

Общество человекоцентрированного подхода
Институт консультативной психологии и консалтинга
(ФПК-ИНСТИТУТ)

ЕЖЕГОДНИК
ПО КЛИЕНТОЦЕНТРИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ И
ЧЕЛОВЕКОЦЕНТРИРОВАННОМУ ПОДХОДУ
2020

(Client-centered therapy & Person Centered Approach)

Том 2

Москва - 2020

ТОМ 2 ЕЖЕГОДНИК ПО КЛИЕНТОЦЕНТРИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ И ЧЕЛОВЕКОЦЕНТРИРОВАННОМУ ПОДХОДУ 2020

Общество человекоцентрированного подхода
Институт консультативной психологии и консалтинга
(ФПК-ИНСТИТУТ)

**ЕЖЕГОДНИК
ПО КЛИЕНТОЦЕНТРИРОВАННОЙ
ПСИХОТЕРАПИИ И
ЧЕЛОВЕКОЦЕНТРИРОВАННОМУ ПОДХОДУ
2020**

(Client-centered therapy & Person Centered Approach)

Том 2

Москва - 2020

УДК 159.9
ББК 88

Ежегодник по клиентоцентрированной психотерапии и человекоцентрированному подходу - 2020. Том 2. / Под ред. А.Б. Орлова, В.В. Колпачникова, В.Ю. Меновщикова — М.: Институт консультативной психологии и консалтинга (ФПК-Институт), 2020 - 188 с.

Во втором томе Ежегодника по клиентоцентрированной психотерапии и человекоцентрированному подходу, совместно издаваемого Обществом человекоцентрированного подхода и Институтом консультативной психологии и консалтинга (ФПК-Институтом) собраны статьи, как представляющие собой подход Карла Роджерса, так и его учеников, и последователей (Ю. Джендлина, Л. Гринберга и др.), а также современные наработки в области клиентоцентрированной психотерапии. Внимание уделено теоретическим вопросам человекоцентрированного подхода, исследованиям в этой сфере и рефлексии практического опыта работы с клиентами.

Ежегодник-2020 адресован психологам и психотерапевтам, социальным работникам, консультантам, работающим с отдельными людьми и с организациями. Он будет полезен также научным работникам, преподавателям и студентам психологических и медицинских факультетов, кафедр и факультетов социальной работы, всем интересующимся человекоцентрированным подходом.

Содержание

От научных редакторов.....	4
<i>Карл Р. Роджерс</i> Мир и человек завтрашнего дня.....	6
<i>Ю. Джендлин</i> Памяти учителя. Карл Роджерс (1902 - 1987)	17
<i>В.Ю. Меновщиков</i> Клиент-центрированная психотерапия и человекоцентрированный подход: за пределами «классики».....	22
<i>Ю. Джендлин</i> Фокусинг-методика.....	36
<i>Л.С. Гринберг</i> Первое русское интервью Л.Гринберга о Фокусированной на эмоциях терапии.....	39
<i>Ю. Барбоса, К. Кунья, А. Сантос, М. Гонсалвеш, Ж. Сальгадо</i> Изменение нарратива в «Фильмах о Глории»: сравнение различных процессов появления новизны в ходе терапевтических сессий.....	43
<i>К. Арнольд</i> Напевая или хмыкая вместе: Значение мм-хмм в психотерапевтической коммуникации.....	67
<i>А.Б. Орлов, Н.А. Орлова</i> Natura & Cultura: два вектора развития человека.....	82
<i>В.В. Колпачников</i> Индивидуальные модели консультативного процесса и психологического здоровья в консультировании.....	99
<i>Е.А. Пиотровская</i> Игровая терапия, центрированная на ребенке: генез, современное состояние, принципы, примеры.....	108
<i>А.Е. Айви, Т. Дэниелс</i> Нейронаука, эмпатия и навыки слушания.....	164
НАШИ АВТОРЫ	176
ИНФОРМАЦИЯ	180

От научных редакторов

Второй том Ежегодника по клиентоцентрированной психотерапии и человекоцентрированному подходу, совместно издаваемого Обществом человекоцентрированного подхода и Институтом консультативной психологии и консалтинга (ФПК-Институтом) в 2020 году, традиционно включает в себя статьи, представляющие собой как классические разработки Карла Роджерса, его учеников, коллег и последователей так и современные наработки в области клиентоцентрированной психотерапии и человекоцентрированного подхода. Внимание уделено как теоретическим вопросам человекоцентрированного подхода, исследованиям в этой сфере, так и рефлексии практического опыта клиентоцентрированной психотерапевтической работы с клиентами. Ежегодник продолжает традицию наших предшествующих публикаций и подводит итоги прошедшего года нашей деятельности и деятельности наших коллег и партнеров.

Ежегодник- 2020 адресован психологам и психотерапевтам, социальным работникам, консультантам, работающим как с отдельными людьми, так и с организациями. Он будет полезен также научным работникам, преподавателям и студентам психологических и медицинских факультетов, кафедр и факультетов социальной работы, менеджмента и консалтинга.

Статьи, представленные в Ежегоднике - 2020, отражают весь спектр областей науки и практики, связанных с консультативной психологией. Поскольку мы полагаем, что человекоцентрированный подход, разработанный К. Роджерсом, является базовой методологической основой для всего многообразия консультативных и психотерапевтических практик применительно ко всем уровням и стадиям изменений клиента. Кроме того, человекоцентрированный подход выходит далеко за рамки консультативных и психотерапевтических отношений «клиент – терапевт», в другие сферы социальной практики, педагогику, коучинг, консалтинг, политику. Не случайно в нашем Ежегоднике представлены вновь как сам основоположник человекоцентрированного подхода Карл Роджерс («Мир и человек завтрашнего дня»), так и его ученики и последователи:

- Ю. Джендлин («Фокусинг методика. Представьте себе что-то. Какое чувство приходит в ответ и говорит вам «НЕТ?»»; «Памяти учителя. Карл Роджерс (1902 – 1987)»);
- Л. Гринберг («Первое русское интервью о фокусированной на эмоциях терапии»);
- Ю. Барбоса, К. Кунья, А. Сантос, М. Гонсалвеш, Ж. Сальгадо («Изменение

нарратива в «Фильмах о Глории»: сравнение различных процессов появления новизны в ходе терапевтических сессий»);

- К. Арнольд («Напевая или хмыкая вместе: значение мм-хмм в психотерапевтической коммуникации»);
- Айви А. Е., Дэниелс Т. («Нейронаука, эмпатия и навыки слушания»).

В Ежегоднике – 2020 представлены также статьи членов Российского Общества Человекоцентрированного подхода, преподавателей магистерской программы «Консультативная психология. Персонология» Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики», в рамках которой в течение многих лет проводится теоретическая и практическая подготовка студентов по специализации «Човекоцентрированный подход» (А.Б. Орлов, Н.А. Орлова «Natura & Cultura: два вектора развития человека»; В.Ю. Меновщиков «Клиент-центрированная психотерапия и человекоцентрированный подход: за пределами «классики», В.В. Колпачников «Индивидуальные модели консультативного процесса и психологического здоровья в консультировании»), а также статья, президента Ассоциации игровой терапии, Е.А. Пиотровской «Игровая терапия, центрированная на ребенке: генез, современное состояние, принципы, примеры».

Мы желаем нашим читателям приятного чтения всех заинтересовавших вас статей, а также выражаем признательность всем авторам Ежегодника - 2020 и коллективу Издательства ФПК-Института.

Александр Орлов
Вениамин Колпачников
Виктор Меновщиков
20 сентября 2020 г.

Карл Р. Роджерс
Мир и человек завтрашнего дня¹

У меня давно присутствует живой интерес к будущему. Это мир перемен, и я получаю удовольствие, стараясь разгадать направления, в которых мы направляемся или направимся. Я убежден, что в данный момент мы проходим период трансформационного кризиса, из которого мы и наш мир не можем выйти неизменными. Но мне нравится аналогия, взятая из китайского языка, где это слово имеет двойное значение - "кризис" и "возможность". Я придерживаюсь такого же мнения - самые большие кризисы завтрашнего дня представляют собой такие же большие возможности. В этой главе я размышляю на эту тему.

В самом настоящем смысле, я отношусь к этому материалу как к очень уязвимому. Я раскрываю свои мысли в процессе, как если бы это происходило прямо сейчас. Здесь содержатся идеи, которые я не высказывал ранее, а новорожденные идеи всегда чувствуют себя неуверенно. Здесь осуществлена попытка собрать воедино многие неясные мысли, которые возникали в моей голове в течение этого последнего года в процессе чтения. Это особенно верно относительно первой части главы.

Затем я обратился как к текущему, так и прошлому опыту, пытаюсь представить образ человека, который сможет жить в этом трансформированном мире.

У меня непростые чувства по поводу этой главы, это чувство бывало и раньше. Каким-то еле уловимым образом я убежден, что то, о чем я говорю здесь, однажды будет воплощено гораздо более полно, мной или кем-то другим. Это начало, набросок, предложение. И я представляю это вам во всей новорожденной неловкости и несовершенстве. Написанное отражает то, где я сейчас нахожусь относительно будущего.

Что сулит будущее? Есть много людей, которые делают бизнес, пытаются предсказать будущее, но вся подобная работа, в лучшем случае, информированная спекуляция. Ученые могут почти с абсолютной точностью предсказать дату и час прибытия кометы Галлея в 1985 году, но каким будет мир в этот день, никто не знает. Причину можно выразить одной фразой: наличие выбора. Довольно точно об этом высказался президент Общества Будущего Мира Эдвард Корниш (Cornish, 1980):

1980-е - больше, чем какая-либо предыдущая декада, - будет периодом, когда человеческий выбор будет действовать решительнее, чем когда-либо прежде. Стремительное развитие технологии освободило человека от рабства перед экологическими и биологическими обстоятельствами. Человек больше не пленник конкретного географического местоположения, потому что может легко отправиться на другую сторону планеты. Он может общаться с людьми по всему миру с помощью новых электронных приспособлений. Новые биомедицинские достижения позволяют жить дольше и иметь более крепкое здоровье. Усовершенствованные экономические системы устранили, - по крайней мере, во многих странах, -

¹ Отрывок из книги «Путь бытия». М. Институт консультативной психологии и консалтинга, 2019

когда-то постоянно существовавшую опасность голодного истощения... Сегодня мы видим будущее не как навязанный нам мир, а как мир, который мы сами создаем. (с.7)

МИР ЗАВТРАШНЕГО ДНЯ.

Три сценария

Размышляя в данных понятиях, мы можем визуализировать различные сценарии относительно предстоящих лет. Один крайний вариант предполагает возможность ядерной войны. Настоящий ужас этой возможности принудительно доставлен ко мне домой спокойными, фактологическими словами Джорджа Буша, который является высокопоставленным государственным чиновником, а пока я это пишу, баллотируется от республиканцев в президенты. Следующее интервью состоялось между Джорджем Бушем и Робертом Шеером, репортером *Лос Анжелес Таймс* (Scheer, 1980):

Шеер: *Не доходим ли мы со всем этим стратегическим вооружением до черты, где мы можем стереть друг друга с лица земли так много раз, и никто уже не хочет или не готов использовать его, так что уже не важно, на 10 или на 2 процента ниже или выше мы находимся?*

Буш: *Да, если вы убеждены, что нет такого понятия как победитель в обмене ядерными ударами, тогда этот аргумент имеет малый смысл. Я в это не верю.*

Шеер: *Как можно победить в обмене ядерными ударами?*

Буш: *Существует вероятность выживания управляющей команды, выживания индустриального потенциала, защиты какого-то процента своего населения, и есть возможность нанесения большего ущерба оппозиции, нежели она нанесет вам. Таким образом, можно получить победителя, и Советское планирование основано на угрожающем понятии победителя в обмене ядерными ударами.*

Шеер: *Вы имеете в виду, что выживут 5 процентов? 2 процента?*

Буш: *Больше, - если бы все запустили все, что у них есть, - выжило бы больше, чем эта цифра.*

Давайте на мгновение задумаемся, что именно означают эти слова. Буш говорит, что в случае ядерной войны, выживут высший военный состав и государственные чиновники (глубоко на какой-нибудь горе, несомненно), и выживут некоторые индустриальные лидеры и промышленные предприятия. А что касается всех оставшихся нас? Допустим, выживут от 2 до 15 процентов. Это означает, что почти наверняка, вы и я и более 200 миллионов других американцев будут убиты! И мистер Буш называет это *победой!* И он находит удовлетворение в том предположении, что еще большее количество русских будет уничтожено.

Когда мы добавляем к этому, смертельную радиоактивность почти любого выжившего объекта в обеих странах, и продукты распада радиации, которые охватили бы земной шар, картина становится еще более непостижимой. Кажется, такой сценарий мог родиться только в голове буйно помешанного. Но мы знаем, что он вынашивается вдумчивыми людьми в правительстве и

вооруженных силах в Соединенных Штатах и в Советском Союзе. И в момент написания этого текста, в то время как мы грозимся использовать военную силу, если необходимо, чтобы защитить наши нефтяные интересы на Среднем Востоке, это кажется пугающе возможным. Итак, это один, практически суицидальный сценарий, который мы не можем проигнорировать, хотя он настолько ужасен, что не хочется о нем даже думать.

Если предположить, что мировые лидеры отступят от идеи совершить планетарный суицид, становятся возможны другие сценарии. В одном случае 1980-е пройдут так же, как все шло ранее.

Терроризм и преступность продолжают существовать, но будут совершаться научные и технологические открытия. Некоторые аспекты мировых проблем ухудшатся, но другие улучшатся, и наши жизни не сильно изменятся.

В другом сценарии мы можем увлечься новейшими разработками технологий. Невероятные достижения в машинном интеллекте и принятии решений; “пробирочные” дети вживляются в женскую матку, или, возможно, полностью выращены вне человеческого тела; с помощью рекомбинирования генов создаются новые особи микроскопической и макроскопической жизни; города под куполами с полностью контролируемой людьми окружающей средой; целиком искусственные природные среды позволяют людям жить в космосе: это одни из новых технологий, которые могут отразиться на нашей жизни. Общим здесь является то, что человечество все дальше и дальше отдаляется от природы, от земли, от погоды, от солнца, от ветра, и всех естественных процессов. Эти разработки произвели бы перемены невиданного размаха в процессе нашего стремления изобрести решения, жизнь и среду, полностью созданную человеком. Никто не может сказать, скажется ли это на нас хорошим или плохим образом; одно точно - наша отделенность от естественного мира будет гораздо больше, чем сегодня.

Основа для другого сценария

Есть другой тип сценария, основанный на переменах, связанных с человеком. На этой возможности я хочу остановиться подробнее. На сегодняшний день существует много тенденций, которые полностью переворачивают все наши представления о возможностях индивидуума; которые меняют наше восприятие “реальности”; которые меняют наши способы бытия и поведения; которые переворачивают наши системы убеждений. Я хочу просто перечислить, без подробного обсуждения, несколько из этих новых направлений, многие из которых вам знакомы, а некоторые могут показаться странными. Для яркого и более полного описания этих и других трендов, можно обратиться к провокационной книге Мерилин Фергюсон, *Заговор Водолея* (Ferguson, M., 1980), лучше представленной своим подзаголовком “Личная и социальная трансформация в 1980-е”.

Во-первых, несколько тенденций, которые расширяют наш взгляд на возможности человека. (Категории, которые я использую, в значительной степени пересекаются между собой, но я варьирую их для удобства).

Существует сильный и растущий интерес ко всем формам медитации - распознавание и использование ресурсов внутренней энергии.

Все возрастающее уважение и использование интуиции как мощного инструмента.

Множество людей испытали измененные состояния сознания - многие под влиянием наркотиков, но все возрастающее число - с помощью психологических практик. Наши способности в этом направлении открывают новые миры.

Исследования биологической обратной связи показывают, что наше подсознание за несколько мгновений и без обучения может научиться управлять деятельностью *отдельной клетки*. С визуальной демонстрацией активности некоторой группы мышц, обычный человек может изменить действия этой мышечной группы, контролируемой *одной клеткой* в спинном мозге (Brown, 1980). Возможные применения этого потенциала уму непостижимы.

Такие паранормальные явления как телепатия, предвидение и ясновидение были достаточно протестированы, чтобы получить научное признание. Кроме того, доказано, что большинство людей может раскрыть или развить в себе эти способности.

Выясняется, что часто мы можем исцелить или смягчить многие из наших болезней с помощью намеренного использования нашего сознательного и бессознательного разума. Холистическое здоровье расширяет наше понимание внутренне присущих способностей человека.

Стремительно растет интерес к духовным и трансцендентным способностям индивидуума.

Ведущие исследователи мозга сходятся во мнении о существовании мощного разума, обладающего грандиозным потенциалом интеллектуальной деятельности, который существует достаточно независимо от структуры мозга (Brown, 1980).

Возможно, эволюция приведет нас к сверхсознанию и сверхразуму намного более могущественным, чем современные разум и сознание (Brown, 1980).

Теперь давайте посмотрим на другие разработки, которые меняют наше представление о реальности. Некоторые из них связаны с наукой.

Теоретическая физика и мистицизм, особенно восточный мистицизм, сходятся в признании целостной Вселенной, включая нас, как "космического танца". В этом взгляде материя, время, пространство исчезают как значимые категории; существуют только колебания. Это перемена в нашем концептуальном видении мира революционна.

Голографическая теория функционирования мозга, сформированная нейроученым из Стэнфордского университета Карлом Прибрамом (коротко описана в книге Фергюсон (Ferguson, 1980, стр. 177- 187), не просто в корне меняет нашу концепцию работы мозга, но и предполагает, что наш мозг может создавать нашу "реальность".

Новые эпистемологии и философии науки видят нашу текущую линейную причинно-следственную концепцию науки только как один конкретный пример множества путей познания. В биологии, в частности, взаимные причинно-следственные связи представляются сегодня единственной основой для рациональной науки. Эти новые пути науки радикально

изменяют наш способ познания и восприятия мира, особенно биологического и человеческого. (Ferguson, 1980, стр. 163-169, дает короткое, но ясное представление об этих новых подходах).

За пределами научного мира мы тоже начинаем воспринимать реальность новыми путями. В частности, это верно относительно понимания смерти и умирания. Мы гораздо больше принимаем реальность смерти, и мы многое узнаем о процессе умирания как кульминации жизни.

Другие тенденции касаются направлений изменения человека. Большая часть этой книги посвящена этим процессам, но я, все же, перечислю их здесь:

Движение женщин – только один из примеров групп по повышению осознанности. Движения за права гомосексуалистов и равноправие черных. Они меняют поведение людей, привлекая особое внимание к предрассудкам, предубеждениям и стереотипам, в которых мы сформировались.

“Фокусинг”, или полное осознание, в настоящий момент, какого-либо прежде отрицаемого опыта, приносит психологическое и физиологическое изменение в психотерапии и приводит к изменению поведения.

Появилось новое понимание того, что человек – это *процесс*, а не фиксированный набор привычек. Это пробуждает другие формы поведения, увеличивает количество вариантов.

Существует сильная тенденция в сторону большего обращения к индивидуальной психотерапии, и укрепляются доказательства, что этот опыт приводит к изменениям в личности и ее поведении.

Множество людей испытали стойкие личные и коллективные изменения в различных видах интенсивных групповых процессах. Это обсуждалось в предыдущих главах.

Тенденция в сторону более человеческих отношений в обучении дает значительные эффекты в обучении и других видах поведения. Это также было доказано.

Последняя группа современных тенденций связана с изменениями в наших системах убеждений. Я отмечу несколько:

Возрастающее настаивание на индивидуальной свободе выбора и соответствующее сопротивление конформности и принятию авторитетов.

Растет оппозиция и неприязнь к большим учреждениям, корпорациям, бюрократии, намного больше интереса и труда направляется в маленькие, кооперативные, групповые силы.

Растущее недоверие к редукционистской науке и повышенный интерес к древней мудрости ранних культур и, в том числе, к древним “наукам”.

Значимость данных тенденций

В чем смысл, важность всех этих изменений в современной жизни?

Взятые все вместе, эти тенденции в корне трансформируют наше представление о человеке и мире, который он или она воспринимают. Этот человек обладает дотоле невиданным потенциалом. Его бессознательный разум необычайно могуществен. Он может контролировать многие телесные функции, исцелять болезни, создавать новые реальности. Он может проникать в будущее, видеть вещи на расстоянии, передавать мысли напрямую. Этот человек обладает новой осознанностью своих сил,

способностей и мощи, осознанностью “Я” как процесса изменений. Этот человек живет в новой вселенной, где исчезли все знакомые концепции - время, пространство, объект, материя, причина, следствие - ничего не остается, кроме вибрирующей энергии.

По моему мнению, эти события составляют “критическую массу”, которая произведет коренной социальный переворот. При взрыве атомной бомбы температура и другие условия постепенно повышаются до тех пор, пока не достигается определенная критическая масса. Достижение этой критической массы приводит к процессу взрывного расширения. Описываемые мною изменения того же рода, только процесс касается людей и социальных систем.

Другой научной аналогией является “смена парадигмы”. Наш научный взгляд на мир в любой момент времени соответствует некоему общему паттерну. Безусловно, есть события и феномены, которые выпадают из него, но они отбрасываются до тех пор, пока не накопятся и уже не смогут оставаться в тени. Затем, Коперник или Эйнштейн предоставляют нам совершенно новый образец, новый взгляд на мир. Это уже не что-то латающее старую парадигму, хотя и включает в себя ее. Это абсолютно новая концептуальная система. Невозможно постепенно двигаться от старой к новой. Необходимо принять одну или другую: это смена парадигмы. В науке было отмечено, что старые ученые уходят в могилу, веря в предыдущую парадигму, но новое поколение растет и комфортно живет с новой.

Я говорю о том, что многие пересекающиеся тенденции, которые я перечислил, образуют смену парадигм. Мы будем, конечно, пытаться жить в знакомом нам мире, так же как жили люди во времена плоской земли задолго до того как узнали, что она круглая. Но по мере того, как эти новые пути понимания человека и мира будут усваиваться, в возрастающей степени становясь основой нашего мышления и наших жизней, трансформация будет неизбежна. Илья Пригожин (Prigogine, 1980), бельгийский химик, получивший Нобелевскую премию в 1977 и сделавший огромный вклад в новую концепцию науки, говорит за всех ученых: “Мы видим новый мир вокруг нас. Создается впечатление, как будто мы присутствуем при расцвете нового периода, с большим волнением, надеждами, а также рисками, присущими каждому началу”.

ЧЕЛОВЕК ЗАВТРАШНЕГО ДНЯ

Кто сможет жить в этом незнакомом мире? Я думаю, те, кто молод умом и душой - и часто это значит молодость в теле в том числе. В то время как наша молодежь растёт в мире, охваченном описанными мной тенденциями и взглядами, многие станут новыми людьми - подходящими для жизни в мире завтрашнего дня - и к ним присоединятся люди старшего поколения, которые усвоят изменяющиеся представления.

Конечно, не все молодые люди. Говорят, сегодня молодые люди озабочены только работой и безопасностью, что они не те, кто рискует или создает инновации, а консерваторы, ищущие “номера один” - того, за кем можно последовать. Может это и так, но это точно не относится к молодым людям, с которыми я встречаюсь. Я уверен, что некоторые продолжат жить в нашем сегодняшнем мире; и все же, многие будут пребывать в новом мире завтрашнего дня.

Откуда они появятся? По моему наблюдению они уже есть. Где я их нашел? Я нахожу их среди управляющих корпорациями, которые бросили пустые крысиные бега, соблазнительные высокие зарплаты и биржевые опционы, чтобы жить более простой новой жизнью.

Я нахожу их среди молодых людей и женщин в голубых джинсах, бросающих вызов превалирующим ценностям сегодняшней культуры ради того, чтобы жить по-новому. Я нахожу их среди пастырей, монахинь и священников, оставивших позади догмы своих церквей ради того, чтобы жить более значимым образом. Я нахожу их среди женщин, решительно поднимающихся над ограничениями, наложенными на их индивидуальность обществом. Я нахожу их среди черных, чикано и других представителей меньшинств, которые выбиваются из поколений пассивности в уверенную, позитивную жизнь. Я нахожу их среди тех, кто прошел группы встреч, кто находит в своей жизни место, как для чувств, так и для мыслей. Я нахожу их среди покинувших школы творческих людей, которые добиваются больших высот, чем позволяет стерильное школьное образование. А также, я понимаю, что видел что-то от этого человека в годы своей работы психотерапевтом, когда клиенты выбирали для себя более свободную, богатую, самостоятельную жизнь. Вот некоторые из тех мест, где я нашел людей, которые смогут жить в преображенном мире.

Характеристики человека завтрашнего дня

Когда я встречался с такими индивидуумами, я заметил, что у всех них есть общие черты. Возможно, нет такого человека, который обладает всеми этими качествами, но я убежден, что способность жить в этом совершенно измененном мире завтрашнего дня отмечена определенными характеристиками. Я очень коротко опишу некоторые из них - так как я их увидел и испытал.

1. *Открытость.* Эти люди открыты как к внешнему, так и внутреннему мирам. Они открыты опыту, новым путям видения, новым способам бытия, новым идеям и концепциям.
2. *Жажда аутентичности.* Я заметил, что они ценят коммуникацию, как способ выражать все как есть. Они отвергают лицемерие, обман и уклончивые речи нашей культуры. Они открыто говорят, например, о своих сексуальных отношениях, нежели ведут секретную или двойную жизнь.
3. *Скептицизм в отношении науки и технологии.* Они демонстрируют глубокое недоверие нашей текущей науке и технологии, используемой для того, чтобы завоевать мир природы и контролировать людей мира. С другой стороны, когда наука, - такая как, например, биологическая обратная связь, - используется для повышения уровня самосознания и самоконтроля человека, они страстные сторонники.
4. *Жажда целостности.* Эти люди не любят жить в разделенном мире - тело и разум, здоровье и болезнь, интеллект и чувство, наука и здравый смысл, индивидуум и группа, вменяемость и невменяемость, работа и игра. Они скорее стремятся к целостности жизни, с мыслью,

чувством, физической энергией, психической энергией, целительной энергией, все интегрируется в опыт переживания.

5. *Желание близости.* Они ищут новые формы интимности, близости, разделенного предназначения. Они ищут новые формы общения в подобном сообществе – как вербально, так и невербально, как полного чувств, так и интеллектуального.
6. *Люди процесса.* Они ясно отдают себе отчет в том, что единственная определенная вещь в жизни это перемены, - что они всегда находятся в процессе, всегда меняются. Они радушно принимают этот рискованный путь бытия и наполнены жизненной энергией, встречая изменения.
7. *Забота.* Эти люди заботливы, горят желанием помогать другим, когда возникает такая нужда. Это нежная, скрытая, не получающая, безоценочная забота. Они подозрительно относятся к профессиональным “помощникам”.
8. *Установка по отношению к природе.* Они чувствуют близость и заботятся о живой природе. Они экологично мыслят и получают удовольствие, скорее, от объединения с силами природы, чем от борьбы с природой.
9. *Анти-институциональность.* Эти индивидуумы испытывают антипатию к любым сложно устроенным, негибким, бюрократическим институтам. Они убеждены, что организации должны существовать для людей, а не наоборот.
10. *Внутренний авторитет.* Эти люди доверяют своему собственному опыту и проявляют глубокое недоверие внешним авторитетам. Они выносят свои собственные моральные суждения, даже открыто не подчиняясь законам, которые считают несправедливыми.
11. *Малая значимость материальных вещей.* Эти индивидуумы фундаментально безразличны к материальным комфорту и вознаграждениям. Деньги и символы материального статуса не являются их целью. Они могут жить в достатке, но это ни в коем случае не является необходимостью для них.
12. *Стремление к духовности.* Люди завтрашнего дня - искатели. Они хотят найти большее значение и предназначение жизни, чем индивидуум сам по себе. Некоторые приходят к религиозным вероисповеданиям, но большинство исследуют способы, которыми человечество находило ценности и смыслы, выходящие за пределы отдельного индивида. Они желают жить жизнь во внутренней гармонии. Их герои духовные люди - Махатма Ганди, Мартин Лютер Кинг, Тейяр де Шарден. Иногда, в измененных состояниях сознания, они испытывают единство и гармонию Вселенной.

Это некоторые из характеристик, которые я вижу в человеке завтрашнего дня. Мне хорошо известно, что мало кто обладает всеми этими характеристиками, и я знаю, что я описываю малое меньшинство населения в целом.

Поразительно то, что люди с этими характеристиками будут чувствовать себя как дома в мире, состоящем только из вибрирующей энергии, мире без твердого основания, мире процесса и изменения, мире, в котором разум, в своем более широком смысле, одновременно и осознает, и создаёт реальность. Они смогут совершить смену парадигмы.

МОЖЕТ ЛИ ЧЕЛОВЕК ЗАВТРАШНЕГО ДНЯ ВЫЖИТЬ?

Я описал людей, которые находятся в резком противоречии с нашим традиционным миром. Смогут ли они - будет ли им позволено - выжить? Какое противостояние они встретят? Как они повлияют на наше будущее?

Оппозиция

Появление этого нового человека будет встречено с сопротивлением. Я предположу сопротивление как серию слоганов-утверждений, которые могут выражать какие-то стороны антагонизма.

1. *“Структура превыше всего”*. Прошрое десятилетие предоставило нам достаточное доказательство того, что в Соединенных Штатах так же, как и в большинстве других стран, верхушка и окружающая ее массивная бюрократия не имеют места для диссидентов или для имеющих отличающиеся ценности и цели. Новый человек был и будет подвергаться нападкам, лишаться свободы выражения, обвиняться в тайном сговоре, сажаться в тюрьму за отказ подчиняться. Потребовалось бы массивное - и маловероятное - пробуждение Американской публики, чтобы развернуть направление этой тенденции. Принятие разнообразия ценностей и образов жизни и мнений - это сердце демократического процесса, но оно больше не особенно-то процветает в Соединенных Штатах. Так что эти зарождающиеся люди точно будут подавляться, насколько это возможно, их государством.
2. *“Традиция превыше всего”*. Структуры нашего общества - образовательные, корпоративные, религиозные, семейные, - стоят в прямой оппозиции любому, кто бросает вызов традиции. Университеты и местные публичные школы, вероятно, могут быть самыми враждебными структурами по отношению к этим людям завтрашнего дня. Они не вписываются в их традиции и будут изгоняться и исключаться при любой возможности. Корпорации, вопреки своему консервативному образу, в каком-то роде более отзывчивы социальным тенденциям. И все же, они будут в оппозиции человеку, который ставит самореализацию выше достижений, личное развитие выше заработка или выгоды, кооперацию с природой выше борьбы с ней. Церковь - менее устрашающий оппонент. И семья, и брачные традиции уже находятся в таком состоянии путаницы, что антагонизм, хотя и он и существует, вряд ли будет эффективно осуществлен.
3. *“Интеллект превыше всего”*. Тот факт, что эти появляющиеся индивидуумы пытаются быть целостными людьми, - с интегрированными телом, разумом, чувствами, духом и психическими силами, - будет видеться одним из самых непростительных проступков. Не

только наука и академия, но и государство построены на допущении, что когнитивное мышление -это *единственная* важная функция человечества. Существует убеждение, что ум и рациональность могут решить все. Именно это убеждение привело нас в болото Вьетнама. Этому же убеждения придерживаются ученые, преподаватели вузов, и представители правительственных структур всех уровней. Они будут первыми в излиянии презрения и пренебрежения на любого, кто словом или делом посягнет на это кредо.

4. *“Людей нужно формировать”*. Видение человечества может логично быть предугадано из нашей текущей технологической культуры. Оно связано с применением социальных и психологических технологий для контроля неконформного поведения в интересах регулируемого постиндустриального общества. Такой контроль будет реализовываться не какой-то одной институциональной силой, но тем, что можно бы назвать “военно - социально-культурно - индустриально - информационно - полицейской бюрократией”. Очевидно, что одной из главных целей этого сетевого комплекса - если эта конформное видение одержит верх,- будет контроль или уничтожение человека, которого я описал.
5. *“Статус-кво навсегда”*. Перемены пугают, и их вероятность порождает напуганных, озлобленных людей. В своей подлинной сущности их можно найти среди крайне правых политиков, но в каждом из нас есть некоторый страх перед процессом, перед изменением. Поэтому устные атаки на этого нового человека придут от крайне консервативных правых, которые, по вполне понятным причинам, объята ужасом, видя исчезновение своего безопасного мира; однако, эти консервативные голоса получают сильную молчаливую поддержку от всего населения. Перемены болезненны и неопределенны. Кто их хочет? Ответ - *мало кто*.
6. *“Наша правда - и есть правда”*. Люди ортодоксальных взглядов тоже враги перемен, и их можно найти и слева, и справа, и посередине. Они не смогут вынести ищущего, неуверенного, мягкого человека. Молодые или старые, фанатично-левые или ригидно-правые, они будут обязаны противостоять процессуальному индивидууму в *поиске истины*. Ортодоксы *владеют истиной*, и остальные должны согласиться.

Итак, пока эти люди завтрашнего дня продолжают появляться на свет, они будут сталкиваться с усиливающимся сопротивлением и враждебностью из этих значительных шести истоков. Они, вполне вероятно, могут быть очень отягощены этими силами.

Более оптимистичный взгляд

Хотя им будут противостоять, я чувствую возрастающую уверенность, что эти люди завтрашнего дня не просто выживут, но вызовут чрезвычайно важное импульс в нашей культуре.

Причина моего оптимизма лежит в настойчивом развитии и процветании перемен в научной, социальной и личной перспективах. Теоретическую физику нельзя просто положить в старую коробку. Биологическая обратная связь может идти только вперед, но не назад, и продолжает разворачивать дотоле невиданные силы нашего внутреннего и подсознательного разума. Возрастающее количество людей испытают измененные состояния сознания. И так далее, и так далее, по списку. Другими словами, давление продолжит нарастать до тех пор, пока не спровоцирует смену парадигмы.

Люди завтрашнего дня - это те самые люди, которые способны понять и принять эту смену парадигмы. Они будут теми, кто сможет жить в этом новом мире, контуры которого пока смутно видны. Если мы только не взорвем сами себя, новый мир неизбежно придет, трансформируя нашу культуру.

Этот новый мир будет более человечным и гуманистическим. Он будет исследовать и развивать богатство и способности человеческого разума и духа. Он произведет на свет более интегрированных и целостных индивидуумов. Этот мир будет высоко ценить каждого конкретного человека - самый важный из наших ресурсов. Это будет более естественный мир с обновленной любовью и уважением к природе. В нем будет развита более человечная наука, основанная на новых и менее ригидных концепциях. Его технология будет направлена скорее на усовершенствование, чем эксплуатацию людей и природы. Он высвободит творческий потенциал людей, почувствовавших свою силу, свои способности, свою свободу.

Ветра научных, социальных, культурных перемен дуют сильно. Они принесут нас в этот новый мир, мир завтрашнего дня, который я попытался очертить. Центром в этом новом мире будут люди, люди завтрашнего дня, которых я описал.

Это человекоцентрированный сценарий будущего. Мы можем выбрать его, но выберем ли мы его или нет, создается впечатление, что, в какой-то степени, он неумолимо движется к изменению нашей культуры. И перемены будут в направлении большей человечности.

Литература

1. Brown, B. *Supermind: The ultimate energy*. New York: Harper & Row, 1980.
2. Cornish, E. An agenda for the 1980s. *The Futurist*, February 1980, 14, 5-13.
3. Ferguson, M. *The Aquarian conspiracy: Person and social transformation in the 1980s*. Los Angeles: J. P Tarcher, 1980.
4. Prigogine, I. Einstein: Triumphs and conflicts. *Newsletter*, February 1980, p. 5.
5. Scheer, R. *Los Angeles Times*, January 24, 1980.

Ю.Джендлин

Памяти учителя. Карл Роджерс (1902 - 1987)

Карл Роджерс скоропостижно скончался 4 февраля 1987 года после хирургической операции на сломанном бедре. Он родился в Чикаго, 8 января 1902 года. К.Роджерс до последнего активно работал в Центре изучения личности в Ла-Холья (Калифорния), куда он переехал в 1963 году. До этого он преподавал в университетах Висконсина, Чикаго и штата Огайо, а также руководил Детским центром социальной адаптации (Child Guidance Center) в Рочестере.

Карл Роджерс известен миру как идеолог и создатель широко распространенного в настоящее время гуманистического направления в психотерапии; как человек стоявший у истоков научно-исследовательской работы; и оказавший влияние на все сферы деятельности, имеющие отношение к психологии.

Люди прибывали со всех концов света, чтобы познакомиться с ним. Кто-то вдохновлялся идеей самосовершенствования с первой встречи. Кто-то был разочарован. Роджерс не был блестящим собеседником и производил впечатление самого обычного человека. Он с готовностью выслушивал каждого, проявляя неподдельный интерес. Он садился, чуть придвинувшись к вам и глядя прямо в глаза, терпеливо ждал, что этот человек - Bb1 – хотите сказать. Затем вместо того, чтобы давать детальный ответ, он излагал свою точку зрения. Он хранил свои новаторские мысли глубоко при себе. Однако, когда он понимал, что готов, то излагал свои революционные идеи.

Карл Роджерс редко давал волю эмоциям, и практически никогда не позволял себе рассердиться. Он мог решительно заявить о своих чувствах и потребностях, но никогда не выплескивал эмоции на другого человека. Он мог стоять с кипой бумаг в руках, терпеливо ожидая, пока его секретарь закончит болтать по телефону с приятелем. Но не было случая, чтобы он отступил перед людской ненавистью, с которой ему приходилось сталкиваться на протяжении почти всей своей профессиональной деятельности; находясь на рабочем месте, в учебной аудитории, в кабинете психотерапевта, везде где бы он не был - он переворачивал общественный строй с ног на голову. Его заботил каждый человек, а не общественные устои. Его не волновали приличия, роли, классовые сословия, рекомендации или общественное положение, он был готов подвергнуть сомнению любой авторитет, включая свой собственный.

Он обрел свое величие благодаря тому, что, однажды открыв для себя что-то, он следовал за этим открытием до конца. Он не видел никакого смысла ограничивать себя теми или иными условностями, которые так часто встают на пути у многих людей. Поэтому, он был готов начать претворять в жизнь свое дело, которое произвело столь радикальный переворот во всей научной сфере.

В 1940-х года его обвинили в «разрушении единства психоанализа». Он основал совершенно иной метод: не директивную терапию (nondirective therapy). Это ознаменовало начало войны против единого монолитного сообщества. Он выиграл эту войну. Сегодня мы пользуемся многими методами и имеем возможность проводить открытые исследования.

Он настаивал на тщательном изучении своей новой терапии, чтобы продемонстрировать, что она действительно работает. Для Роджерса это означало объективное, количественно оцениваемое исследование. Но в то время было разработано всего несколько пригодных методов и ни одного примера исследования в психотерапии. Подобное исследование считалось невозможным, так как психотерапевты никогда не позволяли кому-либо прослушать психотерапевтические сессии, не говоря уже о том, чтобы произвести какие-либо измерения и сопоставить полученные данные. Роджерс записывал психотерапевтические сессии на громоздкие стеклянные диски того времени. Его обвинили в «осквернении неприкосновенности аналитических отношений» - это развязало еще одну войну.

Карл Роджерс хотел провести сравнительное исследование, поэтому он упорно добивался от психоаналитиков позволения записать сессии дабы изучить их терапию. Годами их ответ был: «Вы можете записывать стажеров», другими словами – практикантов. Это наглядно демонстрировало чья «неприкосновенность» была защищена.

Группа Роджерса стала первой исследовательской группой, которая в течении 20 лет анализировала каждое предложение сотен расшифрованных сессий; а также оценивала результаты, полученные при помощи психометрического теста и других только-только разработанных методик, которые предлагались клиентам до и после терапии; аналогичные тесты получала и контрольная группа. Роджерс выиграл и эту войну; подобные исследования сейчас широко распространены.

Он провозгласил новую этику: клиент должен давать свое согласие на запись терапевтических сессий. Конфиденциальность приобрела особое значение, и единственный ответ, получаемый на любые запросы, стал: «Человек проходил у нас терапию». Сейчас эти этические нормы общеприняты, но тогда это было чем-то новым. «Профессиональная этика» в основном означала следующее - долг врача защищать других врачей.

То, как Карл Роджерс пришел к своему новому методу, характеризует его самого. Он обнаружил что-то, и потом, поскольку не было какого-либо существенного основания прекратить исследования, он не остановился в своих изысканиях. Отто Ранк (OttoRank) использовал метод интерпретации только когда пациент «принимал участие в самом процессе интерпретации». Джесси Тафт (JesseTaft) и Фредерик Аллен (FrederickAllen), с которым Роджерс вместе учился, обнаружили эту связь только когда переосмыслили процесс взаимодействия. О чем они, однако, умолчали. Роджерс исключил интерпретацию вообще. Взамен, он проговаривал свое понимание вслух, пытаясь уловить точный смысл того, что хотел сообщить пациент. Делая это, он для себя кое-что открыл: пациент обычно исправляет первую попытку. Вторая – будет ближе, но даже так, пациент может внести некоторые уточнения. Роджерс старался уловить каждую поправку до тех пор, пока пациент не подтверждал: «Да, это в точности так. Вот что я чувствую». Затем следует характерное молчание. Во время этой «молчаливой» паузы, после того как что-то обретено в своей полноте, у клиента рождается что-то новое. Довольно часто – клиент углубляется. Роджерс открыл, что процесс самопродвижения поднимается откуда-то изнутри. Когда что-то новое получено

в своей первозданной целостности, это позволяет освободить пространство внутри. И тогда шаг за шагом можно идти все глубже и глубже. Это можно назвать способом обойти защиты, или созданием максимально допустимой близости без какого-либо навязывания отношений. Неважно как вы назовете это, важно оценить результат. Для Карла Роджерса теория всегда была на втором месте после практических знаний. Он описал теорию Клиент-Центрированной Терапии (Client-Centered Therapy), а затем изложил более полную теорию в «Становлении человека» (On Becoming a Person), своей самой известной книге. Но он не пытался убеждать кого-то своей теорией. Он писал: «Используйте это как рабочую гипотезу: и посмотрите, что получится».

Сидя в кресле психотерапевта, попробуйте совершенно иной способ слушания. Вместо того чтобы, засучив рукава разбираться с тем, что говорит человек, переиначивать, соглашаться с чем-то одним и разойтись во мнениях в чем-то другом, нужно уловить то, что собирается сообщить человек – это то состояние, когда вы способны ощутить, то что чувствует другой.

Открытие Роджерса повлекло за собой новые находки. Он обнаружил, что каждый человек создает свой собственный внутренний смысл. Этот внутренний смысл затягивает и вносит собственные коррективы в собственное содержание по мере углубления. Это открытие заставило Роджерса иначе взглянуть на свою страну. В 1945 году, чернокожие, женщины, люди нетрадиционной сексуальной ориентации и многие другие получили помощь в Центре Консультирования (Counseling Center), потому что психотерапевты этого центра знали, что каждый клиент откроет для них свой уникальный мир. Чернокожий клиент мог месяцами знакомить психотерапевта с тем, что значит быть «черным». При этом, другой чернокожий клиент всего лишь после часовой сессии мог сказать с чувством полного облегчения: «С вами, я забываю о цвете своей кожи». Эти психотерапевты никогда не навязывали «политику» своему клиенту. Они никогда бы не стали принуждать женщину сохранить брак, в то время как психоаналитики делали это. Также они никогда не позволили бы себе решать за клиента какой сексуальной ориентации ему придерживаться. Для психотерапевтов, которых обучал Карл Роджерс, было очевидно, что каждый человек сам руководит своей жизнью, и что помочь людям можно только понимая их сложный внутренний мир и шаги, которые они предпринимают.

Карл Роджерс обнародовал расшифровки неудач в своей психотерапевтической практике. В группах интернов он давал прослушивать типовые кассеты с записями сессий, но иногда он приносил запись со словами «Я не знаю, что здесь пошло не так». Студенты могли вживую услышать, что многое на записи происходит не так как «надо», и это позволяло им более открыто рассказывать о своих неудачах в работе. Он (К. Роджерс) считал диагностику несовершенной, вредной и часто неверно употребляемой; поэтому он отказался от нее. Это стало еще одним камнем в огород старой психологической школы, но также позволило психотерапии расчистить пространство для более открытого восприятия.

Карл Роджерс переименовал свою *не директивную* психотерапию в клиент-центрированную терапию, а позже в личностно-ориентированную. Например, в юриспруденции, клиент, а не адвокат, решает каков будет следующий шаг. Но

это был только внешний признак того, что медицинская модель «заболевания», «диагноза» и общепринятого «доктор знает лучше» начала разрушаться. Сегодня, большинство психотерапевтов принимают «клиентов» и не считают, что психотерапия аналогична медицинскому лечению.

Открытие Роджерса нашло применение в разных сферах жизни, и он, в свойственной ему манере, с увлечением принялся изучать новые возможности: как использовать в обучении тот факт, что более глубокий процесс познания формируется изнутри? Роджерс начал преподавать, используя раздаточные листы с «доступными ресурсами», добиваясь того, чтобы каждый студент максимально развил предложенную идею. В результате, он получал невероятно воодушевленный класс, готовый самостоятельно продолжать обучение. Без назначения домашних заданий, студенты по собственной инициативе читали и выполняли куда больше, чем по старой образовательной программе. Вскоре Роджерс сделал свой вклад в новую литературу, которая повлияла на целое поколение педагогов.

На обучение этому методу психотерапии затрачивается несколько лет практики, супервизий и консультаций, но академическое обучение не особо помогает. Это привело к следующему выводу, с которым Роджерс был полностью согласен: для того, чтобы стать личностно-ориентированным психотерапевтом не нужна ученая степень.

Роджерс бросает еще один вызов обществу: почему бы не обучать служителей церкви, медсестер, матерей, учителей – всех желающих – быть психотерапевтом? Он не видел каких-либо неустранимых причин, которые могли бы воспрепятствовать этой идее, даже ее неактуальность не остановила Роджерса. Несмотря на то что, были обучены миллионы людей, Роджерс проиграл эту битву. Метод был упрощен настолько, что стал представлять собой скорее дословное повторение слов клиента, чем вчувствование в каждый момент. Печальным итогом стало то, что доверие к методу было подорвано. Современное обучение куда более требовательно. В услышанное сложно поверить.

Роджерса все время куда-то приглашали. Размышляя вслух, он пытался решить: «Где же, я смогу работать с большей самоотдачей?» Чаще всего он выбирал группу по уходу за больными или что-то связанное с обучением. Использовал ли он схожий принцип в выстраивании рабочих отношений со своим окружением? В 1947 году Роджерс отказался от руководства Консультативным Центром в Чикаго. Студенты-интерны, секретари и профессорско-преподавательский состав взяли на себя полностью руководство центром. Конечно, это благотворно повлияло на вовлеченность сотрудников в дела и деятельность организации, что позволило достигнуть новых высот. Позже, когда Центр лишился своих грантов, эта модель руководства продемонстрировала свою жизнеспособность: все объединили свою оплату, работали за минимальное жалование до тех пор, пока не было найдено новое финансирование.

Подобная модель руководства имела и свои слабые стороны. В Висконсине, куда Роджерса пригласили заниматься исследованием шизофреников, такая организационная модель не смогла справиться с одним откровенно безнравственным человеком, который украл материалы

исследований, пытался их опубликовать, а затем уничтожил их, так что большую часть проделанной работы пришлось выполнять заново. Похожие случаи, но с менее драматичной развязкой происходили периодически.

Половина психотерапевтов в Европе и Японии являются личностно-центрированными психотерапевтами. В Соединенных Штатах Америки эта организация находится в самом начале своего становления. Роджерс поощрял создание организации, но не желал возглавлять ее. Он также помог основать и другие организации, такие как группы встреч (энкаунтер-группы), отрасль консультативной психологии, Гуманистическую Ассоциацию (Humanistic Association), и объединение психиатров-психологов Американской Академии, но отказывался брать на себя руководство.

Роджерса мало в чем можно было упрекнуть. Некоторые говорят, что, не выражая открыто свое недовольство, он как-бы делегировал это коллегам, вынуждая их вступать в ожесточенные споры. Но споры скорее всего разгорались из-за того, что он отказывался выполнять свою собственную роль. Устранившись от руководства, он фактически махнул рукой на все; он отказывался принимать решения даже тогда, когда было очевидно, что только он должен принять решение. Вот что действительно порождало вражду среди его последователей. Но все это не идет ни в какое сравнение с тем огромным вкладом, который он сделал; с его новаторством, честностью и мужеством.

Последние 15 лет он применял свой метод в политической сфере, работая с влиятельными политиками, лидерами и конфликтующими группировками. Наиболее эффективные решения принимаются эмпатично, когда можешь поставить себя на место другого и понять, что этот другой чувствует. Человек никогда не сводится лишь к тому, что мы в нем не приемлем. Роджерс говорил, что мир – хрупок, и он трудился на благо мира. Когда ему было уже далеко за 80, он вел крупномасштабные семинары в таких странах как Венгрия, Бразилия, и Советский Союз, а также проводил коммуникационные группы в Южной Африке.

Я счастлив, что Карл слышал мои теплые слова о нем. Последний раз это было пару месяцев назад по видеосвязи. Чуть позже возник спор между теми, кто борется за «чистоту» метода клиент-центрированной терапии и теми, кто интегрирует его с другими подходами. Я сказал, что нам нужны обе группы. Но Карл сказал: «Я не хочу искать клиент-центрированный путь, я хочу найти тот путь, что поможет людям».

Перевод - Ветлужских М.В.
<https://focusing.org/gendlin/docs/gol-2059>

В.Ю. Меновщиков

Клиент-центрированная психотерапия и человекоцентрированный подход: за пределами «классики»

Начинающему изучать клиент-центрированную психотерапию и человекоцентрированный подход может казаться, что это нечто единое, целостное и ориентированное исключительно на Карла Роджерса и его теории...

Однако, при внимательном рассмотрении оказывается, что это не так. Уже давно и далеко не так! Количество различных ответвлений, мощных и мелких, идущих от единого дерева, посаженного Карлом, становится все больше.

Давайте посмотрим вместе, что за «ветви» или «племена» и «нации» существуют сейчас в психотерапевтическом мире. Ведь оказывается, что многие популярные ныне направления, например, эмоционально-фокусированная терапия, произошли от Роджерса. Но имеют свою специфику.

Так кто они? В чем их сходство и различие с классикой, с фундаментальным подходом Карла Роджерса?

В своем изложении я опирался прежде всего на несколько источников – статью клиент-центрированного психотерапевта австрийской школы, Натальи Некрыловой «ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОВРЕМЕННОЙ КЛИЕНТ-ЦЕНТРИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ», опубликованную в Журнале практического психолога в №1 за 2012 год, а также на работу Pete Sanders (ed.) (2004) *The Tribes of the Person-Centered Nation: An introduction to the Schools of therapy related to the Person-Centered Approach*. PCCS BOOKS Ross-on-Wye (которую, в частности цитирует Джанет Толян в своей книге «Навыки человекоцентрированного консультирования и психотерапии».

Опираясь на работы зарубежных авторов, Некрылова описывает пять основных теоретических направлений (Sanders, 2004), Keil, W.W. (2001), Keil, W.W. & Stumm, G. (Hg.) (2002), Warner, M. (2000):

1. Фундаменталисты: «только базовые принципы»
2. Экспириентальная психотерапия: терапия переживания
3. Клиническое понимание: терапия как функциональные отношения
4. Интерактивная ориентация
5. Экзистенциально-ориентированное направление

Сандерс предлагает иную классификацию (см. таблицу):

1. Классический
2. Фокусинг-ориентированный
3. Экспириентальный
4. Экзистенциальный
5. Интегративный подходы

Джанет Толян, в основном цитирует Сандерса и уточняет, что во втором издании его книги появляется: Эмоционально-фокусированная терапия.

Сама она также отдельно описывает такие направления, как Pre-therapy и Человекоцентрированная экспрессивная терапия искусством (арт-терапия).

В нашем изложении, мы попытаемся использовать и то и другое видение на различные направления человекоцентрированного подхода и клиент-центрированной терапии.

«КЛАССИЧЕСКИЙ ПОДХОД». ФУНДАМЕНТАЛИСТЫ

Представители этого направления радикально настаивают на выполнении базовых установок и полном исключении преднамеренности.

С их точки зрения, единственная цель клиент-центрированной психотерапии состоит в том, чтобы передать клиенту предложение отношений таким образом, чтобы он воспринимал безусловное уважение и эмпатию терапевта как таковые.

Согласно Боцарту (*Bozarth, J. (1998)*), Боцарт Д. (*2005*), Бродли и Бродди (*Brodley, B. & Brody, A. (1996)*) первым принципом клиент-центрированной терапии является доверие тенденции актуализации, вторым – идея, что понимание клиента (конгруэнтное, безусловное, уважительное) способствует личностному изменению. Как следствие, терапевт отказывается от преднамеренности, а недирективность является главной характеристикой клиент-центрированной терапии.

Как известно, Роджерс сформулировал шесть условий терапии, которые способствуют тенденции самоактуализации в процессе, направленном на изменение.

И если эти обстоятельства существуют в течение некоторого периода времени, то та или иная теоретическая ориентация терапевта не повлияет на данные условия (и не будет им мешать). То есть, если эти условия существуют, то никакие другие условия не являются необходимыми.

По мнению Шмида, другого представителя фундаменталистов, целью терапевтического процесса является «личная встреча» (*Schmid P.F. & Rogers, C.R. (1991)*), *Schmid P.F. (1994)*. При этом подразумевается отказ от использования любых средств, заменяющих, по опосредующих или разрушающих «не-посредственность» личной встречи. То есть, методы, техники, экспертиза и любые другие средства, служат своего рода защитой от «личной встречи». Соответственно, фундаменталистами они не применяются.

(Можно, конечно, возразить, что сами по себе слова терапевта и его невербальные проявления являются техникой....Однако, по меньшей мере, это вторично и не используется терапевтом намеренно. Не является сутью терапии...)

Откуда же взялись другие направления клиент-центрированной психотерапии?

Собственно, их появление связано с историческим развитием подхода.

Та же Некрылова называет следующие периоды развития клиент-центрированной психотерапии: 1) Недирективная психотерапия (1940-1950). Акцент делался на создании доверительной, атмосферы; отказе от интерпретаций; принятии и прояснении 2) Рефлексивная психотерапия (1950-1957). Акцент на рефлексии чувств, отказ от использования поведения, защищающего (техники, экспертиза и т.д., как опосредующие средства, препятствующие личной встрече) от угроз взаимоотношений 3) Экспириентальная психотерапия (1957-1970). Акцент на широком диапазоне

поведения для выражения базовых установок. Фокус на переживании клиента. Выражение переживаний терапевтом .

По нашему мнению, настоящий этап развития можно было бы назвать *Интегративная психотерапия*. Здесь на первый план выходят сочетания разных подходов, как например, это сделано в эмоционально-фокусированной психотерапии.

Остановимся далее на отдельных психотерапевтических направлениях, взявших за основу теорию Роджерса и внесших в нее свой оригинальный вклад.

ФОКУСИНГ

По видимому, первым и, возможно, отчасти поэтому достаточно мощным ответвлением КЦП является фокусинг.

Как обычно, это бывает, его создал, один из учеников и соратников Роджерса –

Юджин Джендлин – австрийско-американский философ и психотерапевт.

В 1957 году Роджерс предложил ему присоединиться к Винконсинскому исследовательскому проекту. В частности, в проекте было обнаружено, что при прочих равных проявлениях со стороны терапевта, некоторые клиенты более успешны, чем другие.

Джендлин задумался над тем, в чем разница между теми и другими, что конкретно делают «успешные» клиенты, того, что не делают другие, «менее успешные». Он обнаружил, что успешные клиенты в процессе терапии делают больше пауз в разговоре и в эти моменты обращаются к тому, что испытывают в настоящий момент, другими словами фокусируются на своем переживании и сверяют сказанное с тем, что испытывают. Следующий вопрос состоял в том, как помочь людям лучше фокусироваться на текущем переживании и достигать необходимого для прогресса качества терапевтического переживания.

Во время и после Висконсинского проекта Джендлин продолжил развивать Фокусирование как практическое приложение его теории, и в 1964 году вышла его первая работа *«Теория личностных изменений»*. Его попытка описать процесс как серию шагов разделила клиент-центрированное сообщество.

Возражения против фокусинга состояли в том, что описание процесса в качестве шести шагов было воспринято недирективными терапевтами как отклонение от принципа недирективности, поскольку предусматривает инструктирование или обучение клиента.

В 1978 году вышла наиболее известная работа Джендлина «Фокусирование», а его подход получил распространение и закрепился под названием фокусинг-ориентированная психотерапия/консультирование (F-OC). Это направление было признано WAPCEPC как важная часть PC «семьи» (Van Kessel, W. & Keil, W.W. (2002).

В приводимой далее нами таблице 1. рассматриваются основные факторы изменений в понимании того и другого подхода.

Таблица 1. Классический подход Роджерса и Фокусинг

	<i>К. Роджерс</i>	<i>Ю Джендлин</i>
<i>Факторы изменений</i>	отношение, создаваемое терапевтическими установками (core conditions)	терапевтические отношения рассматриваются как «необходимое условие»
		качество переживания клиента, тип и глубина которого необходимы для психотерапевтического процесса.
	основным инструментом эмпатии является рефлексия	иная рефлексия F-ОС подразумевает отражение не того, что говорит клиент, а того, как говорит
	упор на конгруэнтность и отношения. Терапевту важно быть аутентичной личностью, он не занят «деланием», а присутствует (being) с клиентом.	
	Терапевт как цельная личность встречает клиента как цельную личность.	Для F-ОС также важен этот упор на целостность, разница в поступательном движении между целым и аспектами целого. Первостепенной задачей фокусирования является поддержка клиентов в том, чтобы они сами способствовали возникновению шагов для преодоления проблем и для личностного роста. Источником и руководителем этого процесса является <i>felt sense</i> , который свойственен телу вследствие своего непрерывного имплицитного взаимодействия с окружающим миром.

В некоторых работах фокусинг включается в экспириентальную психотерапию, как один из ее методов. В других же экспириентальная терапия показана как совершенно отдельное течение. На нем мы далее и остановимся.

ЭКСПИРИЕНТАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Последователи Джендлина взяли идею о том, что терапевт должен контактировать с внутренним потоком переживания и следить за интервенциями, которые могут помочь клиенту продвинуться в сторону качества переживания, необходимого для изменений.

Это направление стало достаточно широким само по себе, и получило название *экспириентальная психотерапия (ЭП)*, которая, возникнув из работ Джендлина, все же оставалась сторонником равноправной, неинтерпретирующей традиции клиент-центрированной психотерапии, полагая актуализирующую тенденцию клиента, как центр терапевтического процесса.

Видных представителей ЭП много, но можно выделить *Лешли Гринберга* и его ассоциацию в северной Америке. В Европе более 20 лет развивает экспириентальную психотерапию *Герман Лиетаер*.

В таблице 2. Мы приводим основные отличительные характеристики фокусинга и экспириентальной психотерапии.

Таблица 2. Фокусинг и Экспириентальная терапия

	Фокусинг	Экспириентальная терапия
<i>Процедуры</i>	Фокусирование на переживании занимает главное место	Фокусинг рассматривается как одна из процедур или задач среди других, которые включают активное слушание и т.д.
<i>Концептуализации</i>	Описывает внутреннее переживание <i>и терапевта и клиента</i> , преодолевая тем самым дихотомическую тенденцию рассматривать переживания терапевта в качестве независимой, а переживания клиента - зависимой переменной	Психологические затруднения возникают вследствие дисфункциональных эмоциональных схем клиента. для каждого затруднения, возникающего в процессе, предписана специфическая процедура. В частности, фокусинг предписан, если клиент имеет неясный <i>felt sense</i> своей проблемы.
	Первостепенной задачей фокусирования является поддержка клиентов в том, чтобы они сами способствовали возникновению шагов для преодоления проблем и для личностного роста. Источником и руководителем этого процесса является <i>felt sense</i> , который свойственен телу вследствие своего непрерывного имплицитного взаимодействия с окружающим миром. Работа с <i>felt sense</i> клиента происходит всегда через <i>felt sense</i> терапевта.	Для каждого затруднения, возникающего в процессе, предписана своя специфическая процедура. Еще раз повторим, фокусинг предписан, если клиент имеет неясный <i>felt sense</i> своей проблемы.

Существуют следующие основные разновидности экспириентальной терапии:

- **Процессуально-экспириентальная терапия**, которая еще известна под названием "Moment-by-Moment Process", ее основатели - Гринберг (Greenberg) и Райс (Rice). Это специфическое направление в рамках клиент-центрированной психотерапии, которое концентрируется на переживании и работе с проблемными случаями переживания.

Позже подход Гринберга - то, что в начале называлось Process-Experiential therapy стал называться Emotion Focused Therapy - Фокусирующая на Эмоциях терапия (ФЭТ).

Это гуманистический, научно-обоснованный подход в психотерапии, который интегрирует личностно-центрированную и гештальт-терапию, в первую очередь, обращаясь к работе с депрессией, травмой и различными проявлениями тревоги. Подход получил международное признание благодаря работам Лесли Гринберга, Лауры Райс, Роберта Эллиотта, Джейн Уотсон, Ронды Голдман, Сандры Паивлио, Антонио Паскаль-Леоне и других.

Как и когнитивно-поведенческая психотерапия, ФЭТ признана высокоэффективной терапией, что подтверждено многочисленными научными исследованиями.

- **Целеориентированная клиент-центрированная терапия** разработана Рейнером Сачсе (*Sachse, R. (1992), Sachse, R. (1998)*) для клиентов, страдающих психосоматическими расстройствами/ Этот подход оказался успешным в работе с клиентами, которые ранее рассматривались как «очень трудные» или едва поддающиеся лечению.

В своем подходе Сачсе основывается на концепции Роджерса, но с точки зрения своей *стратегии* выходит за рамки классической клиент-центрированной психотерапии, полагая, что психотерапевтическое изменение происходит благодаря углублению переживания через целенаправленное прояснение и изменение проблемных аффективных и когнитивных схем. В терапевтическом процессе он различает три уровня: терапевтическая работа на уровне содержания, обработки (processing) и отношений между терапевтом и клиентом.

ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННОЕ НАПРАВЛЕНИЕ

Ханс Свилденс (*Swildens, H. (1991), Swildens, H. (2002)*) разработал так называемую процессуально-ориентированную клиент-центрированную терапию. В отличие от Роджерса, который отмечает организмическое переживание как основу процесса личности, Свилденс ориентируясь на экзистенциальную философию, выделяет, по его словам, еще более глубокий пласт – экзистенциальный процесс. Он понимает невротические и отчасти психотические нарушения как блокады и стагнации экзистенциального процесса, которым является личность. Соответственно, психотерапия должна способствовать восстановлению экзистенциального процесса. Для этого должен быть изучен экзистенциальный контекст смысла симптомов нарушений.

КЛИНИЧЕСКОЕ ПОНИМАНИЕ: КЛИЕНТ-ЦЕНТРИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ КАК ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОТНОШЕНИЯ

Представители этого направления заняты развитием клинической эффективности клиент-центрированной психотерапии.

Центральное положение теории нарушений, как это было сформулировано Роджерсом, состоит в неконгруэнтности между Я-концепцией и опытом. Как известно, сам Роджерс имел богатый клинический опыт, он попросту поместил профессиональные аспекты терапии на второй план, чтобы противопоставить медицинской модели подход, где именно человеческое отношение выступает фактором изменений.

Кайль предлагает идею расширения теоретических оснований роджерсовской психотерапии. При этом подразумевается *расширенное понимание исходной концепции* клиент-центрированной психотерапии, не в смысле присоединения к ней каких-либо концепций, а в смысле *иного толкования ее собственных положений*. В общем виде, концепция клиент-центрированной психотерапии, понятая таким образом, развивает следующие идеи (Keil, W.W. (2001), Keil, W.W. (2002)):

- а) о взаимосвязи функционального и личного аспектов психотерапии: Терапевтическое отношение, даже если и ведет к глубоко личностным встречам, тем не менее, является *функциональным отношением*, реализуемым ради целей терапевтического процесса (Biermann–Ratjen, E.–M., Eckert, J. & Schwartz, H.J. (2003).
- б) о развитии клинической эффективности клиент-центрированной терапии: в некоторых случаях базовые установки невозможно осуществить без знания специфических нарушений и без профессиональных терапевтических навыков (Binder, U. & Binder, J. (1991), Finke, J. (2004), Speierer, G.–W. (1994), Swildens, H. (1996).
- в) о необходимом для психотерапии качестве переживания: интеграция концепции переживания Джендлина в теорию терапии Роджерса (Keil, W.W. (2001), Keil, W.W. (2002), Purton, C. (2004), Van Balen, R. (1994).

Психодинамическое и герменевтическое понимание

Основатель этого направления, Джебст Финке указывает на отсутствие связи между теорией психотерапии Роджерса и концепцией нарушений, сформулированной им же в рамках теории личности.

По его мнению, психотерапия должна работать с «глубинно-психологической» динамикой неконгруэнтного «Я» и отрицаемым организмическим переживанием, то есть быть направленной на понимание неконгруэнтного переживания и его значения. В этом случае терапия это не просто сопровождение клиента, а безусловное положительное отношение и эмпатическое понимание будут *различной природы*, в зависимости от того, относятся они к конгруэнтным или неконгруэнтным аспектам.

Сам Финке предпочитает концепцию эмпатического понимания: *«решающая задача терапевта заключается в том, чтобы понять «необъяснимое» и затем сообщить о понятом таким образом, чтобы это привело пациента к аффективно закрепленному и меняющему переживанию убеждению.*

Процессуальная диагностика

Австрийское научное Общество Клиент-центрированной и Разговорной Психотерапии (ÖGWG) развивает идею *непрерывной процессуальной диагностики*, где терапевт вместе с клиентом создает и постоянно пересматривает гипотезы о структуре личности клиента, для того, чтобы эмпатически понять неконгруэнтность и референтные рамки клиента. Это достигается путем восприятия переживания клиента (уровень содержания: *что?*) и его референтных рамок (уровень обработки: *как?*), а также резонанса (уровень отношений), который возникает в терапевте в ответ на переживание клиента (Keil, W.W. (1996), Keil, W.W. (2001)).

Понятно, что в нашем контексте такие термины как «гипотеза» или «диагностика» будут неправильно поняты, если их рассматривать как «навешивание ярлыков», в действительности задача состоит вовсе не в том, чтобы назвать расстройство как таковое. Важно уловить внутреннюю систему координат человека, структуру его личности, чтобы достичь действительно эмпатического понимания.

Концепция пре-терапии

Гарри Праути (Праути), американский психотерапевт, представил теоретическую и праксиологическую концепцию пре-терапии до-символического (психотического) переживания (восстановление релевантных функций контакта для дальнейшей возможности клиент-центрированной работы с психотическими пациентами (шизофрения), а также с клиентами с другими нарушениями психики (умственная отсталость, аутизм др.) в русле клиент-центрированной терапии. Свой метод Праути на протяжении 20 лет применял в клиниках и больницах (Prouty, G. (1999), Prouty, G. (1998)).

Пре-терапия описывает отражение как развитие или восстановление психологического контакта. Это выведено из пяти очень буквальных ответов в контексте эмпатического и принимающего отношения к до-выражающим уровням коммуникации и поведения клиента:

1. Ситуационное отражение (СО). Ситуационное отражение имеет теоретические функции развития контакта клиента с ситуацией, пространством или средой. Простой пример СО «Джон катает мяч». Это усиливает контакт с реальностью.
2. Отражение выражения лица. Отражение выражения лица помогает осуществить контакт с до-экспрессивным аффектом. Клиенты часто показывают выровненный аффект из-за психологической изоляции, институализации и загруженности лекарствами (Райсс 1994). Они не испытывают чувства с ощущением, что это они. Пример ОВЛ «Джон выглядит сумасшедшим». Это обеспечивает эффективный контакт.
3. Отражение слово в слово (ОСВС). Отражение слово в слово помогает клиентскому коммуникативному контакту. Многие из этих клиентов из-за шизоидных коммуникативных механизмов или из-за повреждения мозга выражают себя косноязычно. Зачастую имеются потоки косноязычия с крошечными островками ясного выражения себя - например «непонятный голосовой звук», «непонятный голосовой звук»,

«дом», «непонятный голосовой звук», «дерево», «непонятный голосовой звук» «непонятный голосовой звук», «непонятный голосовой звук», «машина». Терапевт отражает отдельно, слово в слово «дом, дерево, машина». Иногда отражают эмоциональные тоны. Это помогает развить коммуникационный контакт.

4. Отражение тела (ОТ). Психотики или умственно отсталые клиенты с двойственными диагнозами часто выражают себя через «телодвижения». Примером является кататония, эсхопраксия или другие формы причудливого поведения. Терапевт может использовать ОТ, такое как «Твое тело деревянное», «Твоя рука в воздухе». По случаю терапевт может использовать свое тело как средство эмпатического выражения.
5. Отражение повторений (ОП). Отражение повторений воплощает принцип реконтакта. Если одно из отражений контакта успешно в создании ответа, тогда повторите отражение. Это усиливает контакт и ведет клиента к более глубокому проживанию процесса.

ИНТЕРАКТИВНАЯ ОРИЕНТАЦИЯ

В этом варианте клиент-центрированной психотерапии работают в основном с моделями коммуникаций и отношений. Основу данного интерактивного аспекта заложил Сулливан (Салливан) в межличностной теории психиатрии. Идея о том, что «Я» не константа, а результат межличностных ситуаций разрабатывалась Дональдом Кислером, сотрудником Роджерса, но главным образом развилась в Нидерландах, оформившись в так называемую интерактивную ориентацию (*interactional orientation*) клиент-центрированной психотерапии. Ее авторы Ван Кессель и Ван Дер Линден (*Van Kessel, W. & van der Linden, P. (1991/1993 a), Van Kessel, W. & van der Linden, P. (1991/1993 б)*). Предполагают, что психические проблемы человека вызваны тем, как он переживал отношения в раннем детстве, и что впоследствии эти проблемы выражаются в том, каким способом взрослый человек строит свои отношения. Следовательно, внимание терапевта должно быть направлено в первую очередь не на содержание проблемы и симптомы, а на стиль общения и способ, которым клиент формирует свои отношения.

Терапевту необходимо воспринимать и отчетливо понимать то, как клиент формирует отношения и какую роль он предлагает терапевту. При этом терапевт, понимая предложенную ему роль в отношениях не должен ее поддерживать (брать на себя), но должен использовать герменевтически, чтобы понять ранние неосознаваемые или отрицаемые «сцены», а затем создавать пространство, в котором клиент сумет осознать неконгруэнтность своей «сцены» и создать новые, более конгруэнтные формы отношений.

ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД

Интегративная работа комбинирует ЧЦП с другими направлениями (подходами). Некоторые тренинговые курсы обучают интегративному подходу и некоторые практики конструируют свой собственный подход.

Интегративная терапия обычно происходит от эклектической терапии и использует мета-теорию, соединяющую две теории (как в эклектической терапии). Например, базирующаяся на навыках модель Труа и Каркхуффа – имеет тенденцию быть более прагматичной.

Наиболее классически ориентированные ЧЦП терапевты считают, что добавление или интеграция любых других практик в ЧЦП работу разрушает ее сущность – что-то еще создает что-то совсем другое. Роджерс защищал свои терапевтические условия для любых помогающих отношений – классическая ЧЦП считает, что эти условия достаточные.

Ричард Ворсли, который написал главу в книге Сандерса, различает интегративную работу, которая теоретически интегрирует ПРАКТИКИ и собственное применение интегративного знания (больше чем практики?) из психологии, философии и иногда других терапий внутрь недирективной практики.

Ворсли поясняет, что он счастлив обращаться к его работе, как к «интегративной», поскольку он ищет как интегрировать его жизненный опыт внутрь его клиентской работы для того, чтобы быть полностью присутствующим, насколько это возможно.

Он утверждает, что большинство практиков в результате делают тоже самое (Варнер, например, интегрирует теорию из психологии развития в его работу с хрупкими процессами и Мирнс и Торн используют диалогические теории селф (Я?) в их концептуализации конфигурации селф).

Его желание (интенция) интегрировать другие идеи для того, чтобы увеличить (?) его не директивную практику (*хотя, например, Тони Мерри, 2002, не согласен с тем, что практика Ворсли фактически не-директивная*).

Чтобы дисциплинировать эту интеграцию, Ворсли задает себе несколько вопросов об этих идеях:

- На что это указывает в мире или в осознании клиента?
- Как я могу лучше эмпатировать, если я держу эту смысловую структуру в пределах меня? (внутри меня?)
- Я когда-нибудь открыто указываю на это?
- Как это может вводить в заблуждение меня или сужать мое осознание?

Эмоционально-фокусированная терапия (ЭФТ) - как пример интеграции.

ЭФТ – интегративный подход, синтез гуманистической, основанной на переживании терапии и структурного направления системной семейной психотерапии. Теоретической базой ЭФТ служит теория привязанности Джона Боулби и его последователей. Сьюзен Джонсон предлагает следующий образ: «Представьте, что вместе собрались Карл Роджерс, Сальвадор Минухин, Джон Боулби и обсуждают, как помочь пациенту, неудовлетворенному близкими отношениями. В результате такой беседы могла бы появиться ЭФТ» (Johnson, 2004).

ЧТО СКАЗАЛ БЫ ОБО ВСЕМ ЭТОМ РОДЖЕРС?

Роберт Хаттерер пишет: «Роджерс был **антидогматичен**. В традиции человекоцентрированной терапии эта антидогматичная установка является центральной, и Роджерс всегда подчеркивал ее значение самым решительным образом. Об этом свидетельствуют его многочисленные упоминания той опасности, которая заключается в превращении человекоцентрированной психотерапии в догму, в ригидную и самодостаточную школу, которая вместо того, чтобы развиваться, занимается защитой своих позиций».

Еще одно утверждение с этим связано: «развивая свой собственный психотерапевтический стиль, следует доверять не тому или иному авторитету, а собственному опыту».

Таким образом, Роджерс выступает также и против тех, кто слепо следует за ним, подражает ему, игнорируя тем самым собственные силы, собственный потенциал...

С другой стороны, главное внимание Роджерса было направлено на все более детальную и дифференцированную проработку собственного подхода (**приверженность** была для него не менее важна, чем антидогматичность), расширение сферы его применения, прояснение центральных понятий и защиту их от неправильного понимания.

А.Б. Орлов пишет: «Людам свойственно жить с иллюзией, что все что относится к прошлому, - вчерашний день. Но это далеко не всегда так. Понимание этого становится очевидным, когда имеешь дело с людьми, масштаб деятельности которых намного превышает обычный уровень. Вполне понятно человеческое желание продвинуться дальше Роджерса, быть после него, однако для этого нужно осуществить ВСЕГО ЛИШЬ такой же прорыв в области психологии и психотерапии, который сопоставим с созданием гуманистической психологии и человекоцентрированного подхода».

Таблица 3. Классификации ЧЦП подходов и их ведущие представители

Н. Некрылова (2012)	Pete Sanders (1-е издание, 2004)	Pete Sanders (2-е издание, 2012 Цит. по Janet Tolan, 2017)	ПРЕДСТАВИТЕЛИ ПОДХОДА
Фундаменталисты: «только базовые принципы»	Классический подход	Классический подход	<i>Карл Роджерс, Боцарт, Бродли и Бродли, Шмид, А. Орлов, В. Колпачников</i>
Экспириентальная психотерапия: терапия переживания	Фокусинг-ориентированный подход Экспириентальный подход	Фокусинг-ориентированный подход Экспириентальный подход	<i>Ю. Джендлин Лешли Гринберг, Герман Лиетаер, Рейнер Сачсе Т. Карягина</i>
-	-	Emotion Focused Therapy - Фокусированная на Эмоциях терапия (ФЭТ)	<i>Лешли (Лесли) Гринберг, Лаура Райс, Роберт Эллиотт, Джейн Уотсон, Ронда Голдман, Сандра Паувио, Антонио Паскаль-Леоне и другие</i>

Клиническое понимание: терапия как функциональные отношения		Pre-therapy (Гарри Праути) Цит. По Janet Tolan, 2017	<i>Кайль, Штумм, Бирманн-Ратжен, Эккерт и Шварти, Гарри Праути</i> <i>Джобст Финке, Йохан Эккерт, Чеулин, Уте Биндер, Свилденс, Шпейерер, Маргарет Ворнер</i> <i>Н. Некрылова, О. Бондаренко, С. Кутукова</i>
Интерактивная ориентация	-	-	<i>Дональд Кислер, Ван Кессель и Ван Дер Линден, Лорензер</i>
Экзистенциально-ориентированное направление	Экзистенциальный	Экзистенциальный	<i>Ханс Свилденс</i>
-	Интегративный	Интегративный	<i>Ричард Ворсли, Варнер, Мирнс и Торн</i>
-	-	Эмоционально-фокусированная терапия пар - ЭФТ (Emotionally Focused Couple Therapy)	<i>Сьюзан Джонстон</i> <i>А. Черников, Л. Михайлян</i>
		Человекоцентрированная экспрессивная терапия искусством (арт-терапия)	<i>Натали Роджерс,</i> <i>Мукти Ханна, Ш. Макнифф,</i> <i>А. Орлов, В. Сидорова</i>
Системно-теоретическая перспектива	-	-	<i>Представлена в трудах Штумма, Вильчко, Кайля, также идеи отражены в работах фон Шлиппе и Криза</i>

Литература

1. Боцарт Д. (2005) Не обязательно необходимые, но всегда достаточные условия. // *Карл Роджерс и его последователи: психотерапия на пороге XXI века* / Под ред. Дэвида Брэзиера. (С.100-117). М.: Когито-центр.
2. Некрылова Н. Основные направления современной клиент-центрированной психотерапии / *Журнал практического психолога*, 2012 г., №1. С.81-102
3. Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J. & Schwartz, H.J. (2003) *Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen*. (9. Aufl.) Stuttgart: Kohlhammer
4. Binder, U. & Binder, J. (1991). *Studien zu einer störungsspezifischen klientenzentrierten Psychotherapie. Schizophrene Ordnung – Psychosomatisches Erleben – Depressives Leiden*. Eschborn: Klotz.
5. Bozarth, J. (1998). *Person-centered therapy: A revolutionary paradigm*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
6. Brodley, B. & Brody, A. (1996). Can one use Techniques and still be Client-centered? In
7. Hutterer, R., Pawlowsky, G., Schmid, P.F. & Stopsits, R. (Eds), *Client-centered and Experiential Psychotherapy. A Paradigm in Motion* (S. 369-374). Frankfurt/M.: Lang
8. Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendungen* (Neuauflage von Finke 1994). Stuttgart: Thieme.
9. Keil, W.W. (1996) Hermeneutic empathy in client-centered therapy. In: Esser U., Pabst H., Speierer G.-W.(Eds.): *The power of the person-centered approach*. Köln, GwG, pp.65-80
10. Keil, W.W. (2001) Das für Psychotherapie notwendige Erleben. Oder: Personenzentrierter und Experienzieller Ansatz gehören zusammen. *PERSON* 5, 2 90-97
11. Keil, W.W. (2002) *Explication of the Person-Centered Therapy Theory*. Manuscript for the Lecture held at the 3rd World Congress of Psychotherapy, Vienna.
12. Keil, W.W. & Stumm, G. (Hg.) (2002) *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie*. Wien: Springer.
13. Prouty, G. (1999). Carl Rogers and experiential therapies: A dissonance? *Person-Centered Practice* 7, 1, 4-11.
14. Prouty, G. (1998) Pre-Therapy and Pre-Symbolic Experiencing: evolutions in person-centered/experiential approaches to psychotic experience. In Greenberg, L.S., Watson, J.C.,
15. Lietaer, G. (Ed.) *Handbook of Experiential Psychotherapy*. New York: Guilford Press. (pp. 368-409)
16. Purton, C. (2004) Focusing-oriented therapy. In *The tribes of the Person-Centered Nation: An introduction to the schools of therapy related to the Person-Centered Approach*. PCCS BOOKS, Ross-on-Wye.

17. Sachse, R. (1992). *Zielorientierte Gesprächspsychotherapie. Eine grundlegende Neukonzeption*. Göttingen Hogrefe.
18. Sachse, R. (1998) Goal-oriented Client-Centered Psychotherapy of Psychosomatic Disorders. In
19. Greenberg, L.S., Watson, J.C., Lietaer, G. (Ed.) *Handbook of Experiential Psychotherapy*. New York: Guilford Press. (pp. 295-327)
20. Sanders (ed.) (2004) *The Tribes of the Person-Centered Nation: An introduction to the Schools of therapy related to the Person-Centered Approach*. PCCS BOOKS Ross-on-Wye
21. Schmid P.F. & Rogers, C.R. (1991). *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis*. Mainz: Grünewald.
22. Schmid P.F. (1994). *Personzentrierte Gruppenpsychotherapie. Ein Handbuch. Bd. 1.: Solidarität und Autonomie*. Köln: Edition Humanistische Psychologie.
23. Speierer, G.-W. (1994). *Das differenzielle Inkongruenzmodell (DIM). Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung*. Heide lberg: Asanger.
24. Swildens, H. (1991) *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie*. Köln: GwG.
25. Swildens, H. (1996) Client-centered Psychotherapy in Personality Disorders. In U.Esser, H.Pabst, G.-W.Sperierer (Eds.), o.c. (pp.205-214)
26. Swildens, H. (2002) *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in eine differentielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen*. Köln: GwG
27. VanBalen, R. (1994). Klientenzentrierte Therapie und experientielle Therapie: zwei verschiedene Therapien? In W.W. Keil, P. Hick, L. Korbei & V. Poch (Hrsg.), *Selbst-Verständnis. Beiträge zur Theorie der Klientenzentrierten Psychotherapie* (S.80-105). Salzburg-Bergheim: Mackinger.
28. Van Kessel, W. & van der Linden, P. (1991/1993 a). Die aktuelle Beziehung in der Klientenzentrierten Psychotherapie; der interaktionelle Aspekt. *GwG-Zeitschrift* 90, 19-32.
29. Van Kessel, W. & van der Linden, P. (1991/1993 b). Der interaktionell-orientierte Therapeut bei der Arbeit (2. Teil). *GwG-Zeitschrift* 91, 18-28.
30. Van Kessel, W. & Keil, W.W. (2002). Die Interaktionelle Orientierung in der Klientenzentrierten Psychotherapie. In Keil, W.W., Stumm, G. (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (107-119). Wien: Springer.
31. Warner, M. (2000) Person-centered psychotherapy: One nation, many tribes. *Person-Centered Journal* 7, 1, 28-39.

Ю. Джендлин
Фокусинг-методика

Представьте себе что-то... Какое чувство приходит в ответ, и говорит вам: «НЕТ»?

Интересная фокусинг-сессия может начинаться как-то так:

Например, человек говорит: «С тех пор как я разорвал отношения с Д., я словно загнал себя в какое-то темное место. Я словно застрял (никуда не двигаюсь)».

Стараясь помочь человеку сфокусироваться, я говорю: «Что ж... попробуй представить, что ты собираешься начать все с нуля, заново; собираешься идти навстречу многим новым вещам. Что в тебе, откликается в ответ на это, словно говоря – Нет!»

Или человек говорит: «Я словно не могу до конца отдышаться, так что я просто побуду там немного, в покое, в самом низу, как я обычно делаю».

/В ответ/ я говорю: «Что ты чувствуешь там в самом низу?»

«Ничего. Никаких чувств кроме, приходящей физической боли».

«Хорошо», - говорю я. «Представь, будто ты и правда собираешься там отдохнуть. Это будет приятно. А затем, очень медленно, посмотри, сможешь ли ты уловить – что именно выталкивает тебя оттуда».

И через какое-то время она отвечает: «... Там есть напряжение»

Или еще пример:

«Я не могу пойти на эти неформальные встречи за чашкой кофе и просто поговорить с кем-то, то есть я иду туда и просто сижу до тех пор пока, могу это выдержать, но ничего не происходит. Я не знаю, почему я хочу, чтобы кто-то подошел ко мне».

«Что ж», - говорю я, «Представь, что ты уже там, и там есть какие-то люди. Представь, что ты собираешься встать и подойти к ним. Что за давящее чувство приходит к тебе, и пытается тебя остановить?»

«.../тишина/.....Ооо.... Кто-нибудь скажет: «Пойдем со мной домой»... И я пойду, но из этого все равно ничего не выйдет».

Это легкие примеры, потому что человек каждый раз рассказывает, как бы это все могло происходить. Поэтому можно спросить: «Представь себе то-то..., какое чувство приходит, чтобы этому помешать?» Этот метод видится мне достаточно простым, чтобы использовать его как с другими людьми, так и с самим собой. Однако часто бывает не совсем понятно, что могло бы произойти. Или человек даже не может об этом спросить.

«С тех пор, как я не живу с С., я чувствую себя лучше, и мне нравится быть самостоятельной личностью. Но довольно скоро мне придется принять решение вернуться к нему или быть с Р. И я не чувствую что еще кто-то меня сможет заинтересовать».

Я говорю: «Можно ли задать себе вопрос - что мешает познакомиться с новыми людьми?»

«Это не является частью общей картины».

«Ну, попробуйте представить, что вы собираетесь завести знакомство с новыми мужчинами, - что там внутри говорит «НЕТ» на это?»

«Мне это совсем не интересно».

«Конечно ... но попробуй представить. Просто для эксперимента, посмотри, что получится если ты себе это представишь».

«Я бы нажила себе проблем ... Я не могу сказать «нет», не задев чьи-то чувства. Мне бы пришлось переспать со всеми, и кто-нибудь из этих людей точно затянули бы меня в какую-то опасную ситуацию».

Это важный пример, поскольку нам вовсе неизвестно: правильной или неправильной будет для нее попытка вступить в новые отношения? Все же, несмотря на это, в целом представляется, что клиентка вольна сделать такую попытку – но она не видит этого. Поэтому, как нам кажется, стоит посмотреть, что препятствует такой возможности.

Я хочу сказать, что этот метод, «представь себе ..., потом посмотри, что скажет НЕТ», - это метод, который на самом деле не предполагает, что мы знаем, что должно произойти, что правильно, что полезно и т. д. В целом кажется, что на самом деле все зависит от того, что приходит или не приходит в ответ на такой вопрос.

В этом примере клиентка сталкивается со старой и серьезной проблемой, которая имеет значение для ее личностного роста, совершенно независимо от того, решает ли она, что хочет попробовать новые отношения или нет. Поэтому показалось полезным задать данный вопрос. Но вообще-то этот вопрос исходил из моего собственного понимания того, что правильно или хорошо, допустимо или полезно.

У меня могут быть свои ценности, но это не значит, что они подходят для этого человека и в данном случае. Тем не менее, эти базовые ценности помогают мне использовать метод, так как можно задать вопрос: «представь себе ..., что появится, чтобы сказать НЕТ?».

Во всех предложенных примерах фокусинг был продолжен. Человек фокусировался на чувстве, которое непосредственно возникало в ответ на то, что он себе «представлял». Я предполагаю, что читатель знает как работает Фокусинг, когда чувство уже присутствует. Эта короткая заметка отвечает на вопрос, как можно начать процедуру Фокусинга. «Представь себе...» метод - это еще один способ Фокусинга, который можно использовать если другие способы не сработали или показались не естественными для применения.

Теперь теоретический вопрос. Мне видится, что, каждый раз, когда я фокусируюсь, у меня всегда есть какое-то расплывчатое ощущение, что если «все должно быть хорошо, то почему это не так?». Я как бы говорю: «Меня беспокоит вот это ...» и я фокусируюсь, чтобы понять, «почему?», что сокрыто в этом чувстве беспокойства. Т.е. У меня есть некоторое предположение, что все могло бы быть в порядке, что все должно быть в порядке, но почему-то это не так. Что преграждает мне путь?

Конечно, я не знаю точно в том ли беда, что меня что-то беспокоит, а на самом деле не должно. Или, может быть, это действительно должно меня беспокоить, и проблема в том, что я не предпринял нужного действия. Или, скорее всего, проблема в том, что через два-три шага я увижу что-то совершенно иное.

Итак, у меня есть ощущение что «Что-то должно быть таким-то, но почему оно таковым не является; потому что, что-то стоит между мной и ощущением

что все должно в порядке» ...- и это мое ощущение пока не прояснено. Даже когда я думаю, что знаю, как все должно быть, я готов обнаружить, что что-то выглядит иначе, чем я себе представлял. И все же, что-то из этой универсальной системы срабатывает для меня большую часть времени. Я действительно не задаю вопросов о неприятном ощущении, о том, что это такое; просто стараюсь отнестись к нему нейтрально-положительно. Я спрашиваю это / неприятное ощущение/ - «что не так?», руководствуясь формулой: «Ведь все могло быть хорошо, - почему же это не так?». Но под «все могло быть хорошо» я подразумеваю что-то широкое по своему содержанию и ни с чем не связанное. Я не имею в виду что, со мной должно быть все в порядке, если вот это и это не будет меня беспокоить. Я этого не знаю. Я только знаю, что так или иначе, каким-то пока не понятным нам способом, все это должно сработать. Что же этому мешает?

Похоже, что многие люди не имеют подобного внутреннего устройства, и я не уверен, как это передать словами. Какой-то набор базовых ценностей, или самочувствие, или ощущение правильности или /личностного (?)/ развития, но без определенной привязки к конкретному способу – «как это должно быть», могут выполнить роль /ощущения, что «что-то должно быть таким-то, но почему оно таковым не является/.

Перевод Мария Ветлужских для <https://experiencing.ru>
http://previous.focusing.org/gendlin/docs/gol_2120.html

Л.С. Гринберг

Первое русское интервью Л.Гринберга о Фокусированной на эмоциях терапии

Экспириентальная Психотерапия Россия (ЭПР): Лесли, расскажите нам историю о вас и вашем психотерапевтическом подходе? Как случилось, что вы создали Фокусированную на Эмоциях Терапию (далее ФЭТ)? Что вас вдохновило на ее создание?

Д-р Лесли С. Гринберг: Я переехал в Канаду из Южной Африки в 1968 году. В Канаде я получил диплом инженера-механика и степень магистра в области машиностроения. Это были шестидесятые и ранние семидесятые; студенты Северной Америки старались изменить существующую государственной систему, и такая сфера деятельности как психология была на хорошем счету. Люди в гораздо большей степени были заинтересованы в исследовании мира внутреннего, чем внешнего, и это подарило мне новую возможность.

С моим переездом в Канаду, я перестал быть частью студенческого движения против Южно-Африканской политики апартеида, и поэтому на новом месте искал для себя варианты большей социальной востребованности. В Южной Африке я работал с людьми, занимавшими высокие посты, и, хотя, в то время я больше ходил на замкнутого интеллектуала от науки, я как-то понял, что лучший способ взаимодействовать с людьми - это проявлять уважение и внимание по отношению к тому, что они чувствуют.

Будучи инженером, я пришел в психологию с идеей о том, что мы знаем куда больше, чем можем высказать, и это в конечном счете стало известно в психологии как имплицитное или неявное знание или процедурное знание. Во время сдачи своего последнего экзамен на инженера, я пережил необычный опыт: решая математическую задачу я использовал какой-то новый способ решения, толком не понимая, как именно я справился. Я чувствовал, что что-то сокрытое внутри направляло мой внутренний процесс. Это заставило меня серьезно задуматься о том, что мы знаем больше, чем можем рассказать, что знание не является рациональным процессом, и что существует какая-то форма знания, которая превосходит то, что мы можем рационально сформулировать. Я всегда считал, что это не лучший способ пытаться охарактеризовать людей с точки зрения их рациональности; существуют какие-то другие силы, которые движут людьми. После получения степени магистра в Канаде я решил полностью переключиться на психологию. И придя в психологию, я начал активно развивать идею о том, что рациональный подход не является решением человеческих проблем, и что эмоции играют важную роль. Под влиянием всех этих факторов и возникла Фокусированная на Эмоциях Терапия.

Руководителем моей докторской диссертации была Лора Райс, она прошла обучение у К.Роджерса по клиент-центрированной терапии и хотела, чтобы я разработал математический метод, позволяющий отслеживать акты взаимодействия терапевта и клиента. То, как она развивала теорию К. Роджерса, откликалось во мне и имело особое значение. Она верила, что для терапии нужны безопасные отношения, процесс исследования и любопытство. К тому же, она была передовым исследователем процесса психотерапии, и

это дало мне возможность открыть для себя что-то, о чем я ничего не знал, но что совпадало с моим представлением о том, каким должно быть само исследование. Шаг за шагом, она наблюдала, как реплики терапевта влияют на тип реагирования клиента в процессе терапии.

В общих чертах, я представлял себе психологические исследования как что-то тривиальное и базирующееся на более сложных общенаучных изысканиях; я думал, что экспериментальная психология и психологические эксперименты над людьми не способны охватить всю многогранность человеческой природы. Я думал, что стремлюсь стать специалистом-практиком, который сможет создать что-то действительно значимое. Но затем работа с Лорой Райс открыла для меня возможность изучения того, что действительно происходит в процессе терапии; предоставила возможность провести исследование. Я ощущал ее поддержку и веру в меня; мог свободно высказывать свои мысли и чувства, и это придало мне смелости выйти за рамки шаблонного исследования. Она приняла меня в свою команду, так как я обладал необходимыми знаниями в области математики. Она надеялась, что я смогу проанализировать каждую реплику (клиента и терапевта*), и мы начали свое исследование, используя в анализе принцип Цепей Маркова, с которым в то время я уже был знаком, но который ничего нам не дал. Однако на основании полученного опыта мы разработали подход, который я назвал анализом задач терапевтических изменений, и в котором исследовалось то, как люди перестраивают эмоциональные\когнитивные модели решения проблем. Это заложило ядро для последующего развития Фокусированной на Эмоциях Терапии (Emotion Focused Therapy).

Занимаясь этим, я проходил обучение на гештальт-терапевта, где познакомился с такими методами терапии как «горячий стул» и «гештальт-эксперимент». Меня интересовало исследование процесса изменений и первое время я был против создания нового направления в терапии, поскольку их и так было много. Однако я ощутил, что очень важно сформулировать какой-то альтернативный подход в противовес появившейся в то время когнитивной терапии, которая становилась все более и более влиятельной. Мои первые три книги заложили основу для Фокусированной на эмоциях терапии. (Райс, Л. & Гринберг, Л. (Eds.) (1984). Паттерны изменений: глубокий анализ психотерапевтического процесса. Нью-Йорк: Guilford Press. Гринберг, Л. & Пинсоф, В. (Eds.). (1986). Психотерапевтический процесс: руководство для исследований. Нью-Йорк: Guilford Press. Гринберг Л. и Сафран Дж. (1987). Эмоции в психотерапии: аффект, познание и процесс изменений. Нью-Йорк: Guilford Press.) (Rice, L. & Greenberg, L. (Eds.) (1984). Patterns of change: An intensive analysis of psychotherapeutic process. New York: Guilford Press. Greenberg, L. & Pinsof, W. (Eds.). (1986). Psychotherapeutic process: A research handbook. New York: Guilford Press. Greenberg, L. & Safran, J. (1987). Emotion in Psychotherapy: Affect, cognition and the process of change. New York: Guilford Press.)

На самом деле это была терапия пар, вначале названная Эмоционально Фокусированная Терапия для пар (ЭФТ) / Emotionally Focused Therapy (EFT). Я окончил стажировку в Научно-исследовательском Институте Психического здоровья в Пало-Альто, штат Калифорния, где занимался Системной Психотерапией. Эмоционально Фокусированная Терапия для пар возникла

благодаря книге «Эмоции в Психотерапии» (Emotion in Psychotherapy) и полученным во время стажировки знаниям о циклах взаимодействия с позиций системного подхода. В то время я считал себя клиент-центрированным и Гештальт-специалистом. Но затем я получил грант на изучение пар, и мы, разработали терапию для пар, назвав ее Эмоционально Фокусированная Терапия (Emotionally Focused Therapy). Позже Сью Джонсон дала подробную оценку эффективности ЭФТ в своей докторской диссертации, и мне стало понятно, что конечный результат исследования и его название получили свое признание (Джонсон, С. & Гринберг, Л. (1985). Дифференциальные свойства экспириентальных и проблемно-ориентированных интервенций в разрешении семейного конфликта. Журнал Консультативной и Клинической психологии, 53, 175-184. Гринберг, Л. & Джонсон, С. (1986). Аффекты в семейной терапии. Журнал семейной и семейной терапии, 12, 1-10). (Johnson, S. & Greenberg, L. (1985). Differential effects of experiential and problem solving interventions in resolving marital conflict. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53, 175-184. Greenberg, L. & Johnson, S. (1986). Affect in marital therapy. Journal of Marital and Family Therapy, 12, 1-10)

Тогда мне казалось важным создать новый бренд в психотерапии, чтобы получать финансирование для проведения исследований. Надо было как-то назвать индивидуальную терапию и разработать для нее подробное руководство. Таким образом, именно внешние обстоятельства вынудили нас дать имя индивидуальной терапии. Первоначальное название звучало как Процессуально-экспириентальная психотерапия (Process Experiential Therapy), потому что ни Лора Райс, ни Роберт Эллиотт не имели никакого отношения к терапии пар и не хотели называть новый подход Фокусированной на эмоциях терапией (Emotion Focused Therapy). (Гринберг, Л. Райс, Л. & Эллиотт, Р. (1993). Фасилитация эмоциональных изменений: пошаговая процессуальная работа: New York Guilford Press), (Greenberg, L. Rice, L. & Elliott, R. (1993). Facilitating Emotional Change: The Moment-by-Moment Process: New York Guilford Press). Новая терапия явно входила в экспириентальную традицию и была в высшей степени процессуально-ориентированной, поэтому вначале мы называли ее «Процессуально-экспириентальной психотерапией». Затем, несколько лет спустя, я сменил название на «Фокусированную на эмоциях терапию, потому что словосочетание «фокусированный на эмоциях» использовалось в общей психологии как термин, который противопоставлялся Когнитивной Терапии.

Вот и вся история о названии подхода. Довольно рано я увидел, что когда люди могут более полно переживать свои эмоции, у них есть больше шансов измениться. Из моей практики и личного опыта я узнал, что для продвижения процесса внутренних изменений я должен сосредоточиться на эмоциях, и что мне необходимо совмещать следование за клиентом с некоторым ведением процесса или следование и сопровождение процесса. И это отлично помогало в терапии пар, потому что в терапии пар мне стало легче задавать направление, то есть больше контролировать сам процесс. Итак, благодаря клиент-центрированной терапии у меня было сверх-развитое супер-эго, которое запрещало руководить людьми, осуществлять контроль, и не допускало как-либо воздействовать на процесс терапии; но в терапии пар и в Гештальт-терапии было больше ведения процесса, и в конечном итоге это

помогло мне разрешить внутренний конфликт, поняв что существует диалектика, которой нужно действительно следовать, что это конечно важно, но это только одна сторона процесса, процесс нужно уметь вести. Вот чему я тогда научился. Но потом, благодаря моим исследованиям, я научился обращать внимание на каждый шаг терапевтического процесса. Так что я постоянно что-то узнавал и чему-то учился на каждом шагу. Я также понял, что нельзя допустить мысль, будто вы лучше, чем ваш клиент знает, что происходит у него в душе. Не заставляйте и ничего не навязывайте своим клиентам. И не считайте людей неполноценными.

ЭПР: Можете ли вы, сверившись с собственным опытом, рассказать, в чем сила этого психотерапевтического подхода?

Сильная сторона подхода заключается в том, что по сравнению с другими терапевтическими подходами, которые придерживаются нарративного уровня, больше используют разговорные техники, и не погружаются в переживание, мы предлагаем идти глубже. Также мы говорим: следуйте за болью, боль - это компас, который укажет вам на ядро проблемы. Мы помогаем людям разрешать самые болезненные вопросы, при помощи пробуждения неприятных эмоций и их дальнейшей переработки из старых дезадаптивных эмоций в новые адаптивные эмоции.

ЭПР: Опишите наиболее типичную реакцию клиента на методы Фокусированной на Эмоциях Терапии?

Доктор Лесли С. Гринберг: Многие клиенты говорят: "Я и раньше был в терапии, но никакие изменения не происходили. А это действительно мне помогло измениться. Это было намного глубже». Они также говорят: «это было тяжело, но того стоило»; так что для них данный вариант работы оказался полезным, возможно они ненавидели его в процессе, но знали, что им это пойдет на пользу и смогли довериться терапевту.

ЭПР: Если возможно, поделитесь своей историей изменений, которые произошли в вашей жизни благодаря Фокусированной на эмоциях терапии?

Доктор Лесли С. Гринберг: Ну..., проходя личную терапию и проживая собственный терапевтический опыт в Клиент-центрированном подходе, Гештальт-терапии, Системной семейной терапии для пар, Селф-психологии, Психоанализе: я изменился как лично, так и профессионально. Я стал более открытым, эмоционально гибким и более осознанным. Разрабатывая собственный подход, я был вынужден очень много путешествовать, и был поражен тем, насколько мы все похожи, независимо от того к какой культуре принадлежим. Несмотря на тот факт, что в разных культурах существуют различные способы выражения эмоций, все мы в значительной степени схожи в реакциях на уровне базовых эмоций, у нас примерно одни и те же проблемы, на которые мы одинаково эмоционально реагируем. 40 лет назад, когда я получил свою докторскую степень, я и представить себе не мог, что меня пригласят преподавать в Россию!

© Интервью и перевод Мария Ветлужских.

Экспириентальная психотерапия Россия. <https://experiencing.ru>

Ю. Барбоса, К. Кунья, А. Сантос, М. Гонсалвеш, Ж. Сальгадо
Изменение нарратива в «Фильмах о Глории»: сравнение различных процессов появления новизны в ходе терапевтических сессий

Аннотация

Цели: Настоящее исследование фокусируется на проведении анализа появления новизны в классических «Фильмах о Глории» (*Gloria Films*) с участием Роджерса, Перлза и Эллиса чтобы понять, как одна и та же клиентка формулировала свои проблемы, происходили ли с ней изменения во время этих трех сеансов, и если да, то какие именно.

Методы исследования: Для выявления моментов новизны (МН) и их тем применялась Система шифровки моментов новизны.

Полученные результаты: На сессии с Роджерсом выявлено большее разнообразие раскрытых проблем и тем МН, а также более высокая доля МН с обдумыванием. Сессия с Перлзом продемонстрировала высокую долю МН с протестом. На сессии с Эллисом наблюдалось меньше МН, чем на других сессиях. На всех трех сессиях обнаруженные изменения базировались, в основном, на МН с обдумыванием и протестом. Выводы: нарративная новизна имела место в ходе трех одиночных сессий. Типы преобладающих моментов новизны согласовались с терапевтической моделью. Исследование тем МН позволило провести более точную идентификацию у Глории новых нарративных позиций и их развития в ходе терапевтических сессий.

Ключевые слова: психотерапия; моменты новизны; нарративные изменения

Фильмы «Три подхода к психотерапии», известные также как «Фильмы о Глории» (*Gloria Films*), были сняты в 1965 году (Shostrom, 1965) с участием известных психотерапевтов Карла Роджерса, Фрица Перлза и Альберта Эллиса и их клиентки Глории. Эти фильмы были и до сих пор остаются важным источником для обучения и исследований в области психотерапии. Они детально освещают терапевтический опыт трех различных направлений: клиент-центрированной терапии, гештальт терапии и рациональной эмотивной терапии. Причина привлекательности этих фильмов для исследователей в области психотерапии состоит в том, что они предоставляют возможность наблюдать работу трех разных психотерапевтов с одной и той же клиенткой. В настоящем существует немало фильмов, посвященных работе психотерапевтов с разными взрослыми клиентами, где демонстрируются различные теоретические подходы и работа проводится в разных контекстах, например ряд видеофильмов о психотерапии Американской ассоциации психотерапевтов (скажем, серия фильмов ААП «Психотерапия в шести сеансах» [*Psychotherapy in Six Sessions Series*], 2009). Вместе с тем, до сих пор трудно отыскать фильмы, где несколько психотерапевтов работают с одним и тем же клиентом (исключение составляют недавно снятые фильмы ААП с участием Джудит Бек, Лесли Гринберг и Нэнси Мак Вильямс [Judith Beck, Leslie Greenberg, Nancy McWilliams; APA, 2011a, 2011b]).

С 1965 года Фильмы о Глории являлись предметом немалого числа исследований в области психотерапии, проводимых с применением различных

подходов. Вместе с тем, ни одна из предыдущих работ не была сфокусирована на изменениях, происходивших [с клиенткой] в ходе терапевтических сессий. Проявляла ли Глория хотя бы минимальные признаки клинических изменений на протяжении этих сессий? Какого типа изменения с ней происходили? Путем изучения процесса появления новых высказываний (далее *новизны*), авторы настоящего исследования вносят свой вклад в обсуждение «Фильмов о Глории», уточнив, происходили ли изменения во время каждой сессии, и если да, то какие именно.

Предыдущие исследования «Фильмов о Глории»

Предыдущие исследования этих фильмов фокусировались на одной из трех тем: психотерапевт, терапевтическое взаимодействие и терапевтическая модель. В работах, фокусирующихся на психотерапевте, основные результаты показали существенные различия между тремя терапевтами в соответствии с их теоретическими подходами (Essig & Russel, 1990; Gazzola & Stalikas, 2004; Hill, Thames, & Rardin, 1979; Moon, 2007; Shostrom & Riley, 1968). Согласно данным этих исследований, Роджерс не проявлял директивности, принимал переживания и смыслы клиента без критики или предубеждения (Moon, 2007). Роджерс применял навыки, направленные на прояснение переживаний и опыта Глории (Essig & Russel, 1990; Hill et al., 1979) и стремился помочь ей справиться с тяжелыми чувствами в безопасном терапевтическом контексте (Shostrom & Riley, 1968). Перлз характеризовался, как терапевт, оспаривающий субъективность (Essig & Russel, 1990). Он применял конфронтацию (Hill et al., 1979) и активный анализ опыта и переживаний Глории, ставил под вопрос [правильность] ее восприятия (Shostrom & Riley, 1968). Умения Эллиса были направлены на предоставление Глории руководства и ориентаций; он проявил себя как более активный психотерапевт (Hill et al., 1979). Некоторые исследователи нашли общие характеристики у всех трех психотерапевтов, в частности, применение интерпретация (Gazzola & Stalikas, 2004) и само-раскрывающихся рассуждений (self-disclosing discourse; Essig & Russel, 1990). Однако эти приемы применялись терапевтами с разными намерениями, подчеркивая аспекты [терапии], соответствующие их теоретической ориентации (Essig & Russel, 1990; Gazzola & Stalikas, 2004).

Исследования, сфокусированные на терапевтическом взаимодействии, выявили явные различия между тремя сессиями (Kiesler & Goldston, 1988; Meara, Shannon, & Murray, 1981). Что касается семантики общения, Мeara с соавторами (Meara et al., 1981) выявили, что Перлз и Эллис использовали в речи больше глаголов, обозначающих причинно-следственные связи, чем Роджерс, тогда как высказывания последнего больше касались состояния клиентки. Работая с тем, что происходило в момент беседы, Перлз чаще, чем Эллис и Роджерс, использовал глаголы, обозначающие переживания. В том же исследовании было еще отмечено, что речь Глории являлась относительно последовательной во время всех трех сессий, но она использовала больше глаголов, описывающих свои переживания, во время беседы с Роджерсом. (Meara et al., 1981). Кроме того, из-за большей настойчивости Роджерса в разговоре, высказывания Глории стали подробнее, благодаря чему беседа о проблеме поднялась на более сложный уровень (Wickman & Campbell,

2003). Что касается межличностного поведения, то Kiesler и Goldston (1988) охарактеризовали поведение трех психотерапевтов следующим образом: у Роджерса – дружелюбно-уступчивое, у Эллиса – доминирующе-нейтральное, а у Перлза – доминирующе-враждебное. Со своей стороны, Глория проявляла больше доминирования и меньше дружелюбия по отношению к Перлзу и больше уступчивости и дружелюбия по отношению к Роджерсу и Эллису.

Из исследований, фокусирующихся на терапевтической модели, только в одном было выражено мнение о том, что работа Эллиса недостаточно удачно представляла рационально-эмотивный подход к психотерапии (Weinrach, 1986). Однако в остальных исследованиях было указано, что все три теоретические модели были хорошо представлены психотерапевтами (Dolliver, Williams, & Gold, 1980; Moon, 2007).

Интересно, что в исследованиях, посвященных результатам психотерапии, ряд самых важных переменных был связан с клиенткой (Bohart & Wade, 2013; Clarkin & Levy, 2004), но, несмотря на это, точке зрения самой Глории уделялось мало внимания. К тому же, ни в одном из этих исследований не были изучены изменения, возможно происходившие с ней в ходе каждой сессии. Маловероятно, что после первой и единственной сессии у клиента произойдут весьма значимые клинические изменения, но изучение возможных эффектов терапии все же является важным. *Модель моментов новизны* (the innovative moments model, Gonçalves, Matos, & Santos, 2009b) является недавно предложенным подходом к изучению изменений, происходящих в ходе психотерапевтических сессий. Эта модель применялась с различными методами психотерапии, такими как лингвистическая терапия оценки (linguistic therapy of evaluation, Gonçalves et al., 2014), когнитивно-поведенческая (Gonçalves готовится к изданию), нарративная (Gonçalves, Ribeiro, Silva, Mendes, & Sousa в печати; Matos, Santos, Gonçalves, & Martins, 2009; Santos, Gonçalves, & Matos, 2011; Santos, Gonçalves, Matos, & Salvatore, 2009), конструктивистская (Alves, Mendes, Neimeyer, & Gonçalves, 2012; Ribeiro, Gonçalves, & Ribeiro, 2009), клиент-центрированная (Gonçalves et al., 2012), фокусированная на эмоциях терапия (Cunha, Gonçalves, Hill, et al., 2012; Gonçalves, Mendes, Ribeiro, Angus, & Greenberg, 2010; Mendes, Ribeiro, Angus, Greenberg, & Gonçalves, 2011; Mendes et al., 2010), и терапия горя (Alves et al., 2014). Согласно этой модели, изменения можно отслеживать, выявляя в высказываниях клиента мысли, чувства, события и намерения, которые отличаются от его первоначального рассказа о проблеме, приведшей его на терапию (Gonçalves et al., 2009b). Пользуясь этим подходом к выявлению терапевтических изменений, авторы настоящего исследования намерены внести свой вклад в изучение «Фильмов о Глории», проанализировав и сравнив возможные признаки (моменты) новизны, появившиеся в высказываниях клиентки в течение трех терапевтических сессий, проведенных специалистами – классиками в области психотерапии.

Нарративные изменения в психотерапии

Модель *моментов новизны* (МН) вдохновлена повествовательным (нарративным) подходом к психотерапии (Gonçalves et al., 2009b). Повествование клиента о беспокоящих его проблемах зачастую бывает дезорганизованным и лишенным конкретности (Boritz, Angus, Monette, & Hollis-Walker, 2008;

Botella, Herrero, Pacheco, & Corbella, 2004) или же фокусируется на переживании боли, подчеркивая негативные события и игнорируя разнообразные другие аспекты жизненного опыта (Gonçalves & Machado, 1999; White & Epston, 1990). Изменения начинают происходить, когда появляются небольшие новинки в высказываниях (обозначенные как МН), которые постепенно подвергают сомнению первоначальный рассказ о проблемах. МН играют роль окон, освещающих проблему и способствующих построению новых смыслов и альтернативных повествований (нарративов) (Gonçalves, Santos, et al., 2010).

Система шифровки моментов новизны (СШМН) (the Innovative Moments Coding System; Gonçalves, Ribeiro, Mendes, Matos, & Santos, 2011) была разработана в качестве инструмента для выявления в ходе психотерапевтических сессий МН, которые подразделяются на пять категорий: действие, обдумывание (рефлексия, reflection), протест, реконцептуализация и осуществление изменения. В Таблице I описано разнообразие МН и приведены примеры каждого их типа.

В ряде исследований была проанализирована взаимосвязь между МН и результатом психотерапии. Было выявлено, что в случаях с благоприятным результатом терапии количество МН выше, чем в случаях с неблагоприятным результатом (e.g., Mendes et al., 2010). При сравнении типов МН, наблюдавшихся в случаях с благоприятным и неблагоприятным результатом терапии, также были обнаружены существенные различия. Доля сессий, во время которых клиент проявлял реконцептуализацию и осуществление изменений, оказалась значительно выше в случаях с благоприятным результатом терапии; в случаях с неблагоприятным результатом терапии эти типы МН практически отсутствовали (Gonçalves et al., 2009b; Gonçalves, Mendes, et al., 2010; Matos et al., 2009; Mendes et al., 2010). Указанные МН обычно появляются в течение средней стадии терапевтического процесса и далее развиваются на завершающей стадии (Alves et al., 2014; Gonçalves et al., 2012; Gonçalves, Mendes, et al., 2010; Mendes et al., 2010; Ribeiro et al., 2009; Santos et al., 2009; Santos et al., 2011).

МН с реконцептуализацией включают (1) контраст между описанием своей проблемы в прошлом («Раньше я больше беспокоился о том, что думают обо мне другие») и развивающимся, более адаптивным настоящим («Теперь я пытаюсь поставить себя на первое место»), и (2) доступ к процессам, способствующим этому преобразованию («Я так поступаю, поскольку понимаю, что предпочтение чужих мнений уничтожало меня») (Gonçalves et al., 2009b; Gonçalves et al., 2011). Было сделано предположение, что реконцептуализация придает смысл и структуру другим, более элементарным МН (таким как действие и обдумывание), а также играет роль моста между проблемным прошлым и более приспособленным, развивающимся нынешним «я», помогая клиенту разобраться в происходящей трансформации (Cunha, Gonçalves, Valsiner, Mendes, & Ribeiro, 2012; Gonçalves & Ribeiro, 2012). Эти результаты подтверждают предположение, что МН с реконцептуализацией важны для появления и укрепления терапевтических изменений. Таким образом, нарративные изменения могут начаться с небольших новинок (МН), появившихся во время или вне психотерапии. Эти МН высказываются в ходе сессий, и

постепенно новые элементы повествования становятся все более развернутыми и далее расширяют изменения.

В дополнение к выявлению разных типов МН (скажем, действия и обдумывания) и их эволюции (например, от обдумывания к реконцептуализации), можно анализировать эволюцию тем, присутствующих в МН (Ribeiro, Bento, Gonçalves, & Salgado, 2010). В частности, прогресс к новому повествованию о себе (self-narrative) может произойти путем перехода от одной темы к другой. Например, тема «самозащиты» («Мне нужно защищаться от других»), присутствовавшая в начале терапии в качестве аспекта проблемного рассказа о себе, может эволюционировать в более адаптивную новую тему, которую можно отнести к МН и обозначить, скажем, как «равновесие» («Я понимаю, что другие не намерены причинить мне вред, и теперь я разобрался в причинах моих прежних переживаний»). Это изменение может далее привести к следующей, еще более адаптивной теме, которую также можно отнести к МН и назвать «притязанием» («Мне нужно учитывать свои потребности и перестать защищаться от других»), а к концу терапии эта тема может лечь в основу альтернативного повествования о себе (Ribeiro et al., 2010). В ходе терапевтических бесед о «моменте новизны» его темы (в предшествующих работах тема была обозначена как *proto-narrative* [protonarrative], см. Bento, Ribeiro, Salgado, Mendes, & Gonçalves, 2014; Ribeiro et al., 2010; Ribeiro, Bento, Salgado, Stiles, & Gonçalves, 2011) все больше детализируются, вследствие чего их значение и влияния становятся яснее. Это прояснение способствует появлению новых МН, а также разработке новых тем. Разнообразие МН и тем, появляющихся в ходе терапии, указывают на гибкость и связано с успешными изменениями (Ribeiro et al., 2011).

Цель настоящего исследования

Цель настоящего исследования состояла в изучении появления новизны в ходе каждой из трех сессий «Фильмов о Глории» с точки зрения нарратива. Авторы стремились разобраться в том, как одна и та же клиентка формулировала свои проблемы (излагала проблемный рассказ о себе – problematic self-narrative), происходили ли на каждой сессии изменения в плане МН и их тем, и если да, то какие именно.

В частности, цель исследования состояла в том, чтобы изучить и сравнить три сессии, ответив на следующие вопросы: какие проблемные рассказы о себе разработала Глория, и какие типы МН и новые темы возникали на каждой сессии?

Проведение исследования

Участники

Исследование фокусируется на известных «Фильмах о Глории», снятых в 1965 году (Shostrom, 1965). В фильмах отображены три первых сессии психотерапии одной клиентки (Глории). Первая сессия была проведена Карлом Роджерсом (клиент-центрированная терапия), вторая – Фрицем Перлзом (гештальт терапия), третья – Альбертом Эллисом (рациональная эмотивная терапия).

Таблица 1. Краткое описание типов моментов новизны (МН).

Категория	Описание	Примеры
МН Действие (Д)	Касается конкретных действий или форм поведения, бросающих вызов проблеме.	К: Вчера я впервые за несколько месяцев пошел в кино!
МН Обдумывание (О)	Касается мыслительных процессов, указывающих на понимание чего-то нового, что делает [прежний взгляд] на проблему необоснованным, неправильным (мысли, сомнения, вопросы).	К: Я поняла, что чем больше я себя изолирую, тем глубже становится депрессия. К: Полагаю, что наши беседы, наши сессии оказались плодотворными, мне захотелось ненадолго вернуться к прежним временам, я почувствовал себя хорошо, я понял, что дело того стоило.
МН Протест (П)	Касается критических моментов, приводящих к какой-либо конфронтации (направленной на других или на себя)	К: Теперь я чувствую себя сильнее и больше не позволю депрессии управлять своей жизнью! Я хочу получать жизненный опыт, хочу расти, и мне приятно, что я снова в ответе за свою жизнь.
МН Реконцептуализация (РК)	Включает описание процесса на мета-когнитивном уровне. Клиент не только выражает мысли, чувства и проявляет поведение, выходящие за рамки проблемного поведения о себе, но также способен объяснить процесс изменения.	К: Знаете...Когда я был в музее, я подумал о себе: «Ты действительно стал другим человеком ... Год назад ты и в супермаркет не мог сходить!» [Контраст] Т: Каким образом, по Вашему мнению, Вам удалось измениться? К: Думаю, что первым важным шагом стали выходы из дома. При этом я не ожидал, что все пройдет легко и без заминок. Теперь я знаю, как переносить жизненные трудности, не переполняясь негативными чувствами. Жизнь есть жизнь, это не рай, но и не ад, как я раньше думал. [Процесс]
МН Осуществление изменений (ОИ)	Касается новых целей, опыта, действий и проектов, которые осуществляются или планируются в результате изменения.	К: Мне бы хотелось осуществить все то, что я была не в силах делать пока находилась во власти депрессии. Я хочу снова работать, иметь время, чтобы наслаждаться жизнью со своими детьми. Я хочу снова иметь друзей. Утрата прежних дружеских отношений до сих пор причиняет мне боль. Я хочу, чтобы у меня снова были друзья, люди, с которыми можно поговорить, поделиться чувствами, ощутить их участие в моей жизни.

Примечание: МН – моменты новизны.

Источник: адаптировано с разрешения Gonçalves et al. (2011, стр. 499–501).

Клиентка. Глория – тридцатилетняя женщина, которая недавно развелась, оставшись с детьми. Она согласилась на участие в съемках этих фильмов.

Психотерапевты и терапевтические модели. Роджерс (1974) использовал модель клиент-центрированной терапии, в которой особую важность приобретают терапевтические отношения, а основным фактором терапевтического успеха является отношение терапевта к клиенту. По мнению Роджерса, для достижения изменений следует обеспечить шесть основных условий: наличие двух людей в психологическом контакте, неконгруэнтное состояние (несоответствие между актуальной и идеальной самооценкой) или уязвимость клиента, конгруэнтное или подлинное состояние психолога, установка безусловного принятия, эмпатическое понимание внутреннего состояния клиента, и способность терапевта демонстрировать принятие и сочувствие (Cornelius-White, 2008; Fernald, 2000; Kirschenbaum & Jourdan, 2005; Rogers, 1974; Shostrom, 1965).

Перлз (1969) применял гештальт-терапию, в которой терапевтическое вмешательство преследует три цели. Во-первых, клиенту помогают установить контакт с экзистенциальными центрами его тела (сенсорной и двигательной системами). Во-вторых, повышается осведомленность клиента о его деятельности в качестве индивидуума и организации, что способствует осознанию им автоматических процессов, блокирующих его самосознание. В-третьих, терапевт способствует развитию у клиента ответственности и свободы выбора, пользуясь двумя стратегиями: агрессивности (которая требуется, чтобы деконструировать опыт, а затем интегрировать его в органическое «я») и индукции фрустрации (именно в конфронтации с невзгодами клиент учится развивать ресурсы, необходимые для изменения).

Эллис (1995b) использовал рациональную эмотивную терапию, которая позже превратилась в рационально-эмотивную поведенческую терапию (Ellis, 1995a, 1999). Эта терапия направлена на то, чтобы помочь клиенту поставить под вопрос свои ценности, иррациональные убеждения или дисфункциональную жизненную философию. Эллис (1995b) рассматривал терапию как направляющий, дидактический и обучающий процесс. Терапевт берет на себя руководство и учит клиента рационально пересматривать свои иррациональные убеждения (Ellis, 1995b, 1999; Ellis, Shaughnessy, & Mahan, 2003; Shostrom, 1965).

Методика проведения исследования

Идентификация МН: шифровка, методы исследования и надежность.

Терапевтические сессии анализировались с помощью *Системы шифровки моментов новизны* (СШМН) (Gonçalves et al., 2011) для выявления в ходе каждой сессии и классификации МН по пяти взаимоисключающим категориям: действие, обдумывание, протест, реконцептуализация и осуществление изменения (см. Таблица I). Эта методика представляет собой качественный анализ, применимый к речи, беседам, интервью и терапевтическим сессиям в формате видеозаписей или текстовых записей. Процедура шифровки

включает четыре этапа: (1) обучение, (2) согласованное определение аспектов проблемного рассказа о себе, (3) выявление МН для подсчета их доли (процента времени, занятого каждым МН в течение сессии), и (4) классификация типов МН (например, действие или обдумывание). Шифровка МН осуществлялась индивидуально судьями 1 и 2 (первым автором и студентом-магистром клинической психологии), которые предварительно прошли обучение, супервизию и проверку навыков применения СШМН у судей 3 и 4 (второго и третьего авторов настоящей работы).

Сначала судьи 1 и 2 прошли этап обучения, во время которого они шифровали два учебных пособия (Gonçalves et al., 2009a), в которых они определяли тип МН для каждой выдержки. Затем они шифровали записи двух сеансов терапии, ранее зашифрованных экспертами. Выбранные ими шифры обсуждались и сравнивались с шифровкой экспертов. Далее был подсчитан показатель надежности на основании нового учебного пособия, в котором приведены примеры МН, и результаты оказались вполне удовлетворительными (коэффициент каппы Коэна 0.90).

Потом судьи 1 и 2 одновременно использовали видео и текстовые записи «Фильмов о Глории», чтобы независимо друг от друга детально изучить материалы и выделить различные аспекты проблемных рассказов о себе, которые клиентка излагала на каждой сессии. После обсуждения между судьями, аспекты, составлявшие проблемный рассказ о себе, определялись консенсусальным решением (см. Hill et al., 2005).

Идентификация МН в высказываниях клиентки также осуществлялась судьями 1 и 2 независимо друг от друга. МН идентифицировались каждый раз, когда судьи выявляли исключение из [выделенных ранее] аспектов проблемного рассказа о себе. Уровень согласия между судьями подсчитывался как частное от деления совпадающих слов, идентифицированных обоими судьями, на общее количество слов, идентифицированных каждым из них. Случаи несогласия разрешались путем консенсуса между судьями (см. Hill et al., 2005). Части текста, идентифицированные в качестве МН, затем шифровались судьями, независимо друг от друга, как определенный тип МН. Далее подсчитывалась также надежность типов МН. Наконец, доля МН, представляющая собой отношение времени, занятого МН, ко времени остальной части сессии, подсчитывалась следующим образом: время, занятое каждым типом МН, делилось на общее время сессии. Показатель согласия между судьями составил 87% при определении доли МН, а показатель каппы Коэна при шифровке типов МН составила 0,96. Этот результат подтверждает высокий уровень надежности каждого показателя. (Hill & Lambert, 2004).

Идентификация тем МН: шифровка, методика, надежность. МН были подвергнуты тематическому анализу для выяснения тем/содержания изменений. Тематический анализ – это способ применения обоснованного теоретического подхода к качественным исследованиям, который может быть использован при изучении результатов консультирования и психотерапии (McLeod, 2011; Meier, Boivin, & Meier, 2006, 2008). Тема – это присутствующий паттерн, указывающий на нечто важное для клиента в том, каких взглядов на мир он или она придерживается (McLeod, 2011). Процесс идентификации тем включал этапы, предложенные Attride-Sterling (2001). Сначала материал

шифровался (идентифицировались МН). Затем шифры (МН) анализировались в поисках общих тем. Соответственно, судьи (первый и последний авторы настоящей работы) следовали методикам, использованным в предыдущем исследовании для идентификации тем МН. В частности, для каждого МН судьи пытались ответить на следующий вопрос: «Какое потенциальное контр-правило/структура поведения (действия, мысли, эмоции) присутствует в данном МН?» (Ribeiro et al., 2011, стр. 6). Ответ на этот вопрос формулировался в кратком утверждении или слове. Решение о темах МН принималось путем консенсуса между судьями (Schielke, Fishman, Osatuke, & Stiles, 2009). На последнем этапе темы группировались в обобщающие категории (Attride-Sterling, 2001), представляющие собой типичные репрезентативные темы МН. Иными словами, темы сравнивались между собой, и в случае их сходства, объединялись в одну более широкую тему. Например, в сессии с Перлзом всплыли две темы – «конфронтация» и «претензия», – которые были объединены в более широкую тему «самозащиты». Если же между темами обнаруживались явные различия, то эти темы считались разными. В конце последнего этапа судьи проводили завершающую проверку тем, чтобы убедиться в правильности их группировки и рассмотреть другие способы организации категорий, которые, возможно, лучше учитывают данные (Ribeiro et al., 2011). Наконец, анализировались и сопоставлялись результаты трех терапевтических сессий для выявления различия и сходства между ними с точки зрения аспектов проблемных рассказов о себе, доли и типов МН, а также тем МН.

Результаты исследования

В данном разделе мы представляем аспекты проблемных рассказов о себе, изложенных Глорией на сессиях с Роджерсом, Перлзом и Эллисом, после чего происшедшие терапевтические изменения выявлялись с помощью СШМН. Затем, для каждой терапевтической сессии выделяются темы, проявившиеся в МН.

Аспекты проблемных рассказов о себе, представленных клиенткой

Проблемные аспекты, проявившиеся во время трех терапевтических сессий, различались по содержанию и разнообразию (см. Таблица II).

Сессия Роджерс – Глория. В сессии с Роджерсом было идентифицировано два проблемных аспекта: трудности Глории, связанные с вопросами секса, обсуждение которых заняло большую часть сессии, и чувство, что ее не понимает отец, упомянутое ею только ближе к концу сессии. Что касается проблемного аспекта, связанного с сексуальностью, то Глория высказала опасение, что дочь отвергнет ее, если узнает о ее сексуальной жизни. Она также выразила вину, связанную с сексуальными желаниями и необходимостью их скрывать или лгать о них, чтобы получить одобрение со стороны других людей. Высказывая проблемный аспект, связанный с непониманием со стороны отца, Глория выразила свою потребность в том, чтобы он ее больше ценил, а также тоску по более открытым и понимающим отношениям с ним.

Сессия Перлз – Глория. На сессии с Перлзом проблемные аспекты высказываний Глории касались опасений, что терапевт ее не поддержит, вызвав у нее чувство «загнанности в угол». Вдобавок к этому опасению, Глория проявляла

чувство неполноценности по отношению к Перлзу, поскольку считала его «умнее», учитывая его личные качества и подготовку в области психотерапии. Она боялась показаться «тупой и глупой».

Сессия Эллис – Глория. С Эллисом, Глория выразила чувство своей неадекватности в отношениях с мужчинами, полагая, что ей трудно привлекать тех мужчин, с которыми ей хотелось бы построить близкие отношения. Глория рассказала о своем разочаровании из-за того, что в результате она встречалась с мужчинами, которых не уважала и воспринимала как людей резких и неинтересных.

Сравнение проблемных аспектов.

Несмотря на различия между тремя сессиями, в проблемных аспектах наблюдаются общие моменты. Глория фокусировала высказывания на своей потребности быть принятой другими и на чувстве своей неполноценности. Эти две темы были тесно связаны с трудностями в самоутверждении на фоне возможной критики или отвержения со стороны других.

На сессии с Роджерсом Глория выразила свою потребность в принятии себя, в принятии со стороны дочери (чтобы дочь принимала ее сексуальное поведение по отношению к мужчинам) и со стороны отца (чтобы он понимал ее); когда она не соответствовала их или собственным ожиданиям, у нее возникало чувство неполноценности. С Перлзом, потребность в принятии и чувство своей неполноценности были адресованы терапевту. С самого начала Глория выражала опасения, что Перлз ее не поддержит, к которым позже присоединилась боязнь возникновения чувства неполноценности («Вы ничего [плохого] сделать [мне] не можете, но я сама могу почувствовать себя тупой и глупой, если не найду правильных ответов»). На сессии с Эллисом, Глория выразила виденье себя неспособной одержать победу над привлекающими ее мужчинами из-за чувства своей неполноценности («он лучше меня»), при этом желая их принятия.

В этом смысле трудность противостоять потенциальной критике или отвержению проявлялась [у клиентки] в двух областях: потребности быть принятой и чувстве неполноценности. Потребность в принятии другими была связана с опасением, что другие ее отвергнут (отец, дочь, Перлз, привлекательные мужчины); особенно актуальными эти опасения были в области сексуальных отношений и отношений с членами семьи. Чувство неполноценности было связано со склонностью к излишней самокритике (так, она зачастую считала себя неадекватной, глупой).

Общее число моментов новизны на каждой сессии

МН имели место на всех трех терапевтических сессиях. Подсчитав общее число МН на каждой сессии, мы выявили, что больше всего МН наблюдалось на сессии с Перлзом (21), несколько меньше – на сессии с Роджерсом (14) и еще меньше – на сессии с Эллисом (9) (см. Фигура 1). Доля МН варьировала от 8.3% до 14.9% (см. Фигура 2). На сессиях с Роджерсом и Перлзом доля МН оказалась одинаковой (14.9%), тогда как на сессии с Эллисом доля МН была ниже (8.3%).

Сравнение типов МН на каждой терапевтической сессии.

Что касается типов МН (см. Фигура 1), то обдумывание и протест присутствовали на всех сессиях, и один МН с реконцептуализацией был идентифицирован на сессии с Роджерсом. Действие и осуществление изменений не были выявлены ни на одной сессии.

Анализ соотношений типов МН (см. Фигура 2) показал, что на сессии с Роджерсом выше всего была доля МН с обдумыванием (12,09%), а доли других типов МН оказались весьма низкими: протеста – 1,91%, реконцептуализации – 1,32%. В отличие от этих соотношений, на сессии с Перлзом доля МН с протестом оказалась выше и составила 11,32%, а доля обдумывания – ниже (3,81%). Так же, как на сессии с Роджерсом, доля МН с обдумыванием оказалась выше, чем доли других типов МН, и на сессии с Эллисом (7,50%); на этой же сессии доля МН с протестом составила 0,83%.

Таким образом, доля МН с обдумыванием оказалась выше при проведении клиент-центрированной терапии (12,09%) и ниже во время гештальт-терапии (3,81%). Что касается МН типа протеста, то его доля была выше всего при гештальт-терапии (11,13%) и ниже всего – при рационально-эмотивной терапии (0,82%). Реконцептуализация присутствовала только в ходе клиент-центрированной терапии, ее доля составила 1,32% (см. Фиг. 2).

Таблица II. Краткое описание аспектов проблемных рассказов о себе, изложенных клиенткой во время трех сессий.

Сессии	Аспекты проблемных рассказов о себе	Примеры
Роджерс – Глория	Мои трудности в решении сексуальных проблем Отсутствие чувства, что отец меня понимает	К: ... бывают случаи, когда я чувствую себя такой виноватой. Например, когда ко мне приходит мужчина ... Меня беспокоит вина, но все же я испытываю эти желания. К: Я хочу быть честной, но существуют области, которые я сама не признаю. К: Боюсь, что моя дочь может решить, что я настоящая чертовка, а ведь мне так сильно хочется, чтобы она меня принимала. К: ... Как хотелось бы, чтобы отец мог поговорить со мной, как Вы. К: Да, я не могла открыться перед отцом. К: ... Я очень нуждаюсь в его принятии и любви. К: ... Он совсем не слышит меня!
Перлз – Глория	Опасение, что терапевт меня не поддержит	К: ... Боюсь, что в беседе Вы прямо атакуете меня и ... загоните меня в угол, я этого опасюсь, мне хочется, чтобы Вы были больше на моей стороне.

Эллис –Глория	Чувство своей неадекватности в отношениях с мужчинами	К: ... Мужчин, которые меня привлекают, с которыми хотелось бы построить близкие отношения, я либо не встречаю, либо смущаюсь, либо у меня с ними что-то ... не получается. А те, с кем я последнее время встречаюсь, не вызывают у меня особого уважения, они не приносят мне удовольствия, не вызывают интереса.
---------------	---	--

Характеристика тем, проявляющихся в МН

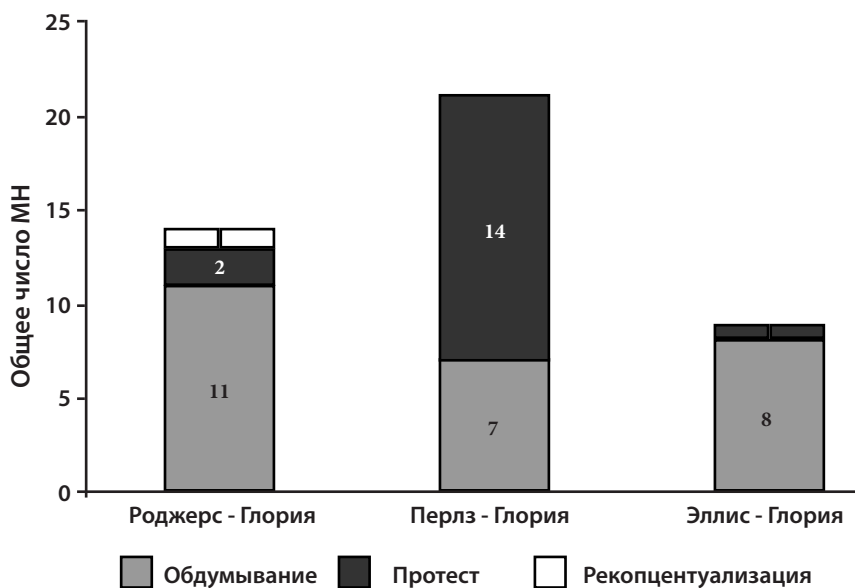
Как и в случае с проблемными аспектами, темы МН различались по содержанию и количеству (см. Таблица III).

Роджерс – Глория. Во время сессии с Роджерсом, следующие темы появились в качестве новинок в отношении к проблемным аспектам трудностей в решении сексуальных проблем: (1) «прояснение того, что можно сделать в отношении дочери», (2) «положительные эмоции по отношению к себе», и (3) «принятие себя». Эти темы возникли в МН с обдумыванием и реконцептуализацией, включая исследование ситуаций и форм поведения при сексуальных отношениях, которые вызывали у клиентки чувство вины, а также влияния ее решений на дочь. Процесс исследования способствовал прогрессу от одной темы к другой. Например, «прояснение того, что можно сделать в отношении дочери» оказалось прогрессивным, склоняя клиентку к принятию решения говорить ей правду и обдумыванию позитивных результатов такого поведения. Тема «положительных эмоций в отношении себя» развилась, когда клиентка реализовала установки, позволившие ей уменьшить интенсивность вины и достичь удовлетворенности, например, поступая в соответствии со своими чувствами. Что касается «принятия себя», то эта тема присутствовала в большинстве МН, начиная с понимания своей потребности в принятии, и доходя до кульминации в утверждениях, включающих одобрение себя. Кроме того, в данной сессии тема «самоутверждения» возникла в качестве альтернативы к проблемному аспекту чувства клиентки, что отец ее не понимает. Тема всплыла в МН с обдумыванием и протестом, а именно, в моменты критики клиенткой своего отца и в моменты, включающие новое восприятие причин и следствий ее потребности в принятии и понимании со стороны отца.

Перлз – Глория. Темы «самозащиты» и «самоутверждения» возникли в МН, связанных с опасением клиентки, что терапевт ее не поддержит. «Самозащита» была адресована Перлзу с начала сессии и проявлялась, в основном, в МН с протестом. Реакции Глории включали позицию конфронтации и критики по отношению к Перлзу, несогласие с ним и отстаивание своих мыслей, чувств и форм поведения. «Самоутверждение» присутствовало, главным образом, в МН с обдумыванием, в которых прояснялись новые, более адаптивные мысли и новое понимание. Темы развивались таким образом, что к концу сессии стало возможно идентифицировать страте-

гии и альтернативы для преодоления проблемы, а также новые позиции, чтобы смело повернуться к ней лицом. Стратегии фокусировались на необходимости в самоуважении, чтобы испытывать положительные эмоции в отношении себя, и на понимании того, что ей придется стать напористой, энергичной и сильной. Глория начала воспринимать психотерапевта, как человека, подобного ей самой: у него тоже есть свои слабости, уязвимые места и способность испытывать боль.

Эллис – Глория. На сессии с Эллисом тема «уверенности в себе» проявилась в МН, связанных с чувством своей неадекватности в отношениях с мужчинами, выражаясь, в основном, в МН с обдумыванием и один раз – в МН с протестом. В МН с обдумыванием эта тема присутствовала, когда Глория исследовала факторы, лежащие в основе проблемы, и ее последствия, а также выказывала стремление поработать над тем, чтобы чувствовать себя уверенно в отношениях с мужчинами. В МН с протестом Глория высказала критическую точку зрения, что именно она сама поддерживает и питает проблему, а также сформулировала новые позиции, включающие оценку себя как женщины, способной достигать своих целей. Следует отметить, что высшего развития эта тема достигла в конце сессии, когда Глория выразила намерение принять новое отношение к проблеме, обнаружив большую уверенность в себе. К концу этой сессии она также проявила готовность проявлять искренность в отношениях с мужчинами и меньше беспокоиться о том, что ее могут отвергнуть.

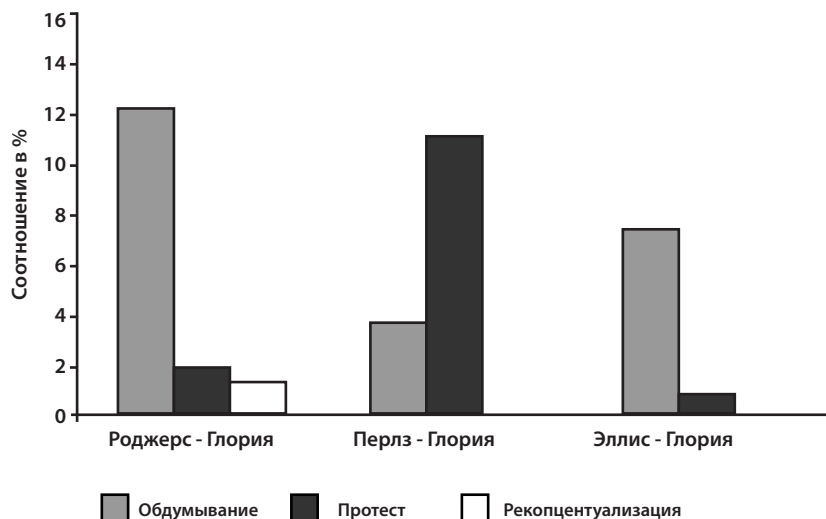


Фигура 1. Типы МН на разных сессиях

Обсуждение

Полученные результаты показали различия между тремя сессиями в содержании аспектов проблемных рассказов о себе, в новинках, появившихся в этих рассказах, в частности, в соотношениях и типах МН, а также в содержании и разнообразии их тем. Эти результаты выявляют два интересных аспекта. Они подтверждают, что единственной терапевтической сессии может быть достаточно для появления новизны в рассказах, инициирующей процесс изменений. Вместе с тем, полученные результаты порождают закономерный вопрос: почему один и тот же клиент проявляет различия в определении аспектов проблемного рассказа о себе и в процессе изменений под руководством разных психотерапевтов? Мы обсудим этот вопрос, рассмотрев предыдущие данные, касающиеся «Фильмов о Глории», а также результаты других тематических исследований, проведенных с применением СШМН.

Различия в формулировках аспектов проблемного рассказа о себе и в процессе изменений, по-видимому, связаны с типом вмешательства, осуществленного в ходе каждой сессии. Сессии проводились на основании разных теоретических моделей, а значит и с применением разных техник вмешательства и разных концепций проблем, ведущих клиента в определенном направлении. Говоря кратко, аспекты проблемного рассказа о себе являются не только внутренней чертой клиента, но и результатом совместной работы клиента и психотерапевта.



Фигура 2. Соотношения типов МН в каждой сессии

Исходя из этого предположения и зная, что работа Роджерса с Глорией была основана на фундаментальных условиях клиент-центрированной терапии, таких как эмпатия, подлинность и безусловное принятие (Hill et al., 1979; Wickman & Campbell, 2003), результаты, полученные в этой сессии, следует трактовать в соответствии с данной теоретической моделью. В сессии

проявилось большее разнообразие проблемных аспектов и тем, большая доля МН с обдумыванием и возник один МН с реконцептуализацией. Эти результаты, вероятно, связаны с использованной терапевтической стратегией, которая способствовала рефлексивному исследованию со стороны клиентки, стимулирующему новые мыслительные процессы (Hill et al., 1979). Эти процессы проявились у Глории в периодах раздумий в поисках нового понимания, повышая вероятность появления МН с обдумыванием и увеличивая их долю. Wickman и Campbell (2003) также подчеркнули, что применяемая Роджерсом техника поощряла Глорию к более подробному и сложному обсуждению проблемы, что объясняет появление не только самых базовых МН (с обдумыванием и протестом), но и МН с реконцептуализацией, а также большее разнообразие новых тем. Альтернативная точка зрения состоит в том, что Глория, возможно, больше подходила к терапевтическому стилю Роджерса как клиентка.

Таблица III. Темы МН, возникших в ходе трех сессий, и их примеры.

Сессии	Аспекты проблемных рассказов о себе	Темы МН	МН	Примеры
Роджерс-Глория	Мои трудности в решении сексуальных проблем	<p>Прояснение того, что можно сделать в отношении дочери</p> <p>Положительные эмоции по отношению к себе</p> <p>Принятие себя</p>	<p>О РК</p> <p>О РК</p> <p>О РК</p>	<p>К: Да, вот поэтому меня воодушевляет чтение книг любимых писателей – там все правильно, честность побеждает, несмотря ни на что. Это дает мне уверенность: “Черт возьми, а ведь я права!”</p> <p>К: Я пока ничего не решила, но чувствую облегчение... Вы мне сказали: ты знаешь какому плану тебе хочется следовать, Глория. Вот и следуй ему.</p> <p>К: Когда я следую за своими чувствами, мне приятно, хоть, возможно это утопия. Мне хочется это чувствовать. Хорошо это или плохо, но я испытываю положительные эмоции в отношении себя.</p> <p>К: ... Ну ... это принятие. Мне хочется стать более принимающей.</p> <p>К: ... Когда я это сделала, я вдруг почувствовала, что все правильно. Я на него не злилась, просто решила, что именно так и следует поступить. Я уверена, что полностью следую своим чувствам.</p>

	Отсутствие чувства, что отец меня понимает	Само-утверждение	О П	К: ... Хочу обвинить в этом его. Чувствую, что на самом деле я более откровенная, чем он позволяет ... Почему я всегда должна быть такой безупречной?
Перлз-Глория	Опасение, что терапевт меня не поддержит	Самозащита Само-утверждение	П О О П	К: Хочу, чтобы Вы знали, что я постукиваю ногой или хихикаю, когда сильно нервничаю, и принимали это вместо того, чтобы заставлять меня защищаться или объяснять. Я не хочу объяснять, почему я все это делаю. К: Да, сэр. Я определенно не лгу. Я... Я настаиваю! Я не лгу, когда нервничаю. К: Я хочу, чтобы Вы больше уважали меня как человека. У меня есть чувства!
Эллис-Глория	Чувство своей неадекватности в отношениях с мужчинами	Уверенность в себе	О П	К: ... Ну, к тому же я никогда бы не добилась, чего хочу, если бы оставалась неизвестной, безликой, это нужно признать. Да, точно ничего бы не добилась... К: Думаю, да. Это побуждает меня пойти и посмотреть. Вы правы. Ведь все, чего я могу добиться, – это быть отвергнутой.

Примечание: МН – моменты новизны; Д - действие; О - обдумывание; П - протест; РК – реконцептуализация; ОИ – осуществление изменений.

Сессия с Перлзом также свидетельствует о наличии связи между результатами терапии и типом терапевтической интервенции. Он использовал конфронтацию с самого начала сессии, не позволяя Глории свободно раскрывать проблему по своему усмотрению (в отличие от того, что происходило на сессии с Роджерсом), и вызывая у нее чувство отсутствия поддержки. Это заставило клиентку сосредоточиться на текущих (здесь-и-теперь) взаимоотношениях с терапевтом. Данная тактика соответствует принципам гештальт-терапии, целью которой является развитие у клиента инсайта в отношении автоматических процессов, блокирующих само-осознание, и разработка механизмов, приводящих к большей независимости и автономии (Perls, 1969). По мнению Hill, Thames и Rardin (1979), невербальные проявления и приемы конфронтации, присутствовавшие во время сессии, помогли Глории, сосредоточившись на текущем опыте, осознать противоречия в своем поведении. Развивая эту мысль, авторы отметили, что Перлз занимал дирек-

тивную позицию, он руководил Глорией на протяжении всей сессии – почти силой заставляя ее переживать определенное содержание – и намеренно вызывал у нее реакции конфронтации и самозащиты (МН с протестом). Мнение указанных авторов созвучно с результатами исследования Kiesler и Goldston (1988), отметивших, что поведение Перлза представлялось более враждебным и доминирующим, чем у других психотерапевтов, и что поведение Глории по отношению к Перлзу также было более доминирующим, чем по отношению к Роджерсу и Эллису. Глория зачастую пыталась отстаивать свое поведение, чувства и мысли, занимая по отношению к Перлзу критическую позицию. Со своей стороны, он подталкивал ее к подобным реакциям, фокусируя свое внимание на развитии МН с протестом. Подобное поведение терапевта объясняет большую долю МН с протестом и появление тем «самозащиты» и «самоутверждения» во время данной сессии. В этом смысле Перлз, по-видимому, прекрасно иллюстрирует подход гештальт-терапии, которая фокусируется на стратегиях агрессии и провоцирования фрустрации, поощряющих клиента к развитию способности к само-поддержке и опоре на собственные ресурсы. Настоящее исследование также подтверждает, что данная стратегия оказалась эффективной в достижении изменений у клиентки. Вместе с тем, МН с протестом явно связаны с противодействием проблемному аспекту, коренящемуся в терапевтических отношениях, а именно, боязни отсутствия поддержки со стороны терапевта. Этот проблемный аспект явно вызван агрессивным стилем Перлза, конгруэнтным с его терапевтической моделью и целями. В данном смысле, МН формируют позитивные моменты самоутверждения, но они также создают напряжение между Перлзом и Глорией, что может поставить под угрозу рабочий альянс. Поэтому стоит задуматься над тем, каковы были бы последствия этих протестов, если бы терапия продолжилась после первой сессии.

На сессии с Эллисом доля МН и разнообразие тем были ниже по сравнению с двумя другими психотерапевтами. Эти результаты можно также связать с теоретической моделью рационально-эмотивной терапии. Эллис считался более активным психотерапевтом (Hill et al., 1979; Shostrom & Riley, 1968), высказывающим советы, предложения, интерпретации и мнения, рекомендовал исследовать иррациональные мысли, включенные в проблемный рассказ о себе, и поставить их под вопрос. Таким образом, многие мыслительные процессы исследовались не столько клиенткой, сколько психотерапевтом, что привело к меньшей доле МН и меньшему разнообразию новых тем. Данный эффект был подтвержден результатами исследования Kiesler и Goldston (1988), которые заключили, что Глория проявляла большую уступчивость по отношению к Эллису, терапевту, взявшему на себя более активную роль. Возникшие МН состояли в обдумывании. Этого следовало ожидать, поскольку данный вид психотерапии представляет собой когнитивно требовательную модель вмешательства, используемую для выявления иррациональных мыслей и замены их более рациональными. Такой тип нового содержания типичен для МН с обдумыванием.

Несмотря на явные различия между тремя сессиями, в высказываниях клиентки присутствовали также общие проблемные аспекты и моменты новизны. Во-первых, важно отметить, что конкретное содержание ее высказы-

ваний было включено в определенной культурный фон, явно коренящийся в американском контексте и дискурсах 1960-х годов, касающихся женщин и сексуальности. Присутствовал скрытый дух культурного нарратива, явно ограничивавший возможности Глории по созданию собственных смыслов. Ее мысли вращались вокруг таких вопросов, как утверждение женской сексуальности и противостояние традиционным моральным стандартам. Анализ общих черт затронутых на сессиях проблемных аспектов подтверждает эти соображения. Проблемные аспекты, представленные на трех сессиях, касались трудности самоутвердиться против потенциальной критики, а также неприятия моральных и социальных стандартов. Указанная трудность выражалась двумя путями: потребностью быть принятой и чувством неполноценности в сравнении с другими. Более того, материалы трех сессий позволяют предположить, что указанные две основные проблемы подпитывают друг друга. В частности, не соответствуя своим и чужим ожиданиям, Глория чувствовала себя не только отвергнутой, но и худшей среди других. В свою очередь, поиск поддержки со стороны других обычно являлся для нее способом преодоления чувства своей неполноценности (например, на сессиях с Роджерсом или Перлзом). В этом смысле, два проблемных вопроса (потребность в принятии другими и чувство неполноценности), вероятно, действовали по замкнутому кругу с взаимными влияниями, подпитывая трудность в самоутверждении против потенциальной критики или отвержения.

Что касается новизны в рассказах, то выявленные типы МН принадлежали, преимущественно, к МН с обдумыванием и протестом. Эти результаты согласовались с результатами прежних исследований в данной области. Можно было ожидать, что МН с реконцептуализацией и осуществлением изменений окажется мало или их не будет совсем, так как исследования основывались на первых сессиях психотерапии, а данные типы МН чаще имеют место на более поздних этапах психотерапевтического процесса (Gonçalves et al., 2009b, Matos et al., 2009).

Тематический анализ МН позволил провести более точную идентификацию у Глории новых нарративных позиций касательно ее проблем. На сессиях с Роджерсом и Перлзом тематическое разнообразие, по-видимому, указывает на последовательный процесс от формулировки проблемы к появлению новизны. Он начинался с исследования проблемы и продолжался в форме ее постепенного прояснения, запускавшего процесс более ясного нарративного понимания проблемы. На сессии с Роджерсом темы развивались от прояснения того, что можно сделать в отношении дочери до принятия себя, а на сессии с Перлзом новизна развивалась от самозащиты до самоутверждения. На сессии с Эллисом, даже при отсутствии тематического разнообразия, единственная появившаяся тема развивалась от исследования причин ее трудностей в привлечении понравившихся ей мужчин до большей уверенности в том, что в отношениях с ними следует проявлять искренность.

Эти результаты тематического анализа конгруэнтны с результатами предыдущего исследования Ribeiro et al. (2011), позволившими заключить, что терапевтическая беседа, касающаяся новых тем, повышает гибкость в развитии еще большего числа тем, а их раскрытие может стать доминирующим и привести к новому полному рассказу о себе. Более того, хотя МН указывают

на степень выраженности изменения (например, их доля, более или менее развитые типы), именно темы МН помогают лучше понять его эволюцию.

Мы можем также кратко обсудить связь между МН и их темами. Обдумывание являлось самым частым типом МН, оно присутствовало при разработке разных тем. Этот вывод конгруэнтен с результатами предыдущих исследований, в которых обдумывание выступает самым распространенным типом МН, а также с теоретическим предположением, что оно является базовой формой МН, которую следует далее расширять, чтобы добиться значительных клинических изменений (Gonçalves et al., 2009b; Gonçalves, Mendes et al., 2010; Matos et al., 2009; Mendes et al., 2010). МН с протестом включали темы, связанные с противостоянием чужой критике (например, «самозащита» и «самоутверждение»). Наконец один МН с реконцептуализацией, имевший место на сессии с Роджерсом, включал сразу три новые темы («прояснение того, что можно сделать в отношении дочери», «положительные эмоции по отношению к себе» и «принятие себя»), связанные с одним аспектом проблемного рассказа о себе («мои трудности в решении сексуальных проблем»). Все эти три темы указывают на возросшую способность Глории противостоять отвержению и повышение у нее степени принятия себя. Эти результаты иллюстрируют сложность МН с реконцептуализацией и возможность интеграции в них различных тем.

Главное ограничение настоящего исследования состоит в том, что оно фокусируется лишь на первых терапевтических сессиях, тогда как применяемые в нем методы обычно используются для изучения более продолжительных последовательностей сессий. Другой важный аспект связан с тем, что терапевтические сессии происходили в необычном контексте, так как участники знали о предстоящем обнародовании сессий. В частности, психотерапевты намеревались как можно полнее представить свои терапевтические модели за короткое время, а это могло повлиять на методики работы (например, вмешательства могли быть направлены прицельно на достижение определенных результатов). В свою очередь, Глория, зная о цели и обстоятельствах проводимых сессий, могла чувствовать себя обязанной следовать за терапевтами, проявляя изменения, которые могли бы не произойти в ином терапевтическом контексте. Наконец, с Глорией работали три психотерапевта друг за другом в течение короткого времени. Этот фактор мог повлиять на результат, так как невозможно было проконтролировать взаимное влияние этих последовательных событий. Однако, поскольку проводился естественный эксперимент, ответы на эти вопросы останутся практически неизвестными. Например, могло случиться, что положительный опыт сессии с Роджерсом, на которой клиентка чувствовала себя защищенной и понятой, повлиял на ход последующих сессий (Глория, возможно, сравнивала Эллиса и Перлза с Роджерсом). Кроме того, число сессий было весьма ограниченным (всего три), поэтому нельзя ожидать значительных изменений за столь короткое время. Наши результаты согласуются с этими ожиданиями; число моментов новизны варьирует, но остается сравнительно низким, а основные типы МН, в основном, соответствуют ожидаемому паттерну (преобладает обдумывание и протест).

Литература

1. Alves, D., Fernández-Navarro, P., Baptista, J., Ribeiro, E., Sousa, I., & Gonçalves, M. M. (2014). Innovative moments in grief therapy: The meaning reconstruction approach and the processo of self-narrative transformation. *Psychotherapy Research*, 24, 25–41. doi:10.1080/10503307.2013.814927
2. Alves, D., Mendes, I., Gonçalves, M. M., & Neimeyer, R. A. (2012). Innovative moments in grief therapy: Reconstructing meaning following perinatal death. *Death Studies*, 36, 795–818. doi:10.1080/07481187.2011.608291
3. American Psychological Association. (Producer). (2009). *Psychotherapy in six sessions series [DVD]*. Retrieved from <http://www.apa.org/videos/>
4. American Psychological Association. (Producer). (2011a). *Three approaches to psychotherapy with a female client: The next generation [DVD]*. Retrieved from <http://www.apa.org/videos/>
5. American Psychological Association. (Producer). (2011b). *Three approaches to psychotherapy with a male client: The next generation [DVD]*. Retrieved from <http://www.apa.org/videos/>
6. Attride-Sterling, J. (2001). Thematic networks: An analytic tool for qualitative research. *Qualitative Research*, 1, 385–405. doi:10.177/146879410100100307
7. Bento, T., Ribeiro, A. P., Salgado, J., Mendes, I., & Gonçalves, M. M. (2014). The narrative model of therapeutic change: An exploratory study tracking innovative moments and protonarratives using state space grids. *Journal of Constructivist Psychology*, 27(1), 41–58. doi:10.1080/10720537.2014.850373
8. Bohart, A. C., & Wade, A. G. (2013). The client in psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 219–257). Hoboken, NJ: Wiley.
9. Boritz, T. Z., Angus, L., Monette, G., & Hollis-Walker, L. (2008). An empirical analysis of autobiographical memory specificity subtypes in brief emotion-focused and client-centered treatments of depression. *Psychotherapy Research*, 18, 584–593. doi:10.1080/10503300802123245
10. Botella, L., Herrero, O., Pacheco, M., & Corbella, S. (2004). Working with narrative in psychotherapy: A relational constructivist approach. In L. E. Angus & J. McLeod (Eds.), *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory, and research* (pp. 119–1136). Thousand Oaks, California: Sage. doi:10.4135/9781412973496
11. Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2004). The influence of client variables on psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 194–226). New York: Wiley & Sons.
12. Cornelius-White, J. H. D. (2008). Reexamination of Roger' (1959) collection of theories on the person-centered approach. Person-

- Centered and Experiential Psychotherapies, 7(3), 201–208. doi:10.1080/14779757.2008.9688465
13. Cunha, C., Gonçalves, M. M., Hill, C. E., Mendes, I., Ribeiro, A. P., Sousa, I.,...Greenberg, L. S. (2012). Therapist interventions and client innovative moments in emotion-focused therapy for depression. *Psychotherapy*, 49, 536–548. doi:10.1037/a0028259
 14. Cunha, C., Gonçalves, M. M., Valsiner, J., Mendes, I. & Ribeiro, A. P. (2012). Rehearsing renewal of identity: Reconceptualization on the move. In M. C. Bertau, M. M. Gonçalves, & P. Raggat (Eds.), *Dialogic formations: Investigations into the origins and development of the dialogical self* (J. Valsiner, series editor) (pp. 205–233). Charlotte, NC: IAP, Information Age Publications.
 15. Dolliver, R., Williams, E. L., & Gold, D. C. (1980). The art of Gestalt therapy: or What are you doing with your feet now? *Psychotherapy: Theory, Research and practice*, 17(2), 136–142. doi:10.1037/h0085903
 16. Ellis, A. (1995a). Changing rational-emotive therapy (RET) to rational emotive behavior therapy (REBT). *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 13(2), 85–89. doi:10.1007/BF02354453
 17. Ellis, A. (1995b). Reflections on rational-emotive therapy. In M. J. Mahoney (Ed.), *Cognitive and constructive psychotherapies: Theory, research and practice* (pp. 69–73). New York: Springer.
 18. Ellis, A. (1999). Why rational-emotive therapy to rational emotive behavior therapy? *Psychotherapy: Theory, Practice, & Training*, 36, 154–159. doi:10.1037/h0087680
 19. Ellis, A., Shaughnessy, M. F., & Mahan, V. (2003). An interview with Albert Ellis about rational emotive behavior therapy. *North American Journal of Psychology*, 4(3), 355–366.
 20. Essig, T. S., & Russel, R. L. (1990). Analyzing subjectivity in therapeutic discourse: Rogers, Perls, Ellis, and Gloria revisited. *Psychotherapy: Theory, Practice, & Training*, 27, 271–281. doi:10.1037/0033-3204.27.2.271
 21. Fernald, P. S. (2000). Carl Rogers: Body-centered counsellor. *Journal of Counselling & Development*, 78, 172–179. doi:10.1002/j.1556-6676.2000.tb02575.x
 22. Gazzola, N., & Stalikas, A. (2004). Therapist interpretations and client processes in three therapeutic modalities: Implications for psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 14(4), 397–418. doi:10.1037/1053-0479.14.4.397
 23. Gonçalves, M. M. Narrative change and symptom change in CBT, in preparation.
 24. Gonçalves, M. M., Gabalda, I. C., Ribeiro, A. M., Pinheiro, P., Borges, R., Sousa, I., & Stiles, W. B. (2014). The innovative moments coding system and the assimilation of problematic experiences scale: A case study comparing two methods to track change in change in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 24, 442–455. doi:10.1080/10503307.2013.835080

25. Gonçalves, M. M., Matos, M., & Santos, A. (2009a). Manual for the innovative moments coding system, Version 7.2. Unpublished manuscript, University of Minho, Braga, Portugal.
26. Gonçalves, M. M., Matos, M., & Santos, A. (2009b). Narrative therapy and the nature of “innovative moments” in the construction of change. *Journal of Constructivist Psychology*, 22, 1– 23. doi:10.1080/10720530802500748
27. Gonçalves, M. M., Mendes, I., Cruz, G., Ribeiro, A. P., Sousa, I. Angus, L., & Greenberg, L. S. (2012). Innovative moments and change in client-centered therapy. *Psychotherapy Research*, 22, 389–401. doi:10.1080/10503307.2012.662605
28. Gonçalves, M. M., Mendes, I., Ribeiro, A., Angus, L., & Greenberg, L. (2010). Innovative moments and change in emotion-focused therapy: The case of Lisa. *Journal of Constructivist Psychology*, 23, 267–294. doi:10.1080/10720537.2010.489758
29. Gonçalves, M. M., & Ribeiro, A. (2012). Narrative processes of innovation and stability within the dialogical self. In H. J. M. Hermans & T. Gieser (Eds.), *Handbook of dialogical Self Theory* (pp. 301–318). New York: Cambridge University Press.
30. Gonçalves, M. M., Ribeiro, A., Mendes, I., Matos, M., & Santos, A. (2011). Tracking novelties in psychotherapy process research: The innovative moments coding system. *Psychotherapy Research*, 21(5), 497–509. doi:10.1080/10503307.2011.560207
31. Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., Silva, J., Mendes, I., & Sousa, I. (in press). Narrative innovations predict symptom improvement: Studying innovative moments in narrative therapy of depression. *Psychotherapy Research*. doi:10.1080/10503307.2015.1035355
32. Gonçalves, M. M., Santos, A., Matos, M., Salgado, J., Mendes, I., Ribeiro, A. P.,...Gonçalves, J. (2010). Innovations in psychotherapy: Tracking the narrative construction of change. In
33. J. D. Raskin, S. K. Dridges, & R. Neimeyer (Eds.), *Studies in meaning 4: Constructivist perspectives on theory, practice, and social justice* (pp. 29–64). New York: Pace University Press.
34. Gonçalves, O. F., & Machado, P. P. P. (1999). Narrative in psychotherapy: The Emerging Metaphor [Special issue]. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 1179–1177. doi:10.1080/03069889608260407
35. Hill, C. E., Knox, S., Thompson, B. J., Nutt Williams, E. N., Hess, S. A., & Ladany, N. (2005). Consensual qualitative research: An update. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 196–205. doi:10.1037/0022-0167.52.2.196
36. Hill, C. E., & Lambert, M. J. (2004). Methodological issues in studying psychotherapy processes and outcomes. In M. J. Lambert, (Ed.), *Bergin and Garfield’s handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 84–135). New York: Wiley.
37. Hill, C. E., Thames, T. B., & Rardin, D. K. (1979). Comparison of Rogers, Perls, and Ellis on the Hill Counselor verbal response category system. *Journal of Counseling Psychology*, 26(3), 198–203. doi:10.1037/0022-0167.26.3.198

38. Kiesler, D. J., & Goldston, C. S. (1988). Client-therapist complementarity: An analysis of the Gloria films. *Journal of Counseling Psychology*, 35(2), 127–133. doi:10.1037/0022-0167.35.2.127
39. Kirschenbaum, H., & Jourdan, A. (2005). The current status of Carl Rogers and the person-centered approach. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(1), 37–51. doi:10.1037/0033-3204.42.1.37
40. Matos, M., Santos, A., Gonçalves, M. M., & Martins, C. (2009). Innovative moments and change in narrative therapy. *Psychotherapy Research*, 19, 68–80. doi:10.1080/10503300802430657
41. McLeod, J. (2011). *Qualitative research: In counselling and psychotherapy* (2nd ed.). London: Sage.
42. Meara, N. M., Shannon, J. W., & Murray, W. A. (1981). Semantic communication and expectations for counseling across three theoretical orientations.. *Journal of Counseling Psychology*, 28(2), 110–118. doi:10.1037/0022-0167.28.2.110
43. Meier, A., Boivin, M., & Meier, M. (2006). The treatment of depression: a case study using theme-analysis. *Counselling and Psychotherapy Research*, 6, 115–125. doi:10.1080/14733140600718877
44. Meier, A., Boivin, M., & Meier, M. (2008). Theme-analysis: Procedures and application for psychotherapy research. *Qualitative Research in Psychology*, 5, 289–310. doi:10.1080/14780880802070526
45. Mendes, I., Ribeiro, A. P., Angus, L., Greenberg, L., & Gonçalves, M. M. (2011). Narrative change in emotion-focused psychotherapy: A study on the evolution of reflection and protest innovative moments. *Psychotherapy Research*, 21, 304–315. doi:10.1080/10503307.2011.565489
46. Mendes, I., Ribeiro, A. P., Angus, L., Greenberg, L., Sousa, I., & Gonçalves, M. (2010). Narrative change in emotion-focused therapy: How is change constructed through the lens of the Innovative Moments Coding System? *Psychotherapy Research*, 20, 692–701. doi:10.1080/10503307.2010.514960
47. Moon, K. (2007). A client-centered review of Rogers with Gloria. *Journal of Counseling & Development*, 85, 277–285. doi:10.1002/j.1556-6678.2007.tb00475.x
48. Perls, F. S. (1969). *Gestalt therapy verbatim*. Lafayette, California: Real People Press.
49. Ribeiro, A. P., Bento, T., Gonçalves, M. M., & Salgado, J. (2010). Commentary: Self-narrative reconstruction in psychotherapy: Looking at different levels of narrative development. *Culture & Psychology*, 16, 195–212. doi:10.1177/1354067X10361400
50. Ribeiro, A. P., Bento, T., Salgado, J., Stiles, W., & Gonçalves, M. M. (2011). A dynamic look at narrative change in psychotherapy: A case study tracking innovative moments and protonarratives using state space grids. *Psychotherapy Research*, 21, 54–69. doi:10.1080/10503307.2010.504241
51. Ribeiro, A. P., Gonçalves, M. M., & Ribeiro, E. (2009). Processos narrativos de mudança em psicoterapia: Estudo de um caso de sucesso de terapia

- construtivista [Narrative change in psychