.
11. Перед выводом из гипнотического состояния проводится мотивированное постгипнотическое внушение улучшения состояния, самочувствия: “С каждым днем, каждым сеансом, постоянно состояние, настроение – улучшаются. С каждым днем, каждым сеансом ваша воля, воля к улучшению состояния, выздоровлению становится крепче, действеннее, сильнее”.
12. Затем проводится дегипнотизация. При формализованной гипнотерапии дегипнотизация проводится нами следующим образом: “Теперь будем выходить из гипнотического состояния с помощью движения руки. Рука, ранее опускавшаяся, будет теперь подниматься, и чем выше она начнет подниматься, тем больше вы будете выходить из гипнотического состояния. Когда рука вернется в исходное положение, с которого начинала движение, окончательно выйдете из гипнотического состояния. Движение руки началось...”.

Та же структура гипнотического сеанса может быть полностью использована при психотерапии невротоподобных состояний, учитывая, что значимость основных компонентов сеанса (приема проективного соматического катарсиса, поведенческого воздействия, постгипнотических внушений сна, состояния) сохраняется, а воздействие иных компонентов внушения определяется актуальностью их для пациента, вторичные же психогении нуждаются в дезактуализации.

Применение универсальной гипнотерапии в универсальном формате лишает психотерапию возможностей использования механизмов группового взаимодействия и динамики, открывая, вместе с тем, возможности индивидуализации психотерапии при проведении сеанса гипнотерапии.

2.3. Проективная гипнотерапия

2.3.1. Определение и основные понятия проективной гипнотерапии

Проективная гипнотерапия является клинической по своим первоосновам формой психотерапии, распространяется на психологическую область применения. Она построена на психотерапевтическом использовании механизма спонтанной гипнотической атрибутивной проекции на основе изучения феноменологии гипнотической образности и ее терапевтического применения в клинической и психологической областях.

Согласно интегративной теории гипноза гипнотическое состояние регрессирует восприятие гипнотика, актуализируя механизмы инфантильной, атрибутивной проекции в восприятии собственного гипнотического состояния, гипнотической реальности. По сути, любое гипнотическое внушение реализуется проективно. В механизме проекции (Бурлачук Л.Ф., 1973, 1974) принято выделять аутохтонный и поведенческий компоненты. Аутохтонный компонент определяется перцептивной организацией индивида. Поведенческий компонент включает личностную, ситуативно-реактивную составляющие.

Степень проективности восприятия в гипнозе существенно выше таковой в бодрствовании. Если объективная реальность бодрствования благодаря механизмам проекции приобретает личностную окраску, то гипнотическая реальность становится, по сути, проекцией личности, все объекты которой являются проявлениями личности и ее ситуации. В данном отношении гипнотическая реальность сходна со сновидением. Но, в отличие от сновидения гипнотическая реальность в ее объектной части изменяема. Именно гипнотической реальности присущи те свойства, которые приписывают так называемым управляемым сновидениям.

Любая гипнотерапия, директивная и недирективная меняют состояние и личность пациента посредством проективных преобразований. Однако, осознанное использование проективных механизмов, основанное на понимании того, что объекты гипнотической реальности - проявления личности и ее ситуации, и их изменения способны в свою очередь менять личность и ее ситуацию, открывает новые возможности для гипнотерапии.

Проективная гипнотерапия (Тукаев Р.Д., 2006) основана на авторском исследовании феноменологии проективной образности гипноза и выделяет ряд базовых понятий: гипнотическая реальность, топография гипнотической реальности, личностно обусловленная типология динамики гипнотической реальности, принципы формирования терапевтической динамики гипнотической реальности пациента, проективная локализация проблемного, болезненного состояния, - “места болезни”, место болезни и контроль динамики терапии, тупиковые ситуации и ложно-иллюзорные ситуации выхода в проективной гипнотерапии: идентификация и преодоления, контекстные ночные сновидения.

Гипнотическая реальность

Ранее мы описали мышление гипнотика как основанное на механизмах атрибутивной проекции с ее перцептивным и личностным компонентом. Совокупность ощущений, восприятий, переживаний человека в гипнозе мы определяем как гипнотическую реальность. Гипнотическая реальность есть совокупная атрибутивная проекция личности и организма индивидуума и их состояний в гипнозе.

Гипнотическая реальность может быть: (1) ограниченной, преимущественно интраперцептивной; (2) развернутой, интра- и экстраперцептивной. В случае ограниченной гипнотической реальности восприятие гипнотика ограничивается собственным телом и непосредственно окружающим его пространством. Во втором случае развернутой гипнотической реальности восприятие гипнотика включает как восприятие собственного тела и его ближайшего окружения, так и иные внешние по отношению к телу, разноудаленные объекты. Принципиально значимо то, что все объекты развернутой гипнотической реальности являются проективными атрибутивными перцептами личности и организма индивидуума. Данное утверждение следует понимать так, что если гипнотик стоит на берегу реки, видит лес и поляну на противоположном берегу, то он сам, стоящий сейчас на этом берегу, река, другой берег с поляной и лесом на нем – это он сам как человек, личность, и, одновременно, его организм в актуальном в настоящее время состоянии.

Топография гипнотической реальности индивидуума

Развернутая гипнотическая реальность имеет центр и периферию. Центром гипнотической реальности является точка перцепции, откуда осуществляется восприятие. Точка перцепции чаще всего представленная телесным “Я” субъекта. Периферия гипнотической реальности образует явно или неявно ограниченное пространство, включающее различные объекты. Это пространство в своих границах не является плоским кругом. Его границы простираются в разных направлениях в разной степени и подвижны. Все явные и скрытые, личностные и организменные проблемы пациента включены в его гипнотическую реальность в виде ее объектов. Горы и пещеры, реки, озера и болота, пустыни, степи и леса, представители флоры и фауны образуют в бесконечных комбинациях проекции личности и организма субъекта.

Гипнотическая реальность субъекта может обладать разной степенью спонтанности. Если гипнотерапевт определяет гипнотическую реальность предельно обобщенно, как какую-либо местность, имеющую отношение к субъекту, без детального ее описания, степень спонтанности, проективной обусловленности сформированных объектов и ландшафта в целом будет достаточно высока. Однако гипнотерапевт может пытаться задавать гипнотическую реальность весьма конкретной. Либо он может попытаться последовательно задать две разных гипнотических реальности. На основании собственного опыта проективной гипнотерапии мы считаем, что неизменное актуальное состояние индивидуума будет проективно преобразовано в эквивалентные, изоморфные варианты гипнотической реальности. И напротив, изменение актуального состояния субъекта неизбежно изменит гипнотическую реальность, независимо от попыток гипнотерапевта добиться ее стабильности, неизменности.

Гипнотическая реальность четырехмерна. Помимо трехмерного пространства она включает в себе временное измерение. Терапевтическое перемещение в пространстве гипнотической реальности, по сути, необратимо. Возвращение на исходную точку трехмерного пространства после терапевтических действий необратимо меняет и центр, и объекты периферии гипнотической реальности.

Личностно обусловленная типология динамики гипнотической реальности

Динамика гипнотической реальности может затрагивать ее центр и периферию. Центр гипнотической реальности представлен телесным “Я” гипнотика, которое может перемещаться в пространстве ее периферии. Объекты гипнотической реальности могут изменяться. Меняется освещенность и погода. Облачность и туман рассеиваются, дождь начинается и прекращается, ветер поднимается и стихает. Приходят тепло и холод. Горы осыпаются, разрушаются. Реки

разливаются и входят в свои берега. Растения растут, зеленеют, сохнут. Цветут цветы, плоды развиваются и созревают.

Каждый из нас способен перемещаться в пространстве объективной реальности. Перемещение “Я” субъекта в гипнотической реальности имеет свои ограничения, связанные со структурой личности и системой ее самооценок. Данные ограничения по нашему убеждению тождественны ограничениям перемещения “Я” личности в реальности сновидения.

В своей ранней неопубликованной работе мы изучали повторяющиеся сновидения. Оказалось, что повторяющиеся сновидения человека можно разделить на две основные группы, различающиеся по активности “Я” субъекта в сюжете сновидения.

В первой группе “Я” субъекта активно, предпринимает целенаправленные действия, активно перемещается в пространстве сновидения, однако его действие остаются незавершенными, а цель нереализованной. В качестве примера приведем повторяющийся сон, рассказанный известным психотерапевтом профессором С.С.Либихом. Некто торопится, чтобы успеть на поезд, но на его пути постоянно возникают препятствия. Вбегая на перрон, он видит набирающий ход поезд.

Во второй группе “Я” субъекта пассивно, находится в центре сновидения. События сновидения, имеющие, как правило, отрицательную динамику, разворачиваются вокруг “Я”, неконтролируемым образом перемещают “Я” субъекта в пространстве сновидения в сторону опасности. Примером может служить сновидение Л., профессионального психотерапевта. Она сидит на плоту, быстро несущемся по бурной реке с грязно-коричневой водой. По мере того, как плот плывет по течению, появляется и быстро нарастает шум, указывающий на наличие впереди водопада. Догадываясь, даже зная об этом, Л. ничего не может сделать, потому что спуститься с плота в реку и доплыть до берега она не может из-за слишком бурного течения реки. В состоянии нарастающей тревоги Л. сидит на плоту, несущемся к водопаду.

Сопоставив два типа сновидений с особенностями формирования системы личностной самооценки, мы пришли к выводу об их взаимосвязи.

Считается (Фрейд З., 1988), что система самооценки личности представлена двумя взаимодействующими самооценками: (1) истинной, формирующейся окружением ребенка в раннем детстве (до 3-5 лет), в дальнейшем неизменной и неосознаваемой; (2) текущей, осознанной определяемой ситуационно в каждый момент времени зрелой личностью. Окружение чаще формирует завышенную, у кумира семьи и заниженную, при воспитании с завышенной требовательностью истинные самооценки. В случае завышенной истинной самооценки человек во взрослом состоянии пассивно ожидает выраженного поощрения, одобрения от своего актуального окружения, постоянно недополучая его в соответствующей его истинной самооценке мере. Поэтому он постоянно испытывает чувство обиды на окружающих и разочарования ими. При заниженной истинной самооценке человек постоянно активен в своей деятельности, стремится добиться одобрения окружающих. Он объективно успешен, но полученные результаты его не радуют, поскольку одобрение актуального окружения не может изменить низкую истинную самооценку.

Нам удалось соотнести типы системы самооценок с выявленными типами повторяющихся сновидений. Оказалось, что повторяющиеся сновидения, в которых “Я” активно, а цель не достигнута, характерны для субъектов с заниженной истинной самооценкой. И, наоборот, повторяющиеся сновидения, в которых “Я” пассивно, типичны для субъектов с завышенной истинной самооценкой.

Вернемся теперь к проблемам активности “Я” субъекта в гипнотической реальности.

Спонтанное течение гипнотической реальности группируется, по нашему мнению, вокруг двух основных тенденций. В части случаев телесно ощущаемое “Я” гипнотика активно перемещается в пространстве гипнотической реальности. В других случаях спонтанные изменения затрагивают периферийные объекты гипнотической реальности, тогда как “Я” гипнотика лишь пассивно наблюдает и воспринимает эти изменения. Правда, гипнотизер в большинстве случаев может инициировать как активность субъекта в гипнотической

реальности, так и изменения иных ее объектов. Достаточно редко нам встречались субъекты, преодолеть личностную пассивность которых в гипнотической реальности не удавалось.

Так, пациентке с субкомпенсированной формой нервной анорексии, во время сеанса проективной гипнотерапии был сконструирован метафорический образ, основанный на материале предшествующего обсуждения истории заболевания. В период обострения у пациентки наблюдалась тяжелая кахексия с приступами булимии. Один из приступов булимии завершился разрывом желудка с болевым шоком. Во время хирургической операции из брюшной полости было вычерпано более 10 литров пищевой массы. После данного инцидента наступила субкомпенсация анорексии. На основании произошедшего в гипнотическом состоянии была сконструирована образная метафора. Бывает так, что человек хочет улучшить место, рядом с которым находится. Место это для него (нее) значимо, но человеку кажется, что его портит холмик. Он ей мешает, и она хочет его скрыть. Однако в ходе работы она ощущает потребность рыть глубже и глубже, появляется яма, она углубляется, земля с краев ямы начинает осыпаться и частично заваливает яму и пациентку в ней. Это ее останавливает, и по осыпи она теперь может выбраться из ямы. Данная образная метафора была реализована пациенткой весьма характерно. Она находилась в деревне, сидела на холме и наблюдала, как на поле другие люди рыли сами себе ямы и закапывались в них.

Принципы формирования терапевтической динамики гипнотической реальности пациента

При терапевтическом использовании развернутой гипнотической реальности существуют три принципиальных направления терапевтических изменений: (1) перемещение в гипнотической реальности, с изменением местоположения ее центра, “Я” субъекта; (2) преобразование центра гипнотической реальности, “Я” субъекта, контактное, либо дистантное; (3) преобразование периферии гипнотической реальности, контактное, либо дистантное. Позитивная терапевтическая динамика практически всегда реализует синтетический комбинированный на основе различных сочетаний первых трех, четвертый вариант.

Наиболее очевидным, и, вероятно, значимым терапевтическим фактором, является перемещение в гипнотической реальности, с изменением местоположения ее центра, “Я” пациента. Поскольку в начале терапии пациент находится в болезненном, или проблемном состоянии, его проекция неизбежно локализует перцептивный центр, “Я” личности в проблемной точке, “минусовой” зоне гипнотической реальности. Локализация в проблемной, “минусовой” зоне поляризует всю гипнотическую реальность, порождая “плюсовую”, позитивную зону гипнотической реальности, зону последующего терапевтического результата. Таким образом, терапевтическая гипнотическая реальность изначально поляризована, в неявной форме содержит: (1) бинарную оппозицию “отрицательно заряженной” начальной, болезненной, проблемной локализации и “положительно заряженной” зоны терапевтического результата; (2) направленный вектор терапевтических изменений. Следует отметить, что зона проблемной локализации “Я”, как правило, очерчена гораздо четче, конкретнее, чем зона терапевтического результата. Зона терапевтического результата может быть не только размытой, но и множественной, а так же недостижимой. В некоторых случаях следует говорить о ложной зоне терапевтического результата, которая топографически совпадает с проблемной, болезненной зоной. Поэтому получаемый вектор терапевтической динамики может быть не только линейным, но множественным и, наконец, замкнутым.

Преобразование центра гипнотической реальности, контактное, либо дистантное как первоочередной, самостоятельный прием может быть использовано в тех случаях, когда перцептивный центр, телесно ощущаемое “Я” личности явно патологически деформировано. Деформации телесного “Я” подлежат корректровке. Деформированное телесное “Я” субъекта в гипнотической реальности может быть негативно избыточным, негативно недостаточным и негативно деформированным. В первом случае негативно избыточное в ходе терапии подлежит удалению, изъятию. Во втором негативная недостаточность подлежит позитивному

восполнению. Негативная деформация подлежит коррекции структуры или процесса “Я”. Чаще всего терапевтическое преобразование центра гипнотической реальности, “Я” пациента происходит в процессе перемещения в ее периферии. В некоторых случаях преобразование центра гипнотической реальности может осуществляться напрямую, непосредственными манипуляциями над телесным “Я” самим субъектом.

Терапевтическое действие может быть основано на преобразовании периферии гипнотической реальности, контактном, либо дистантном. Контактно может быть убран камень с дороги, спилена, отломана засохшая ветка дерева, прорыта канава для стока избыточной воды. Дистантное изменение связано с воздействием природных стихий, например, затопленный луг может быть осушен благодаря действию жарких лучей солнца, и под воздействием ветра.

Объект гипнотической реальности многозначен, содержит в себе психическое и соматическое содержание одновременно. Поэтому интерпретация символического, метафорического, значения объектов гипнотической реальности не является первоочередной задачей. Разумеется, достоверная интерпретация важна, но весьма труднодостижима. Гораздо значимее изучение объектов гипнотической реальности во взаимодействии гипнотика с ними и терапевтическая трансформация, либо преодоление проблемных объектов. Взаимодействие пациента с рядом проблемных объектов может выявить первичный, ключевой проблемный объект актуальной гипнотической реальности, преобразование, преодоление которого меняет и вторичные проблемные объекты, развивая терапевтический процесс. Воздействие на вторичные проблемные объекты в подобных случаях оказывается безрезультатным. В иных случаях для изменения, преодоления ключевого, первичного проблемного объекта необходимо сначала преобразовать, преодолеть вторичные объекты, после чего становится возможным работа с первичным проблемным объектом.

Выявленные в ходе работы с гипнотической реальностью процедуры весьма сходны с сюжетными построениями мифов и сказок. Мы считаем, что такое сходство неслучайно, оно обусловлено едиными закономерностями мышления того функционального регрессивного ребенка, которым становится взрослый гипнотик и первобытного образного мышления (Тэрнер В., 1983). Неотъемлемой характеристикой первобытного образного мышления считается его насыщенность магическими представлениями.

Классик английской этнологии Дж. Д. Фрезер (1989) выделял два закона магического мышления. Первым является закон подобия, по которому следствие похоже на свою причину. Второй выражен законом контакта. В соответствии с ним единожды соприкоснувшиеся объекты продолжают взаимодействовать по завершении контакта. Магическая практика реализует закон подобия в гомеопатической а, закон заражения - в contagiозной магии. Наши историческое исследование “модели болезни и терапии” показало [], что магическое терапевтическое действие в своем историческом развитии прошло этапы: магии перемещения в пространстве; мануально-предметной магии; вербально-символической магии. Работа в гипнотической реальности достаточно полно реализует как законы Фрезера, так и описанные нами магию перемещения в пространстве и мануально-предметную магию

Проективная гипнотерапия состоит из отдельных гипнотерапевтических сеансов, в промежутках между которыми происходит: (1) выявление и проверка устойчивости терапевтических изменений, (2) актуализация текущих проблем психики и организма.

Мы понимаем личностный психологический конфликт как иерархическую систему, в которой разрешение предъявляемой составляющей конфликта, проблемы, конфликта первого порядка приводит к актуализации связанной с ней составляющей, проблемы, конфликта второго порядка, и далее. Поэтому проективная гипнотерапия основана на последовательном разрешении актуализированных ходом гипнотерапии психологических проблем, составляющих психологического конфликта.

Проективность гипнотерапии позволяет провести терапевтическое атрибутивное проективное преобразование не только психологического, но и иного, по сути, любого соматического, неврогенного патологического содержания пациента. Соматические и

неврогенные проблемы пациента, так же как и психогенные, образуют иерархические системы. Поэтому проективная терапия соматических и неврогенных проблем также будет построена на последовательном разрешении соматических и неврогенных проблем первого, второго порядка и далее.

Любое гипнотерапевтическое преобразование психического, соматического, неврогенного толка основано на: (1) компенсируемости, обратимости актуальной патологии; (2) наличии реадaptационного резерва организма и психики. Благодаря наличию мощных обратных связей, характер динамики гипнотической реальности пациента позволяет увидеть глазами пациента компенсаторный потенциал, дать образный, метафорический прогноз проводимой терапии.

Проективная локализация проблемного, болезненного состояния, - “места болезни”. Место болезни и контроль динамики терапии

Первая реализация развернутой гипнотической реальности в терапевтической ситуации неизбежно локализует пациента в проблемной зоне реальности, в клинических случаях - в первичном “месте болезни”. Успешная терапевтическая работа: (1) путешествие от “места болезни” в “зону выздоровления”, (2) преобразование “места болезни”, (3) терапевтическое преобразование телесного “Я” пациента; неизбежно будет менять само первичное “место болезни”.

Повторное посещение первичного “места болезни” в течение последующих сеансов проективной гипнотерапии является высоко информативным способом контроля процесса лечения. Действенные терапевтические преобразования неизбежно приведут к позитивному, saniрующему преобразованию “места болезни”. И, напротив, отсутствие позитивных изменений “места болезни”, либо его отрицательная динамика укажут на отсутствие терапевтического эффекта, несмотря на формальные преобразования в ходе проективной гипнотерапии.

В случаях, когда контроль первичного “места болезни” выявил неэффективность, либо какие-либо отрицательные его изменения в ходе сеанса гипнотерапии, в промежутке между сеансами гипнотерапии, возможна двухсторонняя корректировка ситуации. Во-первых, возможна коррекция в актуальной точке проективной реальности, в которой ведется текущая терапевтическая работа всеми описанными ранее способами. Во-вторых, возможна коррекция первичного “места болезни”, его повторное терапевтическое преобразование.

В процессе терапии пациент выходит из гипнотической реальности в конце очередного сеанса и затем входит в нее в начале следующего сеанса. Учитывая то, что общая проблема терапии (психологическая, соматическая, неврогенная) представляет системное иерархическое образование, ее разрешение представляет линейный процесс разрешения последовательно актуализирующихся подпроблем первого, второго, третьего, и далее порядков. Поэтому, в начале очередного сеанса проективной гипнотерапии пациент вновь оказывается в новой проблемной точке гипнотической реальности, “месте болезни” второго, третьего, и далее порядков, выражающей актуализированные проблемы его психики и тела.

Работа в гипнотической реальности, благодаря мощным обратным связям психики и тела обладает емкой и глубокой системой контроля терапевтического результата в форме первичного и вторичных проблемных зон - “мест болезни”.

Тупиковые ситуации и ложно-иллюзорные ситуации выхода в проективной гипнотерапии: идентификация и преодоления

В ходе проективной гипнотерапии, в гипнотической реальности пациента нередко возникают тупиковые ситуации и ложно-иллюзорные ситуации выхода. Они представляют

серьезную проблему проективной гипнотерапии и требуют обязательного анализа и разрешения.

Тупиковые ситуации сводятся к ограничению терапевтической динамики гипнотической реальности пациента. Приведем два иллюстративных примера.

Пример 1. Пациент с героиновой наркоманией в начале проективной гипнотерапии оказывается перед непреодолимой стеной. Он твердо убежден, что может достичь терапевтического результата лишь за данной стеной, но не видит, не знает, как ее преодолеть. При настойчивой рекомендации психотерапевта присмотреться к стене внимательно (ведь другим людям в подобной ситуации удавалось преодолеть ее!), пациент постепенно начинает “различать” в ней две двери, одну, ведущую вниз, в темноту, и другую, ведущую вверх. Пройдя вверх по второй лестнице, пациент оказывается за казавшейся непреодолимой стеной.

Пример 2. Пациентка с реактивной депрессией при терапевтической работе в проективном гипнозе оказывается зажатой в узкой норе, из которой, как ей кажется, нет выхода. В ответ на утверждение психотерапевта о том, что у любой норы обязательно должен быть выход, ощупывает “потолок” норы и убеждается, что он тонкий. Пациентке удается нащупать над головой тонкую “перегородку”, проломить ее и выбраться из норы.

Ложно-иллюзорные ситуации выхода, как правило, следуют за тупиковыми ситуациями и предлагают их легкое и мнимое разрешение. Приведем примеры.

Пример 1. Тот же пациент с героиновой наркоманией, пройдя через дверь в стене и преодолев ранее казавшуюся непреодолимой стену, увидел вдалеке берег моря со стоящей у берега яхтой. Он понял, что ему надо попасть на данную яхту и тогда все будет хорошо. (Пациенту кажется, что он разрешит свои болезненные проблемы, сделав одно усилие.) Легкость разрешения проблемы героиновой наркомании при наличии физической зависимости вызвала у психотерапевта большие сомнения, и он попросил пациента присмотреться к яхте внимательнее. При “внимательном” изучении яхты пациент увидел на мачте черный флаг, а на палубе – мешки и пакеты с героином. Он понял, что яхта – ловушка и выбрал себе иной путь.

Пример 2. Пациентка с неврастенией пройдя достаточную для очередного сеанса гипнотерапии часть пути в гипнотической реальности останавливается для отдыха между сеансами на выбранной ею красивой площадке. Однако, при обследовании площадки по просьбе психотерапевта, выясняется, что облюбованная площадка представляет собой скальный выступ над пропастью, находящийся в неустойчивом равновесии, на котором опасно находиться. Пациентка вынуждена пройти дальше и остановиться в действительно “надежном” месте.

В ходе проективной гипнотерапии большинство пациентов, независимо от нозологической принадлежности заболеваний, воспроизводят тупиковые ситуации, поскольку имеют их в жизни и не могут с ними справиться самостоятельно. Во многих случаях пациенты также находят ложно-иллюзорные выходы из предшествующих тупиковых ситуаций, поскольку именно так они поступают в своей реальной жизни.

Тупиковые ситуации, генерируемые пациентами в гипнотической реальности характеризуются разной степенью разрешимости и могут быть разделены на три категории: (1) неразрешимые и трудноразрешимые; (2) разрешимые с затратой умеренных усилий; (3) легко разрешимые. Проективная работа в гипнотерапии трудноразрешимых и неразрешимых тупиковых ситуаций закономерно порождает ложно-иллюзорные выходы из них.

Трудноразрешимые и неразрешимые тупиковые ситуации качественно оппонируют методу, который использовался пациентом для достижения терапевтической цели до появления данной тупиковой ситуации. Они отличаются тотальностью возникающего в ходе проективной гипнотерапии препятствия. Если пациент перемещается в пространстве, то он лишается возможности перемещаться в выбранном направлении далее. Это могут быть: непреодолимая стена, замороженный огромный лес, гиблое болото, высокий скальный обрыв в пропасть, замкнутая пространство, и т.д. Вместе с тем, само возникшее тотальное препятствие, трудность заключают в себе ключ, код, шифр к их качественному преодолению. Тупик и метод его преодоления образуют, как правило, бинарные, поляризованные, взаимосвязанные оппозиции.

Так, непреодолимая стена – явление рукотворное, поэтому и преодолеть ее можно через рукотворное же отверстие: дверь, ворота. Нора – нечто длинное, подразумевающее входы и выходы, и возможность перемещения по ее оси. Болото только кажется одинаковым, однако по нему проходят невидимые пути, проложенные местными жителями, отмеченные ростом более крупных кустов, деревьев. Кроме того, жаркое солнце подсушит болото, а сильный мороз заморозит его. Речку, впадающую в болото можно отвести по новому руслу. Со скалы можно спуститься по расщелине, пойти через пещеры. Скалы могут разрушить солнце, вода, мороз.

Тупик и способ его преодоления представляют собой оппозирующую диаду.

Здесь, видимо, уместным будет вспомнить о выделенном культурологом В. Тэрнером (1983) принципе триадных отношений, лежащем в основе психо-биолого-социальной классификации действительности человеком. Триада Тэрнера включает три элемента, один из которых в определенном контексте выступает в качестве нулевого члена, а два остальных предстают диадой. Поэтому триада обычно воспринимается как пара диад. Третьим элементом рассматриваемой нами триады является, очевидно, выход из тупиковой ситуации: ложно-иллюзорный, либо продуктивный.

Ложно-иллюзорный выход из тупиковой ситуации обладает следующими отличительными признаками: (1) он является исходом трудноразрешимой тупиковой ситуации; (2) он реализуется удивительно легко, его “энергоёмкость” несопоставима с тотальностью, абсолютностью предстоявшего препятствия, тупика.

Продуктивный выход из тупика также может быть исходом трудноразрешимой тупиковой ситуации, однако чем сложнее последняя, тем больше усилий затрачивает пациент на продуктивный выход. Так в уже приводившемся примере героиновой наркомании, отказавшись от иллюзорного выхода, пациент направился в деревянную, к своему запущенному, покрытому черной грязью дому, начал приводить его в порядок и занимался этим долго.

Тупиковые ситуации, разрешимые с затратой умеренных усилий, а так же легко разрешимые тупиковые ситуации, как правило преодолеваются за счет количественных, а не качественных преобразований. Препятствие обходится, полуоткрытая дверь полностью открывается при приложении достаточных по силе и времени усилий.

Выявленные в ходе проективной гипнотерапии тупиковые ситуации в гипнотической реальности пациента могут оказаться как разрешимыми, так и не разрешимыми. Поэтому они всегда требуют повышенного внимания психотерапевта, быстроты и глубины его мышления, критичности, умения во время распознать тупиковую ситуацию и приложить усилия и умение к ее преодолению.

Совместная работа пациента и психотерапевта с тупиковыми ситуациями подчиняется единому алгоритму и включает: диагностику, эмпирическое исследование тупика, подбор и апробацию количественно и качественно оппозирующих тупиковой ситуации средств и способов ее преодоления.

В случае невозможности преодоления данной тупиковой ситуации следует завершить текущий сеанс гипнотерапии позитивной констатацией данного обстоятельства. Необходимо подчеркнуть значимость тупика, его выявления и понимания, значимость усилий, затраченных на его преодоление, с подчеркиванием того, что они дают пациенту ценный опыт. Важно отметить, что тупик будет преодолен в дальнейшем, после совместного и отдельного анализа участников психотерапии, их подготовки и настроения.

Контекстные ночные сновидения

В ходе проективной гипнотерапии большинство пациентов начинают видеть специфические ночные сновидения, содержание которых связано с проективными образами гипнотической реальности предшествующих сеансов, которые мы определяем как контекстные ночные сновидения. Связь контекстных ночных сновидений с гипнотической реальностью может быть прямой, когда сновидения продолжают, развивают, разрешают проективный сюжет, сгенерированный в состоянии гипноза. В других случаях в сюжете сновидения

присутствует определенная, значимая характеристика сгенерированной ранее гипнотической реальности: цветовой фон, характер местности, вид растительности. Иногда сюжет контекстного сновидения новым образным рядом выражает личностную, болезненную проблему, сформировавшуюся в течение предыдущего сеанса гипнотерапии.

В отдельных случаях при построении образных метафор, в попытке отразить личностные проблемы пациента мы сталкивались с невозможностью генерации гипнотической реальности в ходе сеанса, либо реализацией крайне обедненных ее фрагментов. Однако, после такого внешне неудачного сеанса, пациент видел ночные сны, насыщенные проективными образами, глубоко отражающими затронутые на предыдущем сеансе гипнотерапии проблемы и продуктивно их разрешающие.

Появление контекстных ночных сновидений обогащает возможности проективной гипнотерапии по ряду причин.

Во-первых, появление контекстных сновидений свидетельствует о правильности оценки гипнотерапевтом проблем, конфликтов, психики и организма пациента, выбранного направления и метафорического языка.

Во-вторых, содержание и динамика контекстных сновидений обладают прогностической значимостью, характеризуют динамику состояния и степень терапевтической зрелости пациента. Сценарий контекстного сновидения может быть негативно-динамическим, негативно-констатирующим, позитивно-динамическим.

Негативно-динамический сценарий контекстного сновидения характеризуется ухудшением ситуации в процессе переживания сновидения и отражает отрицательный прогноз пациента на решение актуализированной текущей вторичной проблемы или конфликта, либо всего комплекса конфликтов и проблем. В качестве примера приведем фрагмент описания случая проективной гипнотерапии, полностью изложенный в следующей главе. Один из сеансов проективной гипнотерапии пациентки Р. завершается ее остановкой на скалистой площадке высокой горы. Вечером этого дня, перед засыпанием она вспоминает гору на которую поднималась, пытается продумать маршрут дальнейшего подъема. Ночью, во сне она в сновидении пытается подняться выше, неожиданно срывается и падает вниз, ниже той площадки, на которой до этого остановилась. На следующий день состояние Р. заметно ухудшается.

Негативно-констатирующий сценарий контекстного сновидения отличается статичностью отрицательно окрашенной ситуации сновидения, ограничивающей пациента. Так, пациентка И., обратившаяся в связи с личностными проблемами семейного характера, в ходе проективной гипнотерапии увидела ночное сновидение, в котором она вошла в деревенский дом родственников мужа, где на нее напали черные кошки, царапали и кусали ее. Пациентка проснулась, испытывая чувство досады на родственников и мужа, которые “распустили” кошек.

Позитивно-динамический сценарий контекстного сновидения основан на успешном разрешении какой либо неприятной, болезненной ситуации в сновидении, преодолении ограничения. Приведем иллюстративный пример. Пациентка Т. пришла на психотерапию в связи с психосоматическими проблемами. В жизни ей предстояло провести банкротство госпредприятия, которое она возглавляла. В ходе успешной проективной гипнотерапии она увидела ночное сновидение следующего содержания. Т. стоит на обрывистом берегу реки, поросшем зеленой травой. Внезапно она поскальзывается и соскальзывает вниз почти до самой воды. Ей удается удержаться, схватившись рукой за куст травы. Т. внимательно осматривает участок берега, на котором соскользнула вниз, намечает себе путь подъема наверх. Затем она успешно поднимается наверх и выбирает себе новое, безопасное место на берегу. Все это время Т. остается совершенно спокойной и уверенной в себе. Через несколько месяцев после завершения терапии Т. позвонила автору и сообщила, что успешно решила проблему с банкротством госпредприятия и удачно нашла себе новую, лучшую работу.

Контекстные сновидения одного пациента в ходе проективной гипнотерапии могут обладать закономерной и завершенной динамикой, переходя от негативно-динамического этапа

к негативно-констатирующему, и, далее, к позитивно-динамическому этапу. В ряде случаев контекстные сновидения негативно-динамического этапа изначально отсутствуют, и их динамика включает негативно-констатирующий и позитивно-динамический этапы. Иногда контекстные сновидения сразу носят позитивно-динамический характер.

В-третьих, контекстные сновидения, трансформировавшие актуальные проблемы и конфликты проективным языком психики и организма самого пациента, являются ценнейшим материалом для дальнейших проективных преобразований в гипнотической реальности проективной гипнотерапии. Гипнотерапия позволяет пациенту заново войти в контекстное сновидение и пережить его с большим пониманием его содержания, терапевтическим преобразованием, развитием сценария, при участии и поддержке гипнотерапевта. При использовании повторного переживания контекстных сновидений задачей гипнотерапевта является перевод пациента на следующий динамический этап, с негативно-динамического этапа к негативно-констатирующему, и, по возможности, к позитивно-динамическому этапу.

В начале проективной гипнотерапии следует предупредить пациента о том, что он может в период гипнотерапии видеть необычные сновидения, и что было бы полезно запоминать и описывать такие сновидения гипнотерапевту. В случае появления контекстных сновидений они подлежат детальному описанию и обсуждению. Важно показать пациенту связь контекстных сновидений с актуализированным гипнотерапией его текущим состоянием, проблемами и конфликтами разных уровней. Затем материал контекстного сновидения может быть использован в процессе гипнотерапии в прямой или опосредованной форме. Прямое использование контекстного сновидения подразумевает повторное его переживание в терапевтически преобразованной форме. В случае невозможности повторного вхождения в контекстное сновидение во время сеанса гипнотерапии, а также при позитивно-динамических контекстных сновидениях могут использоваться их принципиальные положения, концепты, облаченные в уже выработанный собственный метафорический язык гипнотической реальности субъекта.

Структура проективной гипнотерапии

Разработанная нами в последние годы техника проективной гипнотерапии включает два этапа: 1) этап обучения пациента наведению гипнотической реальности; 2) терапевтический этап.

Этап обучение наведению гипнотической реальности

Длительность первого этапа варьирует от 1 до 2 сеансов.

В течение этапа обучения наведения гипнотической реальности, перед сеансом гипнотерапии, необходимо разъяснить пациенту смысл и цель использования проективной техники гипнотерапии. Такое разъяснение играет роль стыковочного сценария, согласовывающего используемую проективную технику с “моделью болезни и терапии” пациента.

Приведем примерный текст разъяснения, используемого нами при индивидуальной проективной гипнотерапии: “Вы, конечно же, знаете, что психика человека устроена таким образом, что одни и те же представления, состояния, переживания, эмоции она может передать словами, звуками и музыкой, зрительными образами и картинками, телесными ощущениями”. В этот момент могут быть приведены примеры на основе сведений из жизни самого пациента. “В гипнотическом состоянии данное свойство психики человека значительно усиливается. Благодаря гипнозу человек приобретает, например, возможность выразить и ощутить в зрительной форме не только свой предыдущий жизненный опыт, но и свои состояния, проблемы, переживания, особенности работы собственного организма. Более того, выражая все

это в гипнозе, он получает возможность влиять на проблемные состояния, позитивно изменять их”.

На этапе обучения наведению гипнотической реальности пациент вводится в гипнотическое состояние, затем проводится формализованное внушение (описанное ранее). Во второй части сеанса гипноза проводится пробное наведение биографически-заданной для пациента гипнотической реальности. Мы предпочитаем сюжеты гипнотической реальности из предшествующей жизни пациента, связанные с горами, водой (морем, реками), либо их комбинацией. Для наведения гипнотической реальности используются два основных приема. Первый состоит в обращении к воспоминаниям пациента о конкретных для него месте и времени с последующими активизацией его восприятия тогдашнего окружения и движением, перемещением в том окружении, которое становится в ходе такой работы гипнотической реальностью. Второй прием строится на обобщенном описании процесса перемещения и восприятия биографически-известной, природной среды, переходящем на описания восприятия, ощущений самого пациента. Приведем соответствующие приемам примеры конкретных описаний наведения гипнотической реальности.

1. Психотерапевт обращается к находящемуся в гипнотическом состоянии пациенту: “Я вспоминаю теперь ваш рассказ о горах. Иногда бывает интересно и полезно вспомнить о том месте и времени в горах, где побывал. И если посмотреть вокруг, вновь видишь виденное ранее, и, прислушавшись, слышишь те же звуки, дышишь тем же воздухом. И, если посмотреть, обернувшись вокруг, то можно вновь пойти вперед”.

2. Психотерапевт обращается к находящемуся в гипнотическом состоянии пациенту: “В жизни происходят очень интересные вещи и события. Вы знаете, иногда бывает очень интересно и полезно подняться в гору, потому, что чем выше ты поднимаешься, тем больше раскрывается перед тобой горизонт, тем дальше ты видишь вокруг. И когда ты идешь выше и выше, то начинаешь чувствовать усталость, чем выше, тем больше и тогда можно отдохнуть. И отдыхая, вновь смотришь вокруг, дышишь этим воздухом”.

Формальный смысл дальнейшей работы в примерах первой наведенной гипнотической реальности сводится к подъему на гору, изменению восприятия пейзажа (нахождению новых, ранее скрытых деталей, проявлению пейзажных макроструктур, запечатлению всего нового) спуску с нее, выходу из гипнотического состояния.

Работа в гипнотической реальности может осуществляться без обратной вербальной связи и в диалоговом режиме с обратной связью. После выхода из гипнотического состояния проводится опрос, уточняющий наличие и характер полученной гипнотической реальности, реакцию на нее пациента. В случае успешной реализации гипнотической реальности переходят ко второму терапевтическому этапу.

Терапевтический этап

В настоящее время проективная гипнотерапия как самостоятельный метод, относящийся к ИДГ включает в себя несколько методик и приемов, а именно: 1) символически-образную проективную гипнотерапию; 2) когнитивно-поведенческую гипнотерапию в вариантах копинга: невротического опыта; травматического опыта; опыта аддикций (химических, нехимических); 3) прием построением семантического пространства (открытая, закрытая формы) основанную на экзистенциально ориентированном рассказывании историй (преимущественно в групповом формате) в целях личностного роста: а) при образовательном процессе; б) как дополнение к символически-образной проективной гипнотерапии, в целях преодоления терапевтических тупиков.

Символически-образная проективная гипнотерапия

На втором этапе реализации трансформации наведенной гипнотической реальности перед терапевтом стоят сложные и во многом творческие задачи. Ведущий принцип психотерапии психогений неизменен и заключается в основанном на осознанном разрешении психологических конфликтов и проблем. Техника трансформации наведенной гипнотической реальности способствует реализации данного принципа на глубинном уровне, когда личность, ее проблемы и конфликты, равно как и проблемы организма могут быть проявлены как гипнотические мифы, иносказательность, отстраненность и обобщенность которых не мешает пациенту переживать их содержание и трансформационную динамику непосредственно чувственно, интимно.

В ходе терапии значимость различных составляющих психологического конфликта меняется, дезактуализация одних приводит к временному усилению других. Как уже ранее отмечалось, мы склонны понимать личностный психологический конфликт как своего рода иерархическую систему, в которой разрешение предъявляемой составляющей конфликта, проблемы, конфликта первого порядка приводит к актуализации связанной с ней составляющей, проблемы, конфликта второго порядка, и далее. Поэтому, в содержательном отношении, на втором этапе терапии терапевт и пациент работают над последовательным разрешением актуализированных ходом гипнотерапии психологических проблем – составляющих имеющегося психологического конфликта.

Возможны два способа выявления актуальных на настоящий момент конфликтов и проблем. Первый основан на их выявлении в ходе предварительной беседы перед сеансом гипнотерапии. Затем, на основе выявленного конфликта, проблемы психотерапевтом в сопоставлении с гипнотической реальностью предыдущего сеанса и ее объектами и явлениями, конструируется образная метафора, отражающая актуализированный конфликт, предусматривающая его констатацию, трансформацию, разрешение. Второй способ выявления актуальных текущих конфликтов и проблем заключается в выявлении их в метафорической, форме непосредственно в ходе проективной гипнотерапии на основании правил, сформированных нами ранее. Для этого после “возвращения” в прежнюю гипнотическую реальность пациента просят внимательно обследовать ее и выявить те ее объекты, которые вызывают у него негативные, неприятные ощущения, предстают как препятствия, ограничения. Затем гипнотическая реальность, либо поведение, нахождение в ней гипнотика преобразуются таким образом, чтобы изменить, преодолеть, обойти выявленные препятствия и ограничения.

Практика гипнотерапия неизбежно синтетична и использует оба способа. В ходе диалогического проективного сеанса гипнотерапии происходит метафорическая реализация актуализированных гипнотерапией текущих вторичных проблем и конфликтов, проективно преобразуемых психикой пациента в его гипнотическую реальность. Пациент при участии и поддержке гипнотерапевта активно исследует данную гипнотическую реальность, перемещается в ней, изменяет ее. Как уже отмечалось, в процессе подобной аналитической гипнотерапии материалом для построения очередных актуальных метафор и личностных гипнотических мифов могут использоваться рисунки пациентов проективного характера, содержание сновидений.

Таким образом, в процессе наведения гипнотической реальности, благодаря опосредованию пациентом на основе сконструированной метафоры создается личностный миф. Личностный гипнотерапевтический проективный миф всегда имеет исходное содержание, отражающее проблемы и конфликты личности и организма пациента. Благодаря взаимодействию гипнотерапевта и пациента данный гипнотерапевтический миф вступает в этап позитивных терапевтических преобразований, этап развития. Развитие гипнотерапевтического мифа может вернуть его на принципиально исходные позиции, оно может остановиться на этапе незавершенных терапевтических преобразований, и, наконец, гипнотерапевтический миф может быть благополучно, позитивно-терапевтически завершен. Вопрос о том, кто и что определяет завершенное развитие гипнотерапевтического проективного личностного мифа, не имеет однозначного ответа. Задача гипнотерапевта

заключается в стремлении построить позитивно завершенный гипнотерапевтический миф пациента и в необходимости констатировать реальный результат.

В процессе проективной гипнотерапии терапевт постоянно испытывает дефицит информации об объектах и событиях, гипнотической реальности пациента. Он никогда не сможет буквально “войти” в гипнотическую реальность пациента, ощутить и воспринять ее так, как ощущает и воспринимает пациент. Терапевту в каждом конкретном случае приходится заново решать проблему дефицита информации. Информация об объектах гипнотической реальности и их характеристиках и взаимосвязях получается гипнотерапевтом в ходе диалога с пациентом непосредственно в процессе гипнотерапии. Ее уточнение проводится после сеанса гипнотерапии. Хорошим средством понять мир образов и метафор пациента является анализ рисунков пациента, отражающих гипнотическую реальность очередного сеанса гипнотерапии и сделанных после сеанса.

Информация, которой насыщена гипнотическая реальность пациента, с позиции терапии является либо проблемно ориентированной, либо избыточной. В ряде случаев гипнотическая реальность пациента изначально проблемно ориентированна, упрощена. Избыточность гипнотической реальности возникает в тех случаях, когда она отражает личность в совокупности всех ее черт, плюс состояние организма пациента. Терапевтическую значимость в таких случаях имеет проблемная часть проективной реальности, которая отличается от иной, не содержащей проблем. Проблемную часть гипнотической реальности в данных обстоятельствах помогает выявить просьба, указание пациенту внимательно осмотреться, вчувствоваться в окружающую его обстановку, в самого себя для того, чтобы найти то, что негативно отличается от всего остального, “что-то неладное”.

Продолжение и момент завершения проективной гипнотерапии определяется общепринятыми клиническими и психологическими критериями. В отличие от формализованной групповой гипнотерапии, которая проводится обычно часто (ежедневно, через день), интервалы между сеансами индивидуальной проективной гипнотерапии могут быть больше, а частота уменьшена до 1-3 раз в неделю. Это связано с тем, что в большинстве случаев клинические, личностные изменения осознаются пациентом постепенно-естественным образом. Возможны комбинации формализованной групповой и индивидуальной проективной гипнотерапии, подключаемой для разрешения актуализированной, но не решенной в ходе групповой гипнотерапии текущей проблемы.

С точки зрения традиционной гипнологии “гипнотическая реальность” пациента-признак сомнамбулического гипноза. Считается, что большинство людей не способно достичь такой глубины гипнотического состояния. В нашей практике большинство пациентов, вошедших в гипноз, “входили ” в собственную “гипнотическую реальность”. Вероятно, ограничение, выявленное классической гипнологией, в большей мере связано с механистической формой проводившихся внушений, но не с самой природой гипноза.

Разработанная нами техника трансформации наведенной гипнотической реальности не является альтернативой иным формам гипнотерапии и шире, терапии в состояниях транса. Более, того, она имеет черты сходства с техниками, использующимися в рамках НЛП, Эриксоновского гипноза, гештальттерапии, психосинтеза, символдрамы. Это сходство порождается использованием проективных механизмов гипноза и гипнотерапии, применяемых в вышеперечисленных направлениях психотерапии, независимо от степени осознанности. Однако наша техника трансформации наведенной гипнотической реальности опирается на последовательный научный (психолого-феноменологический, физиологический, нейрофизиологический, биологический) анализ и понимание природы и механизмов гипноза и гипнотерапии, психотерапии. Такое понимание создает предпосылки к объективизации процессов разработки подходов, методов, методик психотерапии, снимая идеологические, в том числе эзотерические шоры и ограничения. Понимание гипнотической реальности как проекции актуальных личности и организма открывает широкие возможности их преобразования через преобразование гипнотической реальности, ее проблемных структур.

Аналитический аспект проективной гипнотерапии

В описании проективной гипнотерапии мы намеренно избегали использования психоаналитической терминологии, хотя, несомненно, с аналитических позиций работа с проективной гипнотической реальностью субъекта является динамической работой с его бессознательным.

В нашем понимании проективная гипнотерапии основана на некоем целостном, холистическом подходе к личности и организму человека, при котором принятие бессознательного и его динамики является аксиомой, а употребление психоаналитических понятий и процедур определяется лишь сценарными запросами пациента, основанными на его МБТ. Данное утверждение означает, что если пациент ожидает аналитических компонентов и построений в психотерапии, они должны быть ему предъявлены. В противном случае стыковочный сценарий психотерапии может быть основан на более обобщенных представлениях о связи гипнотической проекции с особенностями и проблемами психики и организма человека.

Работа с проективной гипнотической реальностью пациента, будучи сущностно психодинамической, не ограничивается интерпретацией инфантильных символов, выявленных аналитической процедурой, либо работой сновидения. Она так же не ограничивается психологическим уровнем. Проективная гипнотерапия, позволяет осуществлять позитивные преобразования психики и организма, используя мифологический, метафорический, символический язык самого индивидуума. Проблема проективной гипнотерапии заключается не в точности интерпретаций символики бессознательного и ее событийного осознания аналитиком и пациентом. Она заключается в преобразовании выявленных проблем гипнотической реальности (“места болезни”), основанного на нахождении направления вектора, потенциала терапевтических преобразований и личностно-организменных ограничений. Успешное преобразование гипнотической реальности, безусловно, ведет к лучшему осознанию и пониманию человеком собственных проблем и ограничений, однако это происходит в ходе их метафорического разрешения, преодоления и благодаря их разрешению и преодолению. Точная и однозначная интерпретация объектов гипнотической реальности, ее символов, является труднодостижимой и не первостепенной задачей. Объекты гипнотической реальности многозначны, содержат психическое и соматическое содержание одновременно. В проективной гипнотерапии большей значимостью обладает изучение объектов гипнотической реальности во взаимодействии гипнотика с ними и терапевтическая трансформация, либо преодоление проблемных объектов. Освоение гипнотиком собственной гипнотической реальности повышает ее символическую интерпретируемость.

Когнитивно-поведенческая проективная гипнотерапия в вариантах копинга: невротического опыта; травматического опыта; опыта аддикций (химических, нехимических)

Когнитивно-поведенческая проективная гипнотерапия в вариантах копинга: навязчивого, фобического невротического опыта; травматического опыта; опыта аддикций (химических, нехимических) предполагает наличие уже сформированных навыков работы индивидуума в символически-образной проективной гипнотерапии. После обретения пациентом навыков проективной работы, при наличии позитивной терапевтической динамики становится возможным ступенчатое прохождение, преодоление им в гипнотической проекции невротических, травматических фобических ситуаций.

Базовые принципы когнитивно-поведенческой проективной гипнотерапии заключаются в: 1) мотивировании пациента в преодолении фобической ситуации с опорой на имеющуюся позитивную терапевтическую динамику, понимаемую как собственное активное достижение пациента; 2) постулировании, реализации, осознании полного контроля пациентом

моделируемой в гипнозе фобической ситуации; 3) ступенчатом преодолении моделируемой в гипнозе фобической ситуации; переходе от успешного преодоления фобии в гипнотической проекции к преодолению (ступенчатому) ее в реальной ситуации.

Кратко рассмотрим проведение когнитивно-поведенческой проективной гипнотерапии применительно к фобии поездок в транспорте, например, в метро. Ее схема такова. На фоне имеющейся позитивной терапевтической динамики при проективной символически-образной гипнотерапии, во второй части сеанса гипнотерапии, пациенту предлагают, при его согласии и мотивированности, выбрать для себя самую простую (по его мнению) станцию метро и спускаться на нее, до появления внутреннего напряжения, затем вернуться на поверхность, снова спуститься, подняться, обращая внимание на выраженность напряжения, выявляя и подчеркивая его ослабление. В случае ослабления, исчезновения напряжения, пациенту предлагают спускаться глубже. После того, как пациенту удастся без напряжения, либо с минимальным напряжением спуститься на станцию метро, ему предлагают проехать одну остановку, две остановки, и более. Работа ведется в диалоге. В ближайшее время после успешного преодоления фобии метро при гипнотерапии пациенту рекомендуется, действуя по той же схеме, реализовать поездку в метро в реальности.

Построение семантического пространства в проективной гипнотерапии

В нашем понимании психотерапевтический диалог всегда создает терапевтически направленное и ограниченное семантическое пространство. В ИДП данный принцип используется осознанно и целенаправленно.

Принцип и методика построения семантического пространства в проективной гипнотерапии первоначально стали применяться для преодоления тупиковых ситуаций, возникающих у пациентов, клиентов в символически-образной проективной гипнотерапии.

Ранее уже описаны характерные для подобной гипнотерапии тупиковые ситуации первого, второго, третьего порядка (по мере сложности и разрешимости). Для преодоления тупиковой ситуации первого порядка предложен прием детальной ориентации пациента в имеющейся гипнотической реальности с нахождением средства разрешения данного тупика. Если данный прием оказывается успешным, то и сама тупиковая ситуация рассматривается как ситуация первого порядка. В случаях невозможности разрешения тупиковой ситуации на основе нахождения выхода из нее средствами самой гипнотической реальности, возникшая тупиковая ситуация рассматривается как тупиковая ситуация второго или третьего порядка. Для ее разрешения первоначально предлагается прием разрешения тупиковых ситуаций второго порядка, заключающийся в описании нескольких подобных тупиковых ситуаций и возможных средств к их разрешению. Если пациент, клиент, выслушивая подобные описания, находит собственные средства к преодолению возникшей тупиковой ситуации, реализует их, в силу чего тупиковая ситуация оказывается разрешенной, то сама ситуация диагностируется как тупиковая ситуация второго порядка. При невозможности разрешения тупиковой ситуации, возникшей в проективной символически-образной гипнотерапии, методом преодоления тупика второго порядка, предлагается его рассмотрение на уровне предельных экзистенций, жизни, смерти, смысла бытия, и т.д., что сопрягается терапевтом с мотивацией пациента, клиента на решение его личностных, болезненных проблем. В ряде случаев данный прием позволяет успешно разрешить возникшую тупиковую ситуацию, что позволяет рассматривать ее как тупиковую ситуацию третьего порядка. Отметим, что в ряде случаев тупиковые ситуации оказываются неразрешимыми. Грубой ошибкой в проективной гипнотерапии будет навязывание пациенту выхода из возникшего тупика, что с высокой вероятностью может привести к формированию ложно-иллюзорного выхода из тупиковой ситуации, уже описанном выше.

Прием построения семантического пространства, первоначально использованный для преодоления тупиковых ситуаций второго и третьего порядка оказался возможным использовать как самостоятельную методику проективной гипнотерапии.

В настоящее время мы используем данную методику в открытой – диалоговой, закрытой (когда явный диалог не ведется) формах, основанную на экзистенциально ориентированном рассказывании историй (преимущественно в групповом формате) в целях личностного роста: а) при образовательном процессе; б) как дополнение к символически-образной проективной гипнотерапии.

Методика построения семантического пространства в своей текстовой реализации выстраивается на основе семантического принципа тэрнеровских триад (10) с двумя оппонирующими и одним нулевым, латентным членом. Первоначально проводится сравнение, сопоставление двух явно оппонирующих элементов триады, которые в дальнейшем сопоставляются по отдельности и вместе с третьим, латентным ее элементом. В качестве краткого примера, рассмотрим схему построения семантического пространства для той же фобии метро: первый элемент – спокойное состояние вне метро, второй – напряженное состояние в метро, третий элемент – свобода перемещений. При построении семантического пространства используется психотерапевтически значимый материал самого пациента, клиента. Семантическое пространство выстраивается как совокупность множественных триад (3 и более), когда предшествующий элемент дополняется следующим, оппонирующим, более обобщенным, терапевтически нацеленным в область актуализации экзистенциальных ценностей.

Позитивная реакция пациента, клиента на работу в методике построения семантического пространства может заключаться: 1) в переживании собственного образного ряда, соответствующего общему смыслу реализуемого текста; 2) в построении на основе проговариваемых и проявляющихся в сознании собственных когниций нового понимания, отношения, состояния, обладающих терапевтической ценностью и смыслом.

Ограниченный формат издания не дает возможности приведения текстовой иллюстрации методики построения семантического пространства. Поэтому мы ограничимся примером проведения проективной гипнотерапии.

2.3.3. Пример проективной гипнотерапии

Пациентка А., 28 лет. Диагноз: Пролонгированное депрессивное расстройство (адаптации). При обращении заявила, что “вертится в тупике и не находит выхода”. Отмечала чувство подавленности и безысходности на протяжении года, в особенности последние полгода. Чувствует, что между ней и другими людьми возник барьер отчужденности, который она не может преодолеть.

А. выросла вторым ребенком в семье строгих, но любящих родителей. Родители и старший брат – инженеры-нефтяники. Брат старше пациентки на пять лет, живет своей семьей, но до сих пор опекает сестру. С 21 года А. живет самостоятельно.

В возрасте 11 лет А. перенесла инфекционный полиомиелит, полгода была неподвижна, затем постепенно “встала на ноги”. Считает, что выздоровление произошло во многом благодаря уходу матери.

С 5 летнего возраста А. занималась бальными танцами, в юности достигла уровня мастера международного класса. В школе училась успешно. По семейной традиции поступила в Нефтяной Университет, закончив его, год проработала инженером-нефтяником. Затем, она кончила бухгалтерские курсы, работала кассиром-контролером, продавцом, секретаршей. Последние два месяца А. работает.

Во время учебы на пятом курсе университета А. вышла замуж за сокурсника, однако отношения в браке не сложились, сделала аборт, после завершения учебы развелась. Считает, что не реализовала себя как женщина, после нескольких неудачных попыток построить личную жизнь, ориентирована на партнерские отношения с мужчинами, без любви.

До третьего курса университета А. занималась балльными танцами, затем прекратила танцевать. Однако после завершения учебы она вновь возобновила занятия танцами. Несколько раз пыталась уехать с танцевальной группой на работу в Италию, Испанию. В настоящее время А. ожидает вызова на работу в Италию, однако ожидание сильно затянулось.

А. подчеркивает полную тупиковость и безысходность сложившейся жизненной ситуации, указывает, что временами испытывает чувство полного отчаяния и тоски, тогда как обычное ее состояние “серое”, угнетенное.

Внешне А. производит впечатление эмоционально подавленной, ее лицо гипомимично, говорит тихим, дребезжащим, монотонным голосом.

А. спрашивает, можно ли ей помочь. В ответ психотерапевтом ей сказано, что ее тупиковое состояние носит исключительно субъективный характер, что у нее, безусловно, есть объективные предпосылки и личностные ресурсы для выхода из сложившейся ситуации. А. указано, что в проблеме, с которой она обратилась в данный момент, существуют два компонента: (1) ее эмоциональное состояние, (2) жизненная, личностная ситуация. И хотя, вне всяких сомнений эти компоненты взаимосвязаны, порядок их разрешения должен быть последовательным. Начинать следует именно с эмоционального состояния, а, изменив его, приступить к разрешению личностных, жизненных проблем. Поэтому А. предстоит отнестись к психотерапии как к временной передышке, необходимой для накопления сил, во время которой важно найти в себе внутреннее равновесие, разобраться в себе самой и в ситуации, а затем, проанализировав все приступить к осмысленным действиям. А. предложена гипнотерапия, на что получено согласие.

Первый сеанс проективной гипнотерапии

На первом сеансе гипнотерапии, после успешной гипнотизации и формализованной гипнотерапии, было проведено пробное наведение гипнотической реальности с обратной связью с подъемом на гору.

Р.Т.: ... Я знаю, что вы любите и умеете двигаться. Вы можете не только двигаться, но и делать это красиво. Однако сейчас наша задача проще. Вполне достаточно вспомнить и ощутить самое простое и главное в движении – ходьбу. Человек может идти по ровной дороге, спускаться вниз, подниматься вверх. Я думаю, что наиболее интересен подъем вверх. Потому что при подъеме вверх происходят две вещи. Во-первых, чем выше ты поднимаешься, тем больше ты от этого устаешь. Во-вторых, и это главное, чем выше ты поднимаешься, тем больше начинаешь видеть то, что окружает тебя. И чем дольше ты поднимаешься, тем яснее ты понимаешь особенности и взаимосвязи того, что вокруг. И тогда то, что раньше казалось тебе абсолютно отдельным, несвязанным с остальным, чуждым, оказывается тесно взаимосвязано со всеми и всем. А то, что воспринималось взаимосвязанным, оказывается совершенно отдельным и особым. Чувствуете нагрузку от подъема?

А.: Да.

Р.Т.: Далеко еще до вершины?

А.: Нужно еще пройти.

Р.Т.: А теперь дошли?

А.: Да.

Р.Т.: Посмотрите внимательно вокруг себя. Что вы видите?

А.: Высокая гора. (Пауза 2-3 минуты, делает ориентировочные движения глазами при закрытых веках, чуть поворачивая голову.) Я поднялась. (Пауза.) Как каньон в прерии. Впереди водопад, похож на Ниагару. Перед ним столбчатые горы. Зеленые деревья. Внизу животные, которых надо остерегаться.

Р.Т.: Какие животные?

А.: Львы, гепарды, другие хищники. (Пауза.) Гепард гонится за антилопой. Над прерией летают орлы.

Р.Т.: Гепард догнал антилопу?

А.: Нет, она убежала.

Р.Т.: Как вы себя здесь чувствуете?

А.: Мне здесь нравится.

Р.Т.: Вы хотите остаться здесь, или выберете себе другое место и пойдете туда?

А.: Я хочу к водопаду, но не знаю, как пройти мимо хищников.

Р.Т.: А сюда они не могут добраться?

А.: Нет, между нами расщелина.

Р.Т.: В вашем положении, по крайней мере, одно преимущество. Вы сверху все хорошо видите, а к Вам хищники добраться не смогут.

А.: Да, я это понимаю.

Р.Т.: Может быть не стоит никуда идти? Просто постоит, посидите, подышите свежим воздухом, отдохните и наберитесь сегодня сил.

А.: Хорошо. Я посижу здесь, мне нравится смотреть.

Р.Т.: А когда вы отдохнете, как следует, и наберетесь сил в этом безопасном месте, вы сможете плавно, спокойно выйти из гипнотического состояния. (Пауза 4-5 минут.)

А.: Я выхожу.

Р.Т.: Хорошо. Делаем 3-4 глубоких вдоха, слегка напрягаем мышцы всего тела и полностью выходим из гипнотического состояния.

После выхода из гипнотического состояния А. чувствует себя успокоенной, слегка улыбается. Пациентке предложено зарисовать то, что она видела.

Второй сеанс гипноза назначен через день.

Второй сеанс проективной гипнотерапии

На второй сеанс гипнотерапии пациентка пришла более оживленной. Отметила, что настроение все время между сеансами было хорошим, заметно улучшилось. За истекшее время барьера между собой и другими людьми не возникало.

Пациентка принесла выполненный цветными карандашами и фломастерами рисунок. На рисунке, сверху изображена “прерия” (название А.), а точнее саванна (животные африканские). На переднем плане, в центре листа гепард гонится за антилопой, справа высокое одиночное дерево. На втором плане по центру листа и слева столбчатые горы, высокие тропические деревья. Справа высоко над саванной парят два крупных орла. Слева сзади большой водопад. Вода, обрушившись вниз широким потоком, течет направо и вдаль. После уточнения расположения и значения деталей рисунка, проведено его совместное обсуждение.

Р.Т.: Вы хорошо справились с рисунком. Все детали узнаваемы. Тот вид, который вы видели, действительно красив. Он захватывает и привлекает. Но в нем есть одна значимая отрицательная черта. Вы не смогли добраться туда, куда вам хотелось, к водопаду, потому что внизу – опасные хищники. А если бы их не было? Если бы Вам не мешала спуститься вниз пропасть, у которой Вы стояли?

Посмотрите на эти столбчатые горы, на эти деревья и водопад, к которому Вас потянуло тогда. Посмотрите и скажите сейчас, родное все это Вам, или чужое? Как вы их воспринимаете, ощущаете? Вы могли бы здесь находиться постоянно?

А.: Все это красиво, мне нравится, но теперь я чувствую, что это чужое.

Р.Т.: Вы могли бы здесь жить? (Указывает на рисунок.)

А.: Нет. Не смогла бы. Я была как туристка.

У нас есть дом в деревне, в горах. Я живу там по несколько дней, иногда недель летом. Я очень люблю эти места.

Р.Т.: Я думаю, что вы теперь можете найти для себя нечто более близкое и подходящее Вам, чем то, что нашли в первом гипнозе.

Итак, входим в гипнотическое состояние. Далее проведена формализованная гипнотизация.

Р.Т.: Мне интересно, где вы окажетесь в этот раз. Будет ли это Африка, Южная, Северная Америки, а может быть Австралия? Осмотритесь вокруг себя внимательно. Это тоже горы, или что-то другое?

А.: (Молчит, глаза совершают ориентировочные движения.) Это гора рядом с деревней, на Павловке (название местности).

Р.Т.: Что вы видите еще?

А.: Я стою у дороги. Впереди луга со стогами сена. Справа – березовый лес. Солнце скоро зайдет.

Р.Т.: Вы будете стоять здесь, или пока не стемнело, погуляете где-нибудь?

А.: Я схожу в лес. Это недалеко. Лес светлый. Там папоротники, цветы, ягоды.

Р.Т.: Здесь есть хищники, что-то опасное?

А.: Нет здесь всегда спокойно. Я ничего здесь не боюсь.

Р.Т.: А змеи?

А.: Их здесь нет.

Р.Т.: Что вы будете делать дальше?

А.: Я погуляю, поброжу, подумаю, а затем вернусь в дом.

Р.Т.: Хорошо. Я Вас не тороплю. А после того, как вы погуляете, вернетесь в дом, наведете там порядок, если это необходимо, вы плавно, спокойно, не торопясь, выйдете из гипнотического состояния. (Пауза в –5-6-минут.)

А.: Я закончила.

Р.Т.: Хорошо. А теперь полностью выходим из гипнотического состояния. Дышим поглубже и выходим из гипнотического состояния.

После выхода из гипнотического состояния А. чувствует себя спокойной, отдохнувшей. Заявляет, что ходила в лес, собирала цветы. Пациентке предложено зарисовать то, что она видела.

Третий сеанс гипноза назначен через два дня.

Третий сеанс проективной гипнотерапии

На третий сеанс гипнотерапии А. пришла в макияже, тщательно одетой, подтянутой. Отметила, что стала лучше спать. На плохой сон не жаловалась, потому что привыкла спать поверхностно, поздно ложиться, долго не засыпать. За дни от начала психотерапии стала ложиться раньше из-за сонливости после 23 часов, засыпает быстро, встает с ясной головой и хорошим настроением. А. отметила, что думала о своей ситуации, находит ее не столь драматичной, как прежде. Поняла, что ей не обязательно настраиваться исключительно на выезд из страны. Занимаясь бальными танцами, А. научилась хорошо шить себе танцевальные костюмы и вполне может неплохо зарабатывать шитьем. Многие знакомые предлагали ей шить для них, но она отказывалась. Теперь А. хочет попробовать.

Пациентка принесла очередной, выполненный цветными карандашами и фломастерами рисунок. На рисунке, вид сверху сбоку, изображены горные луга. На переднем плане, слева направо (или наоборот) тянется грунтовая деревенская дорога. В левом углу, перед дорогой цветы и заросли папоротника. Справа пень, рядом, ягоды земляники. На втором плане луга со стогами сена. Слева два стога под сосной и один, стоящий отдельно. Справа, ближе к центру два стога, на горизонте, вдалеке – еще три. Ниже них, за дорогой, стоит березовая роща. Вдали голубое небо и низкое, вытянутое в горизонтальной плоскости, эллипсоидное солнце.

Рисунок не обсуждается.

Р.Т.: Это хорошо, что вы нашли для себя новую возможность зарабатывать на жизнь. Но кое-что меня в Вас удивляет. Раньше Вы несколько лет настраивались на выезд из страны и карьеру танцовщицы в ресторанах и клубах. Но вам уже 28 лет. Для женщины это не возраст, а для танцовщицы? Я думаю, что у вас уже могут быть какие-то профессиональные отклонения в состоянии здоровья. Это не так? Кроме того, клубы и рестораны могут предпочесть не талантливых, а более молодых артисток. Я ошибаюсь?

А.: У меня действительно побаливают голеностопные суставы и стопы.

Р.Т.: С другой стороны у Вас большой танцевальный опыт и высокий уровень мастерства. Я не специалист, но уверен, что обучение бальным танцам пользуется устойчивым спросом, и Вы вполне могли бы заниматься именно этим. Что вы делаете лучше, шьете или танцуете?

А.: Танцую, разумеется.

Р.Т.: А как вы ладите с детьми, подростками? Вы можете обучать танцам?

А.: Сертификаты у меня есть, я и раньше помогала своему руководителю.

Р.Т.: Так почему же Вы работаете бухгалтером, продавцом, секретарем, истово истощаете себя в ожидании отъезда из страны, но не занимаетесь, казалось бы, наиболее естественным, преподавая то, что Вы знаете и умеете лучше всего? Я не уверен, что это действительно Ваше, мне просто непонятно, почему Вы игнорируете эту возможность? Почему Вы сами воздвигаете внутри себя барьеры и ограничения. Мы не касались Ваших взаимоотношений с мужчинами, но не кажется ли Вам, что и здесь могут проявляться те же внутренние ограничения. Я полагаю, Вам стоит подумать над этим.

А. молчит.

Р.Т.: Скажите еще одно. У вас есть какие-либо повторяющиеся сновидения, которые вы видите время от времени, особенно если у вас что-то не ладится в жизни?

А.: (Задумывается.) После полиомиелита, лет с 12 мне достаточно часто снится однотипный сон. Я нахожусь в тесном карцере и не могу пошевелиться, а затем в страхе просыпаюсь.

Р.Т.: Хорошо. Теперь можем войти в гипнотическое состояние.

Далее проводится формализованная гипнотизация.

Р.Т. Сейчас, когда вы находитесь в гипнотическом состоянии, я прошу вас вспомнить все те неприятные сновидения, о которых вы только что мне рассказали. И не только вспомнить. Эти сновидения имеют отношение к Вашим внутренним барьерам и ограничениям. Поэтому будет полезным войти в этот сон. Где вы сейчас?

А.: Я в этой норе. (Плечи поднимаются, руки прижимаются к телу, дышит учащенно.)

Р.Т.: У норы есть выход?

А.: Нет!

Р.Т.: Быть того не может! У любой норы есть выход, но его нужно найти. Что-нибудь получается?

А.: Нет. Я в норе голая, прижата со всех сторон, не могу пошевелиться.

Р.Т. У норы всегда есть выход! Вы расположены вдоль норы, значит выход либо вверху, либо внизу, под ногами.

А.: Под ногами твердое.

Р.Т.: А что над головой?

А.: Над головой потолок, руки прижаты, я не могу ими пошевелить.

Р.Т.: Две руки одновременно вы не поднимете, а вот если одну руку сместить вниз, другую вы сможете проташить и вытянуть вверх. Попробуйте!

А.: (Пауза 2-3- минуты, лицо напряженное, дышит учащенно.) Я протащила одну руку вверх. Поднимаю другую. Тут какая-то перегородка. (Пауза.) Она тонкая, ломается. Я делаю дыру, выбираюсь. (Пауза 2-3 минуты.) Я выбралась. (Лицо расслабляется, дыхание постепенно успокаивается.)

Р.Т.: Где вы теперь? Что это за место?

А.: Я стою на той же горе, что и в прошлый раз, у деревни, где дом.

Р.Т. А что с норой?

А. Ее больше нет. Все ровное.

Р.Т. А если Вы снова попадете в такую нору?

А.: Я выберусь!

Р.Т. Что теперь?

А.: Я пойду в лес, буду там гулять, дойду до папоротников. (Пауза 2-3 минуты.)

Р.Т.: Что теперь?

А.: Пойду в дом в деревне, где живу. (Пауза 2-3 минуты.)

Р.Т.: Вы уже в доме?

А.: Нет, только подхожу.

Р.Т.: В доме все в порядке?

А.: Да.

Р.Т.: Как себя чувствуете?

А.: Свободно. Хорошо.

Р.Т.: Хорошо. А теперь делаем несколько глубоких вдохов, выдохов и полностью и окончательно выходим из гипнотического состояния.

После выхода из гипнотического состояния А. чувствует себя хорошо. Отмечает что спокойна, уверена в себе.

Третий сеанс гипнотерапии был последним.

Через месяц, в телефонном разговоре пациентка заявила, что чувствует себя хорошо, намного лучше, чем прежде. Она устроилась преподавателем бальных танцев, ведет две группы, работой довольна. Настроение ровное, хорошее.

Повторный звонок А. через полгода после лечения подтвердил устойчивость терапевтического результата. Успешно работает преподавателем бальных танцев. Удовлетворена работой и жизнью.

Катамнез: состояние остается устойчивым в течение 3-х лет.

2.4. Заключение к главе

Изложение интегративной модальности психотерапии неизбежно подразумевает описание ее структур и динамических функций. Поскольку любое мало-мальски системное изложение модальности подразумевает освещение обеих составляющих, может создаться впечатление, что структурно-динамическое описание тождественно динамически-структурному, процессуальному описанию интегративной психотерапии что в корне неверно. В современной интегративной психотерапии следует выделять компонентно-ориентированные и процессуально-ориентированные модели психотерапии

Компонентно-ориентированные модели интегративной психотерапии описывают психотерапию с позиции выделения определенных компонентов психотерапии, и их взаимосвязей (пример развиваемой В.В. Макаровым с соавторами (2006) полимодальной психотерапии).

Процессуально-ориентированные модели интегративной психотерапии, описывают психотерапию с позиции поэтапно реализующегося процесса психотерапии (сюда следует отнести мультимодальную психотерапию А. Лазаруса (2001), классическую клиническую психотерапию М.Е. Бурно (2006). ИДГ является процессуально ориентированной модальностью интегративной психотерапии.

В рамках ИДГ в настоящее время предпринимаются шаги к трансформации ее в полноформатную интегративно-диалоговую психотерапию.

Литература

1. Березин Ф.В. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. - Л., 1988. - 270 с.
2. Бурлачук Л.Ф. Исследование личности в клинической психологии. - Киев, 1979. 176 с.
3. Бурлачук Л.Ф. О проекции как принципе построения методов исследования личности // Вопросы диагностики психического развития. - Таллин, 1974. - с. 33-34.
4. Бурно М.Е. Клиническая психотерапия. – М., 2006, 800с.
5. Карвасарский Б.Д. Неврозы. - М., 1990. 475 с.
6. Лазарус А. Краткосрочная мультимодальная психотерапия. – СПб, 2001. – 256 с.
7. Макаров В.В. с соавт. // Система полимодальности // профессиональная психотерапевтическая газета, 2006, № 12 (50), с.2.
8. Теория и практика аутогенной тренировки /А.Г. Панов, Г.С. Беляев, В.С. Лобзин и др./ Под ред. проф. В.С. Лобзина. 2-е изд. Л., 1980. 244 с.
9. Тукаев Р.Д. Феноменология и биология гипноза (теоретический анализ и практическое применение). - Уфа, 1996, 270 с.
10. Тукаев Р.Д. Психотерапия: структуры и механизмы. М., 2003, 296 с.
11. Тукаев Р.Д. Российская мультимодальная психотерапия. Часть 2. Теоретические перспективы. // Психотерапия, 2004, т.1, с. 18-24.
12. Тукаев Р.Д. Гипноз. Феномен и клиническое применение. - М., 2006, - 448 с.
13. Тукаев Р.Д. Психотерапия: теории, структуры, механизмы. - М., 2007, - 392 с.
14. Турченко Н.М. Использование гипносуггестивной психотерапии в ведении осложненной беременности при различной стереофункциональной организации системы «мать-плацента-плод. Диссертация на соискание ученой степени кандидата мед. Наук. – Ростов-на-Дону, 2006 158 с.
15. Тэрнер В. Символ и ритуал. – М., 1983. – 277 с.
16. Фрейд З. Психология бессознательного: сб. произведений. - М., 1989, 447 с.
17. Фрезер Д.Д. Золотая ветвь: Исследование магии и религии. Пер. с англ. – 2-е изд. – М., 1983. –703 с.
18. Шерток Д.Л. Гипноз. - М., 1992. - с. 126-128.
19. Crawford H.J., Crawford K., Koperski B..J. Hypnosis and lateral cerebral function as assessed by dichotic listening // Biol. Psychiatry, 1983, V.18, № 4, 415-427.
20. Crawford H.J., et al., Sustained attentional and disattentional abilities: differences between low and highly hypnotizable persons // Abnorm. Psychol., 1993, V. 102 № 4, p. 534-543.
21. Crawford H.J.,Clarke S.W., Kitner-Triolo M. Self-generated happy and sad emotions in low and highly hypnotizable persons during waking and hypnosis: Laterality and regional EEG activity differences // Int. J. Psychophysiol.,1996, V. 24, № 3, p. 239-266.
22. Crawford H.J., Horton J.E. Why can't we all control pain with hypnosis? Behavioral, neurophysiological and morphological brain differences may be the answer // 15th International Congress of Hypnosis. Book of Abstracts. October 2 – 7, 2000, p. 30.
23. DePascalis V., Penna P.M. 40-Hz EEG activity during hypnotic induction and hypnotic testing // Int. J. Clin. Exp. Hypn. 1990. vol. 38, N 2. p. 125-138.
24. DePascalis V., Carboni G. P300 event-related-potential amplitudes and evoked cardiac responses during hypnotic alteration of somatosensory perception // Int. J. Neurosci., 1997, V.92, № 3-4, P. 187-207.
25. Edmonston W.E.Jr., Moskovitz H.C. Hypnosis and lateralized brain functions // Int. J. Clin. Exp. Hypn. 1990. vol.38, N 1. p. 70-84.
26. Meyer H.K., Dichl B.J., Ulrich P.T., Meinig G. [Changes in regional cortical blood flow in hypnosis]//Z. Psychosom Med. Psychoanal., 1989, V. 35, № 1, p. 48-58.
27. Jasiukaitis P., Nouriani P., Hugdahi K., Spiegel D. Relateralizing hypnosis: or, have we been barking up the wrong hemisphere? // Int. J. Clin. Exp. Hypn., 1997, V. 45, № 2, p. 158-177.

28. Rainville P, Hofbauer RK, Bushnell MC, Duncan GH, Price DD. Hypnosis modulates activity in brain structures involved in the regulation of consciousness. *J Cogn Neurosci*. 2002 Aug 15;14(6):887-901.
29. Rainville P, Hofbauer RK, Paus T, Duncan GH, Bushnell MC, Price DD. Cerebral mechanisms of hypnotic induction and suggestion. *J Cogn Neurosci*. 1999 Jan;11(1):110-25.
30. Wik G, Fischer H, Bragee B, Finer B, Fredrikson M. Functional anatomy of hypnotic analgesia: a PET study of patients with fibromyalgia. *Eur J Pain*. 1999 Mar;3(1):7-12.

Экономические и организационно-методические проблемы психотерапии

М.М. Решетников

Страховая медицина появляется не с введением тех или иных законов, а с формированием принципиально нового терапевтического навыка – считать.

Современный этап российских реформ вызвал фундаментальные изменения в системе охраны здоровья нации и со всей очевидностью поставил проблему осмысления ситуации, в частности, с точки зрения трех ключевых вопросов: стоимости, качества и доступности психотерапевтической помощи для населения. Самостоятельной проблемой является оценка действенности профилактической, терапевтической и коррекционной работы, а также – сугубо прагматических вопросов – их экономической эффективности. Все эти проблемы для российских специалистов, традиционно не имеющих склонности считать, являются новыми и требуют как общеметодического анализа, так и апелляции к зарубежному опыту (при обязательной критической переоценке последнего, так как экономические и юридические базисы всего комплекса этих проблем фактически несравнимы).

Появление этой работы имеет свою историю: вначале она задумывалась как рецензия на книгу “Стоимость и эффективность психотерапии”⁹, но в итоге вылилась в гораздо более широкие размышления на эту тему, а это несколько иной жанр. В то же время мы будем активно апеллировать к упомянутой выше работе. Уже после начала подготовки этого материала было осознано, что он будет лишь этапным, так как вряд ли удастся изложить и проанализировать все возникшие идеи в краткие сроки, диктуемые активной подготовкой новых официальных документов Министерства здравоохранения. В этом разделе будет предпринята попытка осмыслить только чрезвычайно интересные обобщения зарубежных коллег из США и Канады, в частности – материалы: John P. Docherty “Рыночные реформы здравоохранения и экономическая эффективность психотерапии”¹⁰, а также – Joel Sadovoy and Kristopher Perry “Психотерапевтическое обеспечение и экономическая эффективность (с канадской точки зрения)”¹¹.

АМЕРИКАНСКИЙ ОПЫТ

Запрос и стоимость

⁹ Cost-Effectiveness of Psychotherapy. Edited by Nancy E. Miller and Kathryn M. Magruder, - N-Y: Oxford University Press, 1999. – 347 pp.

¹⁰ Docherty J.P. Market-Based Health Reform and the Cost-Effectiveness of Psychotherapy. Там же. – С. 3-14.

¹¹ Sadovoy J., Perry K. Psychotherapy Services and Cost-Effectiveness: A Canadian Perspective. Там же. – С. 327-334.

Ссылки на беспрецедентный рост психопатологии и неутешительные прогнозы ВОЗ на ближайшие десятилетия в этой сфере стали уже общим местом, и мы не будем повторять их. Упомянем лишь, что, как прогнозируется, уже к 2020 году психические заболевания станут ведущими причинами инвалидизации населения планеты, при этом униполярная депрессия займет второе место (после ишемической болезни) в первой десятке заболеваний, приводящих к инвалидности.

На фоне этих неутешительных прогнозов наши американские коллеги в первую очередь обращают внимание на постоянное расширение спектра психиатрической помощи и психотерапевтических услуг и столь же беспрецедентный рост их стоимости, а также на увеличение удельного веса и повышение популярности частных терапевтических учреждений за два-три последних десятилетия. Так, например, в США:

количество частных психиатрических лечебниц с 1970 по 1988 год возросло с 150 до 444 (то есть – почти в 3 раза или до 296%);

количество случаев госпитализации по психиатрическим показаниям с 1965 по 1990 год увеличилось с 1.565.525 до 2.262.474 случаев в год (в 1,5 раза или 145%);

количество амбулаторных посещений пациентов, имеющих психиатрические диагнозы, за 1965-1990 годы возросло с 1.071.000 до 5.810.405 в год (в 5 раз или 543%);

количество амбулаторных посещений по причинам, связанным с парапсихиатрическими нарушениями, за тот же период увеличилось почти в 10 раз.

Здесь, как, впрочем, и далее, неуместно какое-либо сравнение. Мы вряд ли уступаем США в уровне психопатологии, но количество специалистов, действующих в области психического здоровья - психиатров, психотерапевтов, психологов, психиатрических медсестер (с высшим образованием) и социальных работников у нас примерно в 10 - 15 раз меньше. Поэтому целью данного анализа является не сравнение, а выявление и изучение тенденций в их социально-экономической и исторической перспективе.

С этой же точки зрения следует рассматривать и американские данные об экономике сохранения психического здоровья, где наблюдается беспрецедентный рост расходов.

Например, бюджет Национального Института Психического Здоровья США с 1945 года до 1996 года (более поздних данных нет) увеличился с 1 млн 119 тыс долл. до 661 млн 290 тыс долл.: немислимая цифра – 59000%! При этом в данные 1996 года не включены средства федерального правительства США, выделяемые Национальной Ассоциации Охраны Психического Здоровья и на борьбу со злоупотреблением наркотиками, бюджет которых составляет около 2 миллиардов долларов. А совокупные расходы всех организаций, занятых или привлекаемых к охране психического здоровья в США, только за период с 1969 по 1990 год увеличились в 8,6 раза: с 3,3 млрд долл. до 28,4 млрд долл. Законодатели и правительство США оценивают рост расходов на медицину в целом как “пугающий”, при этом в области психиатрии и психотерапии, где стоимость лечения и общие затраты росли за последние десятилетия почти в 3 раза быстрее, чем в соматической медицине, эти оценки звучат как “удручающие”.

Тем не менее, официально констатируется, что спрос на психиатрическую и психотерапевтическую помощь, и особенно – на амбулаторное лечение в последние десятилетия постоянно превышает спрос на услуги общей медицины, что требует пересмотра системы предоставления такой помощи пациентам и расширения перечня страховых случаев в психотерапии.

Качество

По мнению квалифицированных американских экспертов, основной проблемой в области качества охраны психического здоровья являются: диагностика, выбор метода и определение протяженности курса лечения (в последнем случае – с точки зрения его адекватности имеющемуся психическому расстройству). Здесь, судя по всему, мировая и российская медицина имеют общие проблемы, среди которых следует выделить главные.

Во-первых, это “региональный разнобой” (а точнее было бы сказать “полный волюнтаризм” отдельных специалистов даже в одном и том же городе) в выборе методов терапии или коррекции, которые более соотносятся с индивидуальными предпочтениями конкретных врачей или психологов, чем с клиническими показаниями.

Но там, где мы традиционно апеллируем к отдельным наблюдениям или “отдельным недостаткам”, наши западные коллеги оперируют данными конкретных исследований и цифрами. В частности, авторами рецензируемого исследования отмечается, что врачи общей практики, как правило, вообще не распознают депрессии, а в тех единичных случаях, когда такой диагноз ставится, ошибочные заключения составляют 56%. Как бы это ни казалось странным, но психиатры и психотерапевты ставят такие же ошибочные диагнозы депрессии без достаточных на то оснований в 64%!¹² Наиболее эффективные и имеющие солидное научно-практическое обоснование психосоциальные методы лечения фобий применяются лишь у 15 - 38% пациентов с этим заболеванием.

Следует особо отметить, что проведенный в США анализ многочисленных случаев негативных результатов лечения и рецидивов депрессии свидетельствует, что большинство из них обусловлены недостаточной дозой или недостаточной продолжительностью курса лечения. В частности, в 29% случаев, при наличии явных показаний антидепрессанты вообще не назначались, еще в 24% случаев они назначались или в недостаточной дозе или вообще – для приема “время от времени”. При этом положение о наблюдении за реакциями пациентов на назначение тех или иных препаратов, а также о сочетании медикаментозного лечения с психотерапией выполняется в единичных случаях. Одновременно с этим, несмотря на совершенно противоположные рекомендации ведущих медицинских центров, среднесуточная доза нейролептиков, назначаемая стационарным больным, увеличилась за последние десятилетия почти в 2 раза. Во многих случаях необоснованно пролонгируются сроки стационарного лечения пациентов. В качестве особого вывода (делающего честь нашим коллегам) следует отметить, что в случаях неудачного лечения или рецидивов, у терапевтов начинает превалировать отрицательное отношение к пациентам и избегание трудных случаев.

Доступность

По современным данным, более 40 млн. граждан США (14% от 285 млн. населения) не имеют медицинских страховок и, следовательно, не могут претендовать на сколько-нибудь качественное медицинское обслуживание. Еще более удручающие данные выявлены при “эпидемиологическом” обследовании: оказалось, что лишь менее 30% лиц, страдающих психическими заболеваниями, получают хоть какую-то профессиональную помощь. Квалифицированную психотерапевтическую помощь, даже из тех категорий населения, которым она доступна, получают менее 50% пациентов с аффективными расстройствами, около 30% с тревожно-мнительным синдромом и лишь 20% зависимых. Таким образом, следует сделать вывод, что данные, приведенные в разделе “Спрос и стоимость”, отражают спрос и, соответственно, затраты, примерно на 30-40% всех потенциальных пациентов. Почему одни прибегают к психотерапевтической помощи, а другие нет? Это вопрос, на который может быть много гипотетических ответов, но лучше бы его исследовать.

Еще более удивительными (и не коррелирующими с приведенными выше) представляются данные о низкой частоте повторных обращений за помощью лиц, страдающих хронической психиатрической патологией и зависимостями: в среднем только 42% таких пациентов хотя бы раз в год обращались в психиатрические учреждения по поводу их основного заболевания и только 26% - получали при этом квалифицированную профессиональную помощь.

¹² Для этого есть конкретное объяснение, не имеющее ничего общего с гипердиагностикой, о котором будет сказано ниже (см. разделстр.)

Какой вывод можно сделать? Вероятно, существуют две различных категории пациентов с психопатологией: проявляющие заинтересованность в лечении и не имеющие таковой.

Выполним ли социальный заказ?

Растущая обеспокоенность состоянием психического здоровья во всем мире диктует весьма специфический социальный заказ: снизить стоимость, повысить качество и увеличить доступность квалифицированной психиатрической и психотерапевтической помощи. Несколько забегаая вперед, вероятно, следует признать, что в рамках действующей парадигмы теории и практики, этот социальный заказ невыполним. Следовательно, требуется пересмотр парадигмы, актуальной теории и сложившейся практики. Но прежде чем говорить о пересмотре, следовало бы хотя бы попытаться оценить наличное состояние дел в этой сфере.

Мы не будем здесь обращаться к таким серьезным методологическим вопросам, как понятия “нормы” и “патологии” в психиатрии, психотерапии и психологии, которые, по нашему представлению, также требуют существенного пересмотра. Рассмотрим вопросы более “приземленные” и более практические.

Методический бум

Благодаря преимущественно работам З.Фрейда и его последователей, уже в начале 40-х годов XX века психотерапия фактически сложилась как самостоятельная специальность и уже к концу 50-х стала неотъемлемой частью системы здравоохранения в целом ряде стран. Характерной особенностью этого периода стало безудержное творчество специалистов. Хотя большинство квалифицированных экспертов считает, что количество научно обоснованных методов в психотерапии весьма ограничено (психодинамическая, поведенческая, гештальт, рациональная, суггестивная, когнитивная), в настоящее время описано уже несколько сотен “новых” методов и модификаций, претендующих на самостоятельность. Как неоднократно отмечал Б.Д.Карвасарский, некоторые психотерапевты считают, что жизнь прошла зря, если им не удалось предложить собственный метод.

Другой проблемой является все более заметное “размывание” понятия психотерапии как узко медицинской (то есть – исключительно врачебной) сферы деятельности. Отношение к этому процессу у специалистов (и врачей, и неврачей) очень различно. Одни придерживаются строго “медицинской модели”, другие, с учетом тенденций мировой практики, расширяют ее до “медико-психологической”, третьи, вслед за австрийскими специалистами, предлагают вообще вывести психотерапию за рамки “прокрустова ложа” медицины. Каждая сторона имеет свои, и достаточно убедительные, доводы и обоснования. Если читателя интересует точка зрения автора, то она ближе к “медико-психологической”, уже хотя бы потому, что не замечать явную (и ее стоило бы оценить как положительную) тенденцию к психологизации психотерапии уже просто невозможно. Эта психологизация включает методологический и кадровый компоненты, при этом последний, вероятно, наиболее ярко демонстрирует ведущую тенденцию: по нашим данным на одного систематически практикующего врача-психотерапевта в России приходится как минимум 3 практикующих психолога. При этом существенно, что профессиональная компетентность и первых, и вторых оценивается пациентами с равной значимостью. Ранее действовавшее (и пока не отмененное) положение о том, что врач-психотерапевт - это исходно врач-психиатр, игнорируется практически повсеместно самими руководителями психотерапевтических служб регионов России.

Но это - почти позитив. А что в негативе? К сожалению, пока следует признать, что, несмотря на обилие научной литературы и даже появление специализированных институтов для подготовки психотерапевтов по конкретным направлениям, в целом наша

сфера деятельности ближе к варианту некоего “кустарного производства”, где есть отдельные более или менее искусные специалисты, применяющие те или иные методы в своих кабинетах и достигающие тех или иных успехов у тех или иных отдельных пациентов (о чем они обычно с удовольствием сообщают в профессиональной печати, – автор не делает для себя исключения). Что здесь плохо? Во-первых, нет сравнимости результатов и контроля. Во-вторых (и это, как представляется, самое важное) деятельность этих специалистов в большинстве случаев никак не связана со всей остальной системой охраны здоровья, не говоря уже о таких “высоких” материях, как принадлежность к конкретной школе, обеспечение систематического супервизорского контроля коллег и т. д.

Борьба за рынок

Борьба за рынок дополняет упомянутые выше недостатки еще одним: потребность терапевта получить, иметь и удерживать пациента, подвергает последнего систематическому риску оказаться в роли подопытного кролика, на котором проверяется та или иная методика или техника, которой придерживается (или просто “как раз сейчас разрабатывает”) конкретный терапевт, вместо того, чтобы получить именно тот вид помощи, в котором пациент нуждается, и который в данном конкретном случае был бы наиболее эффективным. Есть ли вообще в психотерапевтической практике ситуации, когда, например, динамический терапевт отправил бы пациента к поведенческому или директивному? Возможно ли вообще создание в нашей сфере деятельности такой ситуации, когда терапевту было бы выгодно, чтобы пациент получал самый эффективный при его форме расстройства вид терапии?

В Англии, как известно, есть специальные государственные диагностические службы, которые определяют: куда или к кому лучше направить этот “страховой случай”? Может быть, стоило бы уловить и эту тенденцию?

Если эти диагностические службы появятся, они, безусловно, должны быть государственными. Но это вовсе не значит, что и психотерапия должна быть только государственной. Если обратиться к тенденциям, то легко заметить, что частный сектор в современной российской медицине наиболее интенсивно развивается в таких сферах как психотерапия, стоматология, косметология, массаж и мануальная терапия, а также психофармакология и пищевые добавки, то есть там, где речь идет не о жизненных показаниях, а о качестве жизни. Почему бы не переложить эти сферы на частный сектор практически полностью (за исключением социально незащищенных категорий населения), и разгрузить, таким образом, не слишком обильный бюджет Министерства здравоохранения, а высвободившиеся средства направить в область капиталоемких высоких медицинских технологий? Как известно, любые тенденции можно пресечь, но обычно законодатели стараются их улавливать и использовать в интересах государства.

Неопределенность статуса психотерапии

Борьба за психотерапевтический рынок дополняется неурегулированностью отношений с психиатрией. Если кратко сформулировать эту проблему, то ее суть состоит в том, что каждый уважающий себя психиатр считает себя “немного психотерапевтом” и не склонен рекомендовать пациенту обратиться к специалисту в смежной области знаний и практики – это с одной стороны. А с другой: квалифицированный психотерапевт, как правило, не очень доверяет психиатру, так как обычно имеет опыт ситуаций, когда направленный им для консультативной помощи к психиатру пациент возвращался с “пачкой рецептов” и рекомендацией “бросить эту ерунду” (в одних случаях это может относиться к проблемам пациента, а в более “жестких” – и к психотерапии в целом).

Психотерапевты очень любят винить во всем психиатров. Но всегда ли они (то есть, мы – психотерапевты) правы? Попробуем взглянуть на проблему с иной точки зрения. Одной из современных тенденций является расширение основных направлений деятельности системы здравоохранения в области, традиционно обозначаемой как социальная сфера. Психотерапия не является исключением. Но она гораздо больше, чем все остальные области медицины, выходит за рамки того, что традиционно принято относить к здравоохранению. Являются ли, например, межличностные и внутриличностные конфликты, неудовлетворенность сексом, недостаточной общительностью или способностью нравиться другим, а также затруднения в разрешении проблемных ситуаций личной жизни и даже суицидные мысли, наркомании, курение или разногласия в решении вопросов планирования семьи (составляющие в совокупности более 50% причин обращений к психотерапии) сугубо медицинскими или хотя бы чисто психиатрическими проблемами? Не является ли нонсенсом то, что психиатр несет ответственность за суицид пациента почти в той же мере, что хирург за летальный исход на операционном столе? Кто вообще может отвечать за волю, мотивации, аффективные порывы или поступки другого? Еще один аспект той же проблемы: почему практически во всех руководящих документах психиатр оказывается более ответственным, чем психотерапевт? Почему мы никак не можем признать, что психиатрия и психотерапия – это не только родственные, но и качественно различные специальности, в которые приходят люди с исходно различными профессиональными установками?

Специфика содержания и задач психотерапии

Как отмечает Б.Д.Карвасарский с соавторами¹³ (2000): “В русскоязычной литературе ... принятым является определение психотерапии как системы лечебного воздействия на психику и через психику на организм больного” (с. 657). Если убрать из этого определения “лечебного” и “больного”, то от медицины практически ничего не остается, так как воздействием на психику занимается и педагогика, и телевидение, и политика, и реклама и т. д. Через психику и на психику воздействуют все: от первого (еще внутриутробного) контакта ребенка с матерью до последнего – со священником, родственником, близким другом или врачом. Напомним также, что многие из обращающихся к психотерапевтам и психологам ни соматически, ни психически больными не являются.

Правда, не будем здесь лукавить и передегивать, психотерапия – это особый вид общения, имеющий очень солидное научное и эмпирическое обоснование, которому учат долго и основательно, особенно – с точки зрения того: где искать корни самых различных психологических проблем и каковы могут быть формы и методы их разрешения?

Отношение к психотерапии как профессии “второго сорта”, по определению уже упомянутого Б.Д.Карвасарского, остается преобладающим. Здесь много вины самой психотерапии, очень мало апеллирующей к обобщению клинических данных и эксперименту. Но есть и чисто бытовая причина. Многие, в том числе врачи, считают психотерапию разновидностью обычной беседы, с которой она не имеет ничего общего, кроме того, что и там и здесь используются слова. Чтобы еще раз прояснить это широко распространенное заблуждение, позволим себе еще одно образное сравнение: мы все умеем пользоваться ножом, скальпель – это тоже вариант ножа, и им также можно воспользоваться в бытовых целях. Но возьмет ли на себя ответственность человек, умеющий пользоваться ножом или скальпелем на бытовом уровне, оперировать, например, человеческий мозг, который устроен намного проще, чем психика? То, чему труднее всего научиться будущему терапевту – умение постоянно анализировать не то,

¹³ Карвасарский Б.Д. (ред.) Психотерапевтическая энциклопедия. – СПб.: Питер. 2000. – 1024 с.

что говорит пациент, а то, как он говорит и почему он говорит именно об этом, а также как это соотносится с состоянием его аффективной сферы, психическим развитием, актуальным психоэмоциональным состоянием и массой других психических параметров, одно перечисление которых заняло бы несколько страниц. Не говоря уже о том, что реакции квалифицированного терапевта всегда строго соотносятся с конкретной методикой и методологией, формой патологии и этапом лечения. И представление о психотерапевте, дремлющем в кресле напротив или у изголовья пациента – не имеет ничего общего с его сверхдетерминированным интеллектуальным и эмоциональным напряжением. Те, кто работает в рамках реальной психотерапии, хорошо знают, что при эффективной работе специалист просто не в силах принять более 6-8 пациентов за полный рабочий день.

Тем не менее, вопрос о целях и задачах психотерапии остается достаточно сложным. Пролистав несколько авторитетных изданий, я нигде не обнаружил их четкого определения. В большинстве случаев цели и задачи психотерапии идентифицируются с проблемами пациентов (или подменяются ими) – “разрешение внутри- и межличностных конфликтов”, “оказание помощи в раскрытии потенциала и самореализации личности”, “повышение чувства ответственности за свои решения и свое поведение”, “расширение временной перспективы”, “улучшение социального самочувствия и социальной адаптации” и т. д. и т. п. В какой мере это относится к психиатрии?

Профессиональная компетенция

Здесь, после некоторой апологии, мы вынуждены говорить преимущественно о недостатках. В силу специфики “работы за закрытой дверью” каждый конкретный случай психотерапии, фактически всегда оказывается вне профессионального или какого бы то ни было иного контроля. Современная законодательная база вообще не регулирует вопрос о том, кто может заниматься психотерапией? Если быть более точным, то эта законодательная база прикрывается “фиговым листком”, на котором начертано, что психотерапия – это медицинская специальность, которой в соответствии с российскими законами и приказами Министерства здравоохранения может заниматься только врач-психиатр, имеющий дополнительную подготовку и т. д. Но все мы знаем, и это уже отмечалось, что это положение повсеместно не выполняется, и осмелимся предположить – никогда не будет выполняться. Психологам теми же актами предписано заниматься только “психологическим консультированием”, но – ни в коем случае – психотерапией, хотя в чем разница между первым и вторым (с точки зрения психотерапевтического процесса) вам не скажет никто. В обоих случаях встречаются два человека, и их интеракция осуществляется преимущественно в форме разговорной речи и некоторых невербальных компонентов. Есть только одна разница, но опять же - не с точки зрения процесса: психотерапевт с предшествующей психиатрической подготовкой обладает правом назначения медикаментозного лечения и установления психиатрического диагноза, а психолог (впрочем, как и врач, который стал психотерапевтом, минуя психиатрию) - нет. Но наличие или отсутствие этих прав не имеет никакого отношения к проблеме профессиональной компетентности психотерапевта.

Добавим к этому, что, за исключением первых мучительных попыток введения института профессионального тренинга и супервизий в рамках таких направлений психотерапии, как психоанализ и гештальт, ни в процессе обучения психотерапевта, ни в процессе его практики к уровню его компетентности и способности к этой деятельности фактически не предъявляется никаких требований (и даже квалификационные тесты характеризуют лишь знания, но не навыки и содержание профессиональной деятельности специалиста). Характерно, что даже чрезвычайно деликатные попытки “приоткрыть закрытую дверь” наталкиваются на тезис о приоритете конфиденциальности и авторитета специалиста, являющегося самостоятельным лечебным фактором. И это действительно сложный

вопрос: что важнее – контроль над содержанием практики, реальное исследование ее эффективности и изучение опыта – или конфиденциальность, открывающая неограниченные возможности для паранаучных спекуляций?

О единстве теории и практики

Тезис, вынесенный в заголовок, никем не оспаривается, однако в настоящее время наши теории почти никак не соотносятся с практикой. Или – апеллируют к практике вообще, без конкретных случаев, то же самое повторяется в большинстве руководств по психотерапии, где описываются техники, кратко иллюстрируемые теми или иными случаями (чаще – выдержками из случаев). Описание конкретных случаев с конкретной техникой и даже теорией также иногда встречаются. Но обобщения практики (я имею в виду – одной и той же конкретной техники, например, на 50-100 клинических случаях) – это уже нечто почти не существующее. Есть несколько известных нам зарубежных источников, например, работы L.Luborsky & B.Singer¹⁴, сравнивающих различные методы психотерапии. Если мы заблуждаемся, то будем благодарны за любые монографические источники, где описывается, например, психотерапия депрессий, навязчивостей или фобий. Исключение составляет, пожалуй, только шизофрения, и то преимущественно опять же за рубежом.

Психиатры критикуют нас по большому счету справедливо. Мы с удовольствием и нередко высокохудожественно описываем свою деятельность, но в наших трудах пока не слишком много науки, исследований и измерений, доказательности, повторяемости и проверяемости результатов. Может быть, так и должно быть? Может быть, это все-таки не наука? А если наука, то почему такое положение сохраняется с такой завидной устойчивостью?

Нужны ли нам вообще разработки в области стандартизации психотерапевтических методов и процедур? Если нужны, то почему их нет? Есть ли у нас специалисты по конкретным формам заболеваний? И если они есть – почему нет системы отбора пациентов для направления их по профилю того или иного специалиста? Почему лишь единично представлены работы, где обсуждаются показания и противопоказания к тому или иному методу психотерапии, и главное – не только обсуждаются, а и обосновываются? Много ли вообще в психотерапии результатов, которые могут быть приписаны какой-то конкретной методике, а не всей психотерапии?

Еще несколько вопросов. Существуют ли какие-либо объективные методы оценки профессиональной компетентности практикующих специалистов? Знаем ли мы вообще - в какой мере компетентность и навыки сказываются на результатах? Или нам это не нужно?

О сложностях соединения теории и практики

К предыдущему разделу есть много возражений (и вполне объективных). Во-первых, мы почти никогда не имеем дело с каким-то “гомогенным” расстройством личности. Это чаще всего “букет”. Во-вторых, какими бы “чистыми” аналитиками, бихевиористами или гештальтистами, мультимодальщиками или интегративщиками мы не являлись, в практике каждого, безусловно, присутствует некая комбинация всех терапевтических подходов и методов, помноженная на специфику конкретной стадии терапии, и еще больше – на индивидуальную одаренность или – во всяком случае – неповторимую индивидуальность конкретного терапевта. Во фразе о том, что ведущим терапевтическим фактором является личность терапевта (особенно, если эта личность квалифицированная), почти все правда. В итоге методов оказывается столько же, сколько специалистов. Может быть нужен иной подход: изучение не методов, а специалистов, как некоего весьма

¹⁴ Luborsky L., Singer B. Comparative studies of psychotherapies: is it true that “everyone has won and all must have prizes”? – Archives of General Psychiatry, 1975. #32. pp. 995-1008.

специфического терапевтического инструмента. Почему нет? Но это - опять же вопрос. Его можно еще раз расширить: в зависимости от формы патологии и специфики общения с конкретным пациентом терапевт всегда немного “модифицируется”. И тогда оказывается, что методов столько, сколько пациентов.

Совершенно четко пока можно сказать только одно: обратная связь между теорией и практикой оставляет желать много лучшего. Но это не значит, что она недостижима. Что вообще понимается под заключением “успешный случай”? Как правило, снижение или исчезновение симптома и удовлетворенность пациента терапией. Правильно ли это? Попробуем помыслить сугубо медицинскими аналогиями: если при остром животе путем обезболивания мы достигли исчезновения или редукции симптома, пациент перестал стонать, прижимать руки к животу и расслаблено выразил благодарность доктору – этого достаточно? Можно больше не беспокоиться? Здесь опять же – только вопрос. А зная о конверсионной природе многих из наших симптомов и такие красивые термины как “компромиссное образование”, этот вопрос можно продолжать до бесконечности. Если бы хотя бы часть тех сил, которые тратятся на обоснование исключительности той или иной психотерапевтической школы, была направлена на исследования, и не только личных ощущений терапевтов об их успешности или недостаточной успешности, вероятно, мы могли бы подойти к этой проблеме более адекватно и качественно изменить ситуацию.

Вне всякого сомнения, есть масса очень хороших психотерапевтов, но психотерапевтическая система, основанная на реально действующих стандартах подготовки специалистов, оценки их профессиональной компетентности и эффективности деятельности, пока только складывается.

Перспективы

Пока они не кажутся радужными. И главная причина – нет заинтересованности сторон. Каких? Официальная медицина, как уже отмечалось, относится к психотерапии как специальности “второго сорта”, хотя в методически безупречных исследованиях K.Grawe, R.Donati & F.Bernauer¹⁵ было убедительно обосновано, что включение (фактически – не требующих никаких вложений, кроме подготовки специалистов) методов психотерапии в комплекс лечебных процедур снижает расходы на поддержание психического и соматического здоровья населения в 3 раза.

Странно, но эти результаты практически никого не заинтересовали, кроме самих психотерапевтов. Также как и известные аналитические материалы ВОЗ, что более 40% пациентов, обращающихся к врачам-интернистам, нуждаются не в терапевтической, а в психотерапевтической помощи. Специалистам Министерства здравоохранения не составит труда вычислить, сколько психотерапевтов нам нужно. И в этом плане разработка проекта Отраслевой программы Министерства здравоохранения РФ “Реорганизация сети психиатрической помощи в Российской Федерации” должна вызвать самое пристальное внимание всех заинтересованных сторон, так как она должна стать стратегической программой не только на 2003-2008 годы, но и заложить основы будущего поступательного развития российской психиатрии и психотерапии.

Как представляется, в этой программе должны быть предусмотрены специальные разделы для стимулирования развития частной медицины и негосударственного сектора подготовки и переподготовки специалистов, которые демонстрируют гораздо большую мобильность и адаптивность в условиях рыночной экономики. Тем более, что главной пока остается проблема кадрового дефицита, а психотерапия – это не та сфера, где эта проблема может быть решена директивными мерами.

¹⁵ Grawe K., Donati R. & Bernauer F. Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Horgfe-Göttingen-Bern-Toronto-Seattle, 1994.

Кадровый дефицит в психотерапии позволяет каждому, кто научился хотя бы просто слушать пациента, выдавать себя за психотерапевта, и при этом быть достаточно “успешным”, прежде всего – материально успешным. И зачем, скажите, такому специалисту контроль компетентности или качества? И здесь очень важен западный опыт, где этот контроль осуществляет не государство, а исключительно профессиональные психотерапевтические сообщества, но не любые, а, как правило, аффилированные государством.

На первый взгляд все выглядит не очень оптимистично. Однако мы начали об этом думать и говорить. И это дает надежду.

КАНАДСКИЙ ОПЫТ

Юридическая база и экономика

Юридическая база национальной системы здравоохранения Канады была установлена только в 1984 году с принятием закона “О здоровье нации”. При этом страхование в отношении негосударственного сектора медицины было запрещено, и все канадские врачи оказались в рамках жестко централизованной системы финансирования. В результате Канада получила “взлетающие до небес” цены на все виды лечения, которые становятся все более непосильными для федерального бюджета здравоохранения, что, естественно, существенно ослабило влияние центральных органов здравоохранения на провинции. В связи с этим в последние годы наметилось движение в сторону возрождения частного сектора в психиатрии и психотерапии, которое происходит при существенном противодействии федерального правительства, которое пытается сохранить действующую систему, “скрываясь” за декларациями о “неотъемлемом праве канадцев на всеобщую доступность здравоохранения”. Их оппоненты задают несправедливый вопрос: если у государства нет средств для обеспечения всех доступной и квалифицированной медицинской помощью, почему бы не позволить части граждан, которые способны и хотят платить за это сами, делать это?

Канадские эксперты отмечают, что при действующей форме страховой оплаты медицинских услуг практически невозможно получить реальные данные об их стоимости и экономической эффективности, так как, например, в психиатрии при приеме счета к оплате фиксируется только продолжительность лечения, а не его содержание.

Регламентация психотерапевтической деятельности

Следует отметить, что канадское законодательство не предусматривает каких-либо обязательных документов или специальных сертификатов для занятия психотерапевтической деятельностью ни в одной из провинций. Хотя определяется продолжительность приема пациента – от 15 до 30 минут, и выделяются немедицинская и медицинская модели психотерапии, в последнем случае при этом оговаривается не только использование вербальных и невербальных коммуникаций между терапевтом и пациентом, но и возможность назначения медикаментозного лечения. В отличие от США, государственное страховое финансирование предусматривается в Канаде только для психотерапевтов, имеющих диплом врача, в том числе врача – не психотерапевта, но в некоторых провинциях возможность страховой оплаты проведения психотерапии врачом общей практики ограничивается шестью сеансами в год.

В силу этих обстоятельств, как отмечают канадские исследователи, врачи сами определяют свою нагрузку и то, что они ... пишут в своих отчетах. В качестве дополнительной негативной тенденции “огосударствливания” всей психиатрии канадскими аналитиками отмечается все более возрастающая трудность для нового пациента “попасть на прием”, особенно это касается пожилых пациентов и детей.

Очереди на прием в государственные психиатрические и психотерапевтические учреждения можно ждать месяцы и даже годы, особенно в случаях потребности в индивидуальной психотерапии. Даже семейные врачи и врачи общей практики предъявляют претензии психиатрам и психотерапевтам за их “недоступность” для тех, кто нуждается в квалифицированной помощи. Правительство предпринимает в этом вопросе попытки “политического давления” на врачей, но, как и во всех других случаях “нематериального побуждения”, эти попытки остаются безуспешными, тем более, что законом врачам всех специальностей запрещено выставлять счет за лечение на сумму, превышающую установленную правительством (естественно, что при равной оплате они предпочитают “легких” и “успешных” пациентов). По этой же причине лучшие специалисты и наиболее тяжелые случаи оказываются в сфере частной психотерапии, преимущественно немедицинской, но с постепенно увеличивающейся прослойкой психиатров, которые в этом случае имеют право самостоятельно назначать гонорар и получать плату за свои услуги непосредственно от пациента.

Государственные психотерапевты-психиатры в Канаде, так же как и частные, ориентированы преимущественно на психодинамические методы психотерапии. Выбор начала и завершения лечения определяется совместным решением терапевта и пациента, но не существует никаких критериев оценки его результатов или эффективности. В официальных документах министерства здравоохранения Канады указывается, что врач-психотерапевт должен иметь специальную подготовку в области психотерапии, но нигде не определяется ее содержание.

Рост объема психотерапевтических услуг

Объем психотерапевтических услуг в Канаде постоянно увеличивается, но в немедицинском секторе психотерапии он растет значительно быстрее, хотя стоимость услуг у психотерапевтов-врачей и у неврачей – примерно одинакова. Например, в провинции Онтарио психиатры проводят в год в среднем 3 миллиона амбулаторных приемов общей стоимостью около 200 миллионов долларов (то есть, примерно 66 долл. за один визит). Нужно отметить, что амбулаторная психиатрическая помощь “покрывает” 80% всех пациентов, и только 20% получают стационарное психиатрическое лечение. В рамках немедицинской модели психотерапии в Онтарио в год проводится около 2,5 миллионов сессий, и их общая стоимость составляет около 125 миллионов долларов (50 долл. за сессию). Однако, последние данные, безусловно, занижены, так как здесь специалист сам получает оплату и сам отчитывается о суммах, полученных за лечение, тем более, что по другим данным, специалисты в частном секторе берут за свои услуги на 10-50% больше, чем в госсекторе, а средняя “стоимость” пациента, по расчетам канадских экспертов, составляет 782 доллара в год при средней продолжительности терапии 7,8 сеанса (то есть, получается около 100 долларов за одну сессию). Здесь сразу можно сделать дополнительный вывод о преимущественной ориентации канадских специалистов на краткосрочную терапию.

Уместно отметить, что в анализируемой провинции Онтарио зарегистрировано около 1500 психиатров, столько же (около 1500) психологов и более 400 социальных работников, действующих в области психотерапии (на 10 миллионов населения).

Страховые случаи и особенности финансирования

Очень важная особенность. В канадской страховой медицине редко применяются “подушные” страховые отчисления. Как правило, правительство заключает договоры на финансирование тех или иных медицинских организаций, институтов или учреждений, и уже сама эта организация осуществляет из выделенного ей федерального бюджета выплаты конкретным врачам (естественно – членам или сотрудникам именно этой

организации). То есть если какая-то организация заключает очень выгодную сделку с правительством, то эта сделка “больно ударит” по тем врачам, которые не принадлежат к этой организации и тем пациентам, которые не обслуживаются этой организацией.

Исключительный контроль министерства здравоохранения над финансированием, с одной стороны, казалось бы, позволяет контролировать ситуацию, а с другой - делает совершенно неясным вопрос эффективности терапии, как, впрочем, распределения и расходования средств. В последние годы действующая система подвергается все большей критике и, вероятно, будет пересматриваться.

С учетом имеющихся данных мы можем только в качестве примерных ориентиров показать средние расходы на всю психоневрологическую помощь в провинции Онтарио: годовой бюджет этого вида медицинской помощи составляет около 3 миллиардов долларов. Таким образом, при населении провинции в 10 миллионов человек среднедушевые расходы составляют 30 долларов на человека. Из упомянутых выше 3 миллиардов 80% идет на психиатрию, и 20% - на психотерапию.

К этому следует добавить еще одну особенность: количество выделяемых из федерального бюджета средств напрямую зависит от количества врачей (но не пациентов) в конкретном городе или провинции. В результате возникает очень интересная ситуация, когда в целях сокращения бюджетного бремени правительство уменьшает наборы в медицинские университеты, сокращает количество ставок врачей-психиатров в клиниках, увеличивает срок послевузовской подготовки психиатра с 4 до 5 лет и одновременно ограничивает количество мест в этой 5-летней резидентуре.

Оплата и качество деятельности специалистов

Почасовая оплата, как уже отмечалось выше, сильно разнится, однако средний заработок канадского психиатра (с включением оплаты совмещения, преподавания и т.д.) составляет около 160 тысяч канадских долларов. При этом психиатры-психоаналитики зарабатывают в среднем примерно вдвое больше. В связи с этим многие психиатры остаются таковыми на государственной службе и действуют в качестве частнопрактикующих психоаналитиков после нее. При этом правительство вынужденно признает такое положение, так как его попытки “сдерживать” ставки оплаты врачей в госсекторе не могут конкурировать с требованиями рынка.

Еще одна очень существенная деталь: по данным изучения мнений пациентов, практически невозможно получить адекватную психотерапевтическую помощь в рамках страховой медицины, и существует огромный разрыв между качеством этой помощи у одного и того же врача, в зависимости от того, в какой ипостаси он выступает: государственной или частной.

Несмотря на неопределенность статуса психотерапии, страхованием оплачиваются следующие ее направления: психоанализ, поведенческая психотерапия, интроспективный метод, гештальт и гипноз.

Хотя врачи общей практики и психиатры обязаны ставить диагноз при каждом обращении пациента, имеется выраженная тенденция в интересах конфиденциальности (и – не будем скрывать – заинтересованности пациента) ставить как можно менее специализированный диагноз, самыми распространенными среди которых являются депрессия, фобии и соматоформное расстройство, а также - ипохондрия.

Заключение

Действующая в настоящее время в Канаде система финансирования и контроля деятельности психиатрической и психотерапевтической служб не позволяет сколько-нибудь адекватно оценивать ее экономическую эффективность. Сохраняющаяся, хотя и постепенно модифицирующаяся, ориентация правительства на фискальные меры и

методы контроля скорее искажает, чем проясняет ситуацию. Усиление этих мер, имеющее своих сторонников, способно привести вообще к исчезновению некоторых видов психотерапевтической помощи или их уходу в финансовое “подполье”, что, естественно, скажется на здоровье нации. Улавливание и использование рыночных тенденций развития представляется единственно адекватным выходом.

“Двойная бухгалтерия” в области официальной отчетности и реальной диагностики психических заболеваний не может быть искоренена и, следовательно, для нее должны быть найдены приемлемые формы, удовлетворяющие и потребности прогностически верной статистики, и экономически заинтересованного государства, и морально раздвоенного специалиста, и ориентированного на конфиденциальность пациента. Но при этом – психотерапия не может развиваться далее без надежного учета и отчетности.

Относительно непродолжительные курсы терапии (7,8 сессий на одного пациента в год) позволяют предполагать, что психотерапия нередко используется в качестве дополнительного или “кодового” названия для совсем иных видов лечения в связи с законодательно определенным количеством оплачиваемых сессий в год (6 – у врача общей практики), или, соответственно, она “маскируется” в отчетности под другие страховые случаи.

Тем не менее, большинство специалистов приходят к общему выводу, что в такой специфической сфере деятельности как психотерапия, специалист должен опираться не на определенные нормативы, финансовые или временные стандарты, а на терапевтические нужды пациента.

ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ

Таким образом, с учетом поставленной задачи - улавливать тенденции, последние могут быть сформулированы следующим образом:

В экономике психиатрии и психотерапии:

- рост общего количества и удельного веса психопатологии;
- повышение стоимости психотерапевтических услуг;
- незначительное увеличение количества случаев госпитализации, ;
- повышение ориентации на амбулаторную психотерапевтическую помощь;
- пугающий рост расходов на медицину в целом;
- беспрецедентный рост расходов на оказание психотерапевтической помощи;
- невозможность обеспечения растущего социального запроса на основе общедоступной (бесплатной государственной) и даже страховой медицины.

В организации психотерапии:

- расширение спектра психотерапевтических услуг;
- повышение общего спроса на получение психотерапевтической помощи;
- увеличение удельного веса частных психотерапевтических учреждений;
- неэффективность нематериальных методов стимулирования специалистов;
- усиление внимания к вопросам подготовки специалистов;
- последовательное расширение взаимодействия врачей-психотерапевтов с немедицинскими и неспециализированными формами оказания психотерапевтической помощи (реализуемой психологами, врачами общей практики, социальными работниками и медицинскими сестрами по уходу) ;

повышение ориентации на качество работы и общественную экспертизу деятельности специалистов.

В методологии психотерапии:

усиление внимания к проблемам диагностики, выбора метода и определения протяженности курса психотерапии с точки зрения их адекватности имеющейся патологии;

расширение методических подходов психотерапии преимущественно за счет обращения к психологическим и социально-психологическим концепциям;

ориентация на разработку методов объективного контроля за ходом и результатами психотерапевтической помощи;

повышение внимания к научному обоснованию и научному анализу психотерапевтической практики;

формирование представлений об обязательности сочетания психиатрического и психотерапевтического подходов как с точки зрения комплексности терапии, так и с позиций контроля реакций пациентов на психофармакологическое воздействие.

Будущее психотерапии Макаров В.В.

Будущее начинается сегодня.

И оно уже наступило.

Путь психотерапии -

Путь воды, проникающей через плиты.

Путь бамбука, пробивающего гранит.

Путь пути, уходящего в бесконечность

Туда, откуда начинаются все пути.

Туда, где сходятся все пути.

Хокку, подаренная профессором А.Л. Катковым
профессору В.В. Макарову.

Прогнозировать будущее - занятие сложное и часто неблагодарное. Сложное в связи с тем, что важно учитывать огромное число факторов, неблагодарное, в связи с тем, что даже когда мы учитываем максимальное число факторов, легко ошибиться в своём прогнозе. Вместе с тем, прогнозирование будущего необходимо для развития.

Будущее — часть линии времени, состоящая из событий, которые ещё не произошли, но произойдут. Ввиду того, что события характеризуются как временем, так и местом,

будущее занимает область пространственно-временного континуума. Будущее всегда занимало особое место в философии и в человеческом разуме вообще. По одной из теорий (индетерминизм), будущее не предопределено, и люди могут сами творить его. По другой теории, будущее предопределенно заранее (детерминизм). Значимость будущего определяется, в том числе тем, что люди сильно нуждаются в предсказаниях и прогнозах того, что с ними произойдет. Возможно, что развитие человеческого мозга в большой своей части — развитие познавательных способностей, необходимых для того, чтобы прогнозировать будущее, то есть воображения, логики и индукции.

Воображение позволяет нам «увидеть» правдоподобную модель заданной ситуации без риска, сопутствующего реальному её воплощению. Логические рассуждения позволяют предсказывать неизбежные последствия тех или иных действий в разнообразных ситуациях, и поэтому дают полезную информацию о будущих событиях. Индукция позволяет установить взаимосвязь причины со следствиями, и является основополагающим понятием для построения прогноза будущих событий

Концепция человеческого будущего тесно связана с понятием прогресса. Объективно, количественно, измерить прогресс сложно. В индустриальную эру измерением было бы увеличение уровня энергопотребления.

В информационную эру мерилом может быть быстрота микропроцессоров — подобную классификацию цивилизаций выдвигал Карл Саган.

Ускорение темпа перемен глубоко вошло в нашу личную жизнь, заставило нас играть новые роли и поставило перед лицом новых опасностей и выборов. Все это можно описать принятым понятием «футурошок», или «шок будущего» представляющим собой ошеломляющую растерянность, вызванную преждевременным наступлением будущего. Одна из важных характеристик этого явления, - огромный и всё увеличивающийся поток информации, буквально обрушивающийся на современного человека. Объем информации удваивается каждые три года, и человеку постоянно приходится выбирать нужное для себя, и отбрасывать поток «информационного шума» Применительно к психотерапии можно сказать, что человек сегодня живет в культуре изменений, а не канонов. Сама эта культура лишена прежних психорегулирующих традиций, помогавших совладать с изменениями. Второй момент связан с нарастающей скоростью жизненных изменений, создающей поле чрезвычайных нагрузок на человека, и меняющей характер межпоколенных, семейных, дружеских и других связей. Человек более свободен, чем в прежних довольно неспешных культурах, но и более изолирован и одинок. Меняются и его отношения с миром — похоже, мы тем меньше понимаем мир, чем больше он благоустраивается. Третий момент определяется местом и характером информации в современном мире. Радио, телефон, телевидение, интернет сделали ее распространение почти мгновенной. Человек в этом смысле стал неизмеримо богаче, чем был. Но, вместе с тем, мы живем в бушующем океане информации — информационные потоки обладают не только созидательной, но и разрушительной силой не только в смысле стрессовой нагрузки, но и в смысле мировосприятия и ценностных ориентаций. (Каган В.Е.)

Исходя из литературных данных, можно выделить три основных сценария будущего: оптимистический, пессимистический и трансгуманитарный.

Оптимистические сценарии будущего

Земная цивилизация осознает свой исторический выбор и встанет на вечный и бесконечный путь развития в свете новой парадигмы мировоззрения.

Пессимистические сценарии будущего представлены

Гипотезами гибели всего человечества, и

Гипотезами гибели западной цивилизации — остаются другие цивилизации, которые будут развиваться

Трансгуманизм — философское движение, в основе которого лежит предположение, что человек не является последним звеном эволюции, а значит, может совершенствоваться до бесконечности.

В самом деле, строго логически, любая цивилизация должна либо погибнуть, либо существовать вечно. Для этого ей необходимо разработать новую парадигму мировоззрения для вечного существования. Трансгуманизм — рациональное и культурное движение, утверждающее, что можно и нужно ликвидировать старение и смерть, значительно повысить умственные и физические возможности человека. Это изучение достижений, перспектив и потенциальных опасностей использования науки, технологии, творчества и других способов преодоления фундаментальных пределов человеческих возможностей. При условии правильного отношения к вопросам этики и социальным нуждам можно ожидать существенного совершенствования человеческих способностей, роста эффективности общественной деятельности и улучшения качества жизни. Впереди более высокая фаза эволюции интеллекта.

Наступит технологическая сингулярность — предполагаемая точка в будущем, когда эволюция человеческого разума в результате развития нанотехнологии, биотехнологий и искусственного интеллекта ускорится до такой степени, что дальнейшие изменения приведут к возникновению разума с намного более высоким уровнем быстродействия и новым качеством мышления. По мнению некоторых авторов, придерживающихся этой теории, технологическая сингулярность может наступить примерно к 2030 году. Однако её наступление не означает конца истории, скорее наоборот, — будет окончена Предыстория человечества, и положено начало настоящей его Истории.

Свой вклад в прогнозирование будущего вносит и футурология (от лат. *Futurum* — будущее и греч. *Logos* — учение) — наука прогнозирования будущего, в том числе, путём экстраполяции существующих технологических, экономических или социальных тенденций. Футурология, хотя и основывается иногда на науке, не может следовать научному методу, так как не может быть верифицирована никакими методами, кроме как ожиданием будущего. Однако футурологи могут применять (и применяют) многие научные методы.

Остановимся на ключевых вехах истории психотерапии.

Некоторые исследователи исчисляют историю психотерапии от пионерских работ З.Фрейда. А Эрнест Л. Росси (1985) приводит пять стадий развития психотерапии: Спиритический или шаманский; Ранний гипноз; Зигмунд Фрейд (1856-1939); Карл Юнг (1875-1961); Милтон Эриксон (1901-1980). Зигмунд Фрейд — гений анализа; Карл Юнг — гений синтеза; Милтон Эриксон — гений утилизации.

С нашей точки зрения, точка отсчёта истории западной психотерапии теряется в прошлых веках. История современной психотерапии может отсчитываться от основателей гипноза: Джеймса Брейда (1795-1860), шотландского врача, Антона Месмера (1734-1815), врача из Австрии. Первая революция в психотерапии была совершена Зигмундом Фрейдом (1856 -1939), он разработал учение психоанализа. Учение, вышедшее далеко за пределы психотерапии. Учение, ставшее по истине одной из основных философских доктрин XX столетия. Данное учение развивалось и разделялось на большое число новых течений и направлений. Процесс развития и дальнейшего разделения продолжается и сейчас.

Следующей революцией в психотерапии явилось разработка и внедрение в практику множество новых методов, модальностей психотерапии. Мы не берёмся перечислить эти модальности. Ведь для составления их полного каталога необходимы многолетние усилия целого коллектива. И всякая попытка составления данного каталога приведёт к тому, что такой перечень будет неполным. И в настоящее время количество модальностей психотерапии всё больше увеличивается и, кажется, этот процесс будет если не бесконечным, то весьма длительным. Модальности обособились друг от друга и

развиваются параллельно, во многом независимо. Психотерапия трансформировалась во множество психотерапий. Важным представляется высказывание известного психотерапевта Джерри К. Зейг (1985). Приведём его: «Взявшись за организацию конференций по эволюции психотерапии, состоявшихся в 1985 и 1990 годах, я наивно предполагал, что способствую достижениям согласия в наших рядах, но преодолеть «семейные распри» не удалось. Каждая из многообразных школ твёрдо держится за свои теории и методы. Взаимообогащение идеями наблюдается в редких случаях. Превыше всего ставится чистота позиций. Эклектизм считается признаком отсутствия «породы». ... Те из ведущих психотерапевтов, кто присутствовал на конференции 1985 года, ничуть не изменили своих взглядов под влиянием общения с коллегами и на следующей конференции отстаивали свои позиции с прежним пылом. Знакомство с докладами убеждает: мало кто ссылается на работы представителей других школ, а тем более, признаёт их теоретическое влияние... Подобная независимость была оправдана и в каком-то смысле даже необходима в те времена, когда психотерапия только создавалась, стремясь обогатить себя новыми гранями. Однако блюсти теоретическую и методическую чистоту сегодня - непозволительная роскошь: психотерапия вышла на передовой рубеж борьбы за здоровье человека, где для достижения цели позволительно использовать все методы и техники, пошедшие испытание временем».

С нашей точки зрения, очень сложно и не очень продуктивно стремиться стимулировать лидеров конкретных модальностей заниматься психотерапией как единым пространством, не поделённым на модальности. Их задача иная – развивать конкретные модальности. Тогда как совсем другие психотерапевты будут развивать психотерапию как единую специальность. Этот процесс начался с интегративного движения в психотерапии. Одним из первых, кто поддержал так называемый «мультимодальный подход» был Арнольд Лазарус, и, благодаря своему виртуозному мастерству, он в состоянии сам применять большую часть различных техник. Интегративный подход в психотерапии в различных вариантах развивается во многих странах. Мы в России развиваем такой подход под названием «полимодальная психотерапия». Именно интегративный подход позволит наиболее эффективно помогать нашим клиентам. Это значит проводить психотерапию наиболее эффективную для данного клиента, выбирая наиболее действенные методики и достигая лучшего результата за более короткое время.

Следующая революция психотерапии началась в середине девяностых годов, когда сформировалась Европейская Ассоциация Психотерапии. Она объединила большинство психотерапевтов стран Европы. И объединила не по принципу принадлежности к модальности, а по принципу принадлежности к психотерапии. Более того, заявила психотерапию в качестве отдельной, самостоятельной профессии, наряду с такими профессиями как медицина, психология, социальная работа. Её следующий этап датируется 1996 годом, когда состоялся первый Всемирный конгресс по психотерапии. Он и два следующих Всемирных конгресса проводились в Австрии, Вене, Европе. Четвёртый Всемирный конгресс прошёл в Аргентине, Буэнос-Айресе, Южной Америке, пятый в Китае, Пекине, Азии. Шестой конгресс планируется в Австралии в 2011 году, седьмой в Южной Африке в 2014. Несколько стран уже претендует на проведение восьмого Всемирного конгресса по психотерапии в 2017 году. Очередным закономерным шагом на этом пути явилось открытие в Вене, Австрии, Европе университета Зигмунда Фрейда, учебного заведения, которое первым в мире приступило к подготовке психотерапевтов на студенческой скамье. Психотерапия проделала свой круг развития, который начался в Вене, Австрии, Европе и завершился в Вене, Австрии, Европе.

Европейские авторитеты в области психотерапии декларируют принадлежность психотерапии к науке (А. Притц (1999) и многие другие исследователи). Тогда как некоторые яркие лидеры североамериканской психотерапии, такие как Мэри Макклор Гулдинг (1985) уверяют, что психотерапия - это искусство, с помощью которого клиент получает возможность изменить собственную жизнь. Искусство, такое

же, как литература, живопись или фотография. Это интересный, уникальный вид творчества, в котором активно участвуют, по крайней мере, двое. Ей вторит Клу Маданес (1985), заявляя: «нам, психотерапевтам, надо набраться мужества и признать, что психотерапия - это искусство, которому можно обучать. Из всех видов искусств, психотерапия более всего приближается к драме. Мораль возвращается в психотерапию, и вместе с этим приходит понимание: всё то, что отвечает этическим нормам, одновременно содержит в себе и терапевтический эффект». В данном высказывании поднимается ещё одна важная тема - психотерапии и духовности. Здесь уместно привести краткую цитату ещё одного американского психотерапевта Джеймса Хиллмана (1985): «Интересно как соотносится между собой психотерапия и «Бог умер» Ницше. Не занимаемся ли мы психотерапией в опустевшем мире, лишённом богов? И как можно заниматься ею, если нет богов? Мне кажется, что Ницше, возможно, был прав. Бог умер в одном смысле (бог, которого феминистки называли «патриархальным», уже не так заметен). Но сейчас идёт мощное возрождение греческой мифологии и растёт интерес к мифам». Да, в одних странах растёт интерес к мифам – это страны западного мира, в других странах продолжается интенсивное богостроительство, это, например, Индия, в третьих - возрождаются великие религии – это, в частности, Россия и государства постсоветского пространства. И во множестве стран психотерапия становится более духовной. Она обслуживает духовные потребности человека новой эпохи, тем самым становясь вариантом светской духовности, светского гуманизма.

Психотерапия имеет и историю распространения по странам и континентам. История развития нашей профессии в каждой стране может быть захватывающей и даже драматичной. Я остановлюсь на самых общих моментах этой истории, как я их себе представляю.

Европа - колыбель психотерапии, является тем континентом, где психотерапия получила своё развитие, и откуда она была экспортирована в Северную и Южную Америку, в Австралию, Африку, в Россию, отчасти в Азию. Европейская психотерапия сегодня больше сохраняет свои границы и традиции, чем движется вперёд. Важным качеством Европы является признание своеобразия психотерапии в каждой стране.

Северная Америка явилась благоприятной почвой для развития психотерапии. В начале были заимствованы европейские модальности. Они получили мощное развитие. Затем сформировались свои американские модальности, которые не только получили большое развитие, но и экспортируются на все континенты мира.

Южная Америка. Психотерапия здесь также получила интенсивное развитие. В начале это было копирование американской и европейской психотерапии. В последние десятилетия, наряду с классической психотерапией, складываются свои школы, соединяющие подходы психотерапии и культуры стран континента.

Австралия и Океания. Развивается психотерапия, заимствованная в Европе и Северной Америке. Постепенно начинают развиваться собственные модальности.

Азия. Психотерапевтические модальности заимствуются из Северной Америки и Европы. Они дополняются духовным содержанием традиционных духовных практик и их технологиями. На основе конфессиональных подходов, складываются новые методы психотерапии.

Африка. Психотерапевтические подходы заимствуются из Европы и Северной Америки. Значительное влияние на развитие психотерапии оказывают колдуны и традиционные целители.

Россия. Будучи страной расположенной на континенте Евразия, она приобрела значительное своеобразие и в психотерапии. Наряду с интенсивным заимствованием европейских и американских модальностей, отмечается значительный интерес к традиционным практикам стран Востока. Западные модальности и восточные подходы в России подвергаются значительной модификации и адаптации к российским условиям. Наряду с этим, складывается множество национальных модальностей. Некоторые из них

будут развиваться длительное время, другие, громко заявив о себе, довольно быстро завершают свой жизненный цикл.

Говоря об истории психотерапии, мы ограничились только содержательной её частью, не останавливаясь на вопросах законодательного регулирования и финансирования. Этим темам посвящена следующая глава данной книги. С нашей точки зрения, эти важнейшие вопросы всё же являются вторичными по отношению к самому содержанию психотерапии.

Теперь можно перечислить основные характеристики современной психотерапии

СЕМЬ БАЗОВЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ПСИХОТЕРАПИИ

- 1. Психотерапия** – вариант светского гуманизма, светской духовности, представляющий собой процесс психологического упорядочения прошлого, настоящего и будущего ради достижения поставленной цели
- 2. Психотерапия является частью современной культуры.** *Это молодая область культуры, происходящая из Западной Европы и в настоящее время развивающаяся на всех континентах, в большинстве стран мира.*
- 3. Психотерапия занимается человеком, группой, обществом в целом.** *В том числе, самой важной группой нашей жизни — семьей. Психотерапия объявляет человека и семью главной ценностью мироздания и всеобщим эталоном.*
- 4. Методы (модальности) психотерапии весьма многообразны.** *Их численность измеряется десятками, сотнями и даже тысячами. Постоянно предлагаются новые методы, тогда как действующие могут уходить в историю.*
- 5. Психотерапия объясняет** болезни, недостаточное или искаженное развитие, неполную самореализацию, отсутствие гармонии с собой и (или) миром **в психологических и духовных понятиях.**
- 6. Психотерапия осуществляет лечение** и предупреждение расстройств здоровья, недоразвития или неполной самореализации, достижения гармонии с собой и миром **при помощи психологических, духовных воздействий.**
- 7. Психотерапевт - профессионал, получивший специальную подготовку и принадлежащий к профессиональному сообществу.** Психотерапевтическое образование состоит из обучения теории и навыкам, практики и личной терапии и познания границ собственной личности. Именно профессиональное сообщество регулирует основные аспекты профессиональной жизни психотерапевта.

У психотерапии есть и другие характеристики. Только названные выше представляются основными.

Современная психотерапия сложилась в семь своих моделей: **медицинскую, психологическую, педагогическую, социальную, философскую, эзотерическую и эклектическую.** Модель психотерапии — обособленная форма психотерапии с преимущественным использованием базовых понятий и установок определенной, сформированной отрасли знаний (медицины, педагогики, психологии, философии, социологии).

Работая в *медицинской модели*, мы заняты лечением и профилактикой расстройств здоровья и заболеваний. Причем можно выделить четыре уровня участия психотерапии в лечебном или оздоровительном процессе. Психотерапия может только дополнять основной метод лечения, как это бывает при оперативном, хирургическом вмешательстве. Она может быть одним из нескольких путей лечебного воздействия. Например — семейная психотерапия при рождении ребенка, больного синдромом Дауна. Может быть одним из основных методов лечения, как, например, при помощи страдающему алкоголизмом, когда наряду с дезинтоксикацией и лечением пораженных органов и систем, проводится лечебное внушение, направленное на полное воздержание от приема спиртного. Психотерапия может оказаться и единственным методом лечения, как это

часто отмечается при неврозах, — когда другие методы воздействия просто не используются в связи с тем, что в них нет необходимости.

Считается, что использование психотерапии позволяет значительно уменьшить затраты на лечение. И, конечно же, психотерапия обеспечивает гуманизацию современной медицины. Это важная миссия психотерапии.

Психотерапия в своей *психологической модели* занята психологическими проблемами, нарушениями адаптации и неуспешностью человека, группы, семьи. Такими нарушениями, которые не достигают степени выраженных расстройств здоровья. Психотерапия в психологии имеет и другие, весьма разнообразные области применения, поскольку сама психология состоит из ряда самостоятельных и часто довольно далеких друг от друга разделов.

Психотерапия в *педагогике* в ряде стран только начинает развиваться. Здесь три основных направления. Это терапевтическая работа с личностью педагога, а также работа с учащимися и их семьями.

Профессиональная деятельность педагога, как и врача или психолога, оказывает особо выраженное влияние на личность профессионала. Поэтому психотерапевтическая подготовка педагогов представляется очень важной и пока не решенной задачей. Новые поколения, входящие в активную жизнь, сегодня сталкиваются с быстро изменяющимся миром. Они оказываются неподготовленными к успешной жизни в этом мире. Именно психотерапевтические тренинги могут достаточно успешно подготовить их. Именно в учебных заведениях: школах, колледжах легче всего получить доступ к семье. Здесь становится возможным семейная психотерапия и консультирование. В других же условиях семья часто закрыта для любых вмешательств.

Психотерапия в ее *социальной модели* направлена на формирование адаптивного поведения человека в изменяющемся обществе. Подходы и методы такой психотерапии могут использоваться в разнообразных социальных группах: семье, малой группе, трудовом коллективе, городе, регионе, государстве. Используются методы семейной и групповой психотерапии и консультирования, а также психотерапевтическое просвещение при помощи средств массовой информации.

Философская модель психотерапии занята мировоззрением человека. Глубинная психотерапия редко обходится без анализа мифов. Такая работа часто приводит к формированию новой иерархии мифов, системы верований, что, в свою очередь, может изменить адаптивные возможности человека, его гармонию с собой и миром. Философская модель психотерапии предлагает человеку новый современный взгляд на его место в мире, его путь, миссию, смысл его жизни. Это часто становится мировоззрением современного человека.

Эзотерическая модель опирается на мифологическое мышление человека. Она может рассматриваться как вариант философской. Мы рассматриваем её как самостоятельную в связи с её значительными отличиями и большой распространённостью.

Конечно, в своей работе профессионалы часто сочетают элементы нескольких моделей психотерапии. И в практике рождается эклектическая модель психотерапии.

С нашей точки зрения, - основная ценность, основной ресурс психотерапии — это специалист-психотерапевт. Сам специалист является основным инструментом своей работы. И главные затраты в психотерапии идут на подготовку специалистов и поддержание их работоспособности, а затраты на оборудование и инструменты, важные для работы, минимальны. Этим отличается психотерапия.

Терапевт сам по себе — тонкий, сложный, очень чувствительный и ранимый инструмент терапии, самое важное и дорогое из того, что есть в терапии. Дорогое, как в переносном, так и в прямом смысле. И психотерапевту важно самому обращаться с собой, как с бесценным ресурсом. Его развитие и совершенствование идет путем подъема на очередную вершину, достижения плато, пребывания на нем и прохождения следующего кризиса. Кризисы, которые переживает психотерапевт, — это очередные инициации,

дающие доступ к следующим профессиональным вершинам. Настоящий терапевт проходит череду таких инициаций. Чаще всего, если нет кризисов — нет и развития. Только отдельные особо гармоничные личности могут счастливо развиваться, избегая кризисов становления.

Можно выделить два крайних варианта профессионального стиля психотерапевта: психотерапевт, закрытый для клиентов и коллег, и психотерапевт, открытый для клиентов и коллег. Понятно, что два этих полюсных типа крайне редко встречаются в жизни. Каждый профессионал несет в себе черты, как открытости, так и закрытости. А вот для удобства понимания важно выделение крайних, полюсных вариантов. Психотерапевт закрытый нуждается в меньшей личностной подготовке и в меньших затратах на восстановление и развитие ментальной экологии. Он больше озабочен созданием собственного образа, собственных масок. Со своей стороны, открытый терапевт, в работе использующий ресурсы своей личности, нуждается в глубоком личностном анализе и тренинге, с отреагированием комплексов и развитием ресурсных состояний. Закрытый терапевт способен выносить большие нагрузки. Продуктивная работоспособность открытого психотерапевта более ограничена.

По нашим данным, открытые терапевты дольше сохраняют свою трудоспособность, и их профессиональный рост и мастерство не имеют временных пределов развития. Тогда как терапевты закрытые достаточно быстро достигают потолка своего профессионального мастерства, а далее занимаются тиражированием своих профессиональных клише.

У каждого специалиста сформирован индивидуальный подход к восстановлению и развитию ментальной экологии. Обычно он найден эмпирически и представляет собой часть жизненного опыта. Все окружающие и вступающие с нами в коммуникации люди влияют на нас, а мы влияем на них. При этом происходит передача эмоций, энергии, мотиваций, психотерапевтических посланий. Нам необходимо осознавать это, уметь управлять своей средой и даже конструировать ее. Ведь психотерапия с самого начала стремилась к достижению определенной технической компетентности и научной респектабельности.

Развитие психотерапевтической науки тесно связано с практикой. И здесь есть такое своеобразие — наука зачастую следует за практикой, объясняя и обобщая конкретные факты. Когда же в нашей области наука отрывается от живой практической деятельности, то начинает жить самостоятельной жизнью, и это неминуемо приводит к тому, что она продуцирует некие схоластические схемы, интересующие только узкую группу ценителей. Конечно же, психотерапия — наука будущего. И она, все же, ближе к гуманитарным дисциплинам, чем к естественным.

Перейдем теперь непосредственно к будущему психотерапии. Философы, футурологи, фантасты, прогнозирующие будущее человека и земли, приходят к разным, возможно, диаметрально противоположным выводам. Различные представления о будущем рисуют перед нами перспективы, как прогресса, так и регресса цивилизации. Скорее, нас ожидают разнонаправленные процессы в одной и той же цивилизации. И в том, и в другом случае есть место для психотерапии. В одном случае мы будем больше заниматься лечением, в другом развитием. Исходя из вышесказанного, какого бы представления на будущее нашего мира мы не придерживались, у нас есть время и перспективы развития психотерапии. Специалисты в области психотерапии более других профессионалов подготовлены к жизни в изменяющемся обществе, в том числе, в обществе, переживающем кризисы. Ведь психотерапевты ежедневно работают с человеческими проблемами, кризисами, неуспешностью. Психотерапевты каждый день ищут и находят выходы из самых сложных и неординарных ситуаций. Сама профессия психотерапевта предполагает деятельность в постоянно изменяющихся условиях, приспособление людей к этим условиям, создание более благоприятных условий жизни. Ведь потребности людей в психотерапевтической помощи во многом связаны с всё больше изменяющимися условиями их жизни. А люди всё больше отрываются от

привычных условий жизни в природе и живут в специально созданных искусственных условиях

Психотерапия известна с незапамятных времён. Современный этап психотерапии продолжается около двух веков. Важно обратить внимание на преобладающую закономерность всё ускоряющегося развития. Если предыстория современной психотерапии продолжалась тысячелетия, история раннего гипноза - столетие, история доминирования психоанализа - уже менее столетия, история бурного развития разнообразных модальностей, превращения психотерапии во множество психотерапий, - измеряется десятилетиями. Важно отметить, что в истории психотерапии все предыдущие этапы развития существуют параллельно с последующими. А новейший этап характеризует основную зону роста, оставляя возможность развития предшествующим этапам истории психотерапии. Такое ускорение развития психотерапии позволяет нам прогнозировать её будущее лишь на десятилетия вперёд, тогда как прогноз на столетия уже затруднён.

Возникнув в Европе, психотерапия сегодня распространилась на все континенты и продолжает своё интенсивное развитие. И если ещё совсем недавно одни страны и континенты являлись донорами психотерапии, тогда как другие реципиентами, то в последние годы и страны, ранее заимствовавшие, начинают распространять свои методы психотерапии за пределы своих границ. Психотерапия уже не имеет границ, а стала всемирным явлением. Таким образом, создаются условия для обогащения психотерапии в каждой стране и интенсивном обмене идеями, подходами, целыми модальностями между странами и континентами.

Своё развитие, свою эволюцию продолжают модальности уже получившие признание. В разных странах и на разных континентах будут возникать всё новые модальности и школы психотерапии. Они будут оставаться либо в рамках одной страны, либо получать международное распространение. Будут проделывать свой жизненный цикл и уходить в историю. С нашей точки зрения, интегративность уже является основным, магистральным путем развития психотерапии XXI века. Ведь стремление максимально полно использовать потенциал психотерапии, по сути дела, не оставляет нам других столь же перспективных возможностей. Сегодня уже можно создавать психотерапевтические поликлиники, по типу медицинских, где будут работать специалисты различных модальностей психотерапии. А такого всё нарастающего разнообразия методов, как в психотерапии, не знает ни одна помогающая специальность, ни одна профессия. Огромное, практически необозримое число методов и школ терапии приводит к необходимости заимствования в каждом направлении и школе самого важного и эффективного. Школы, методы или, как теперь принято говорить, модальности, зарождаются, проделывают свой жизненный путь и уходят в историю? А что же остаётся? На этот вопрос можно уверенно отвечать, что оригинальное и лучшее каждой модальностью может быть передано и усвоено интегративными, мультимодальными, полимодальными, и другими системами психотерапии. И ещё одно важное обстоятельство, важная зона роста психотерапии. Современная психотерапия занята уже не только эмоциональными проблемами человека и его неуспешностью. Во множестве стран психотерапия становится более духовной. Она обслуживает духовные потребности человека новой эпохи, тем самым становясь вариантом светской духовности, светского гуманизма. И развивается наряду с религиями, параллельно им. В отличие от традиционных религий, мало изменяющихся в течение столетий и даже тысячелетий, психотерапия изменяется очень быстро согласно потребностям сегодняшнего дня. Более того, пытаюсь предугадать духовные потребности завтрашнего дня. И если психотерапия ещё недавно была доступна для богатых слоёв населения и развивалась в богатых странах западного мира, то сегодня она интенсивно распространяется на средний класс и всё менее богатые страны. Важно отметить, что полноценное развитие психотерапии возможно только в демократических государствах.

С другой стороны, за свою историю психотерапия накопила множество технологий взаимодействия профессионала с человеком, семьёй, группой. Психотерапия заимствовала и обобщила эти технологии и разработала свой технологический аппарат. Сегодня он может использоваться во всех семи моделях психотерапии: медицинской, психологической, педагогической, социальной, философской, эзотерической и эклектической.

Мы живём в постиндустриальную эру технического прогресса. Всё новые технологические возможности входят в нашу жизнь, делая её комфортнее. Политика в области новых технических разработок строится таким образом, чтобы технические устройства были всё более просты в управлении. Весь технический прогресс осуществляется за счёт экстрапсихических технологий, внешних по отношению к нашим психологическим возможностям, нашей психике. Исходя из идей технологической сингулярности, технический прогресс получит новый качественный скачок в своём развитии, когда начнётся широкое применение и использование внутренних психологических, психических возможностей человека, на основе которых будут создаваться интропсихические технологии.

Таким образом, в обозримом будущем потребность в психотерапии будет постоянно расти как в развитых странах, так и в развивающихся демократических государствах. Сама психотерапия будет развиваться всё быстрее, стремясь удовлетворить постоянно изменяющиеся потребности общества. Будет два основных варианта развития психотерапии. В одном случае это будет набор технологий, используемых специалистами других профессий: психологами, социальными работниками, врачами. В другом случае, это будет отдельная профессия – психотерапия.

Будущему психотерапии, её настоящему и прошлому посвящается новый Всемирный научно-практический журнал «Психотерапия» (World Journal “Psychotherapy”), который мы начали издавать и распространять по всем странам и континентам.

Заключение

В первом в истории отечественной психотерапии издании хрестоматии методов (модальностей) психотерапии, Россия психотерапевтическая, включены методы получившие профессиональное признание в Российской Федерации. Составители вполне отдают себе отчёт, что, большинство или даже все данные методы нуждаются в дальнейшем развитии. Наше профессиональное сообщество поддерживает тех, кто посвящает себя, своё время, свою энергию, кто отдаёт свою креативность развитию нашей специальности. Впереди публикация следующих томов нашей хрестоматии. Где каждая статья, написана основателем и руководителем модальности.

Издание рассчитано как на обучающихся психотерапии и психологическому консультированию, так и на практикующих психотерапевтов и психологов. А так же на исследователей в нашей области. Оно так же окажется полезным и для интересующихся нашей молодой и бурно развивающейся профессией.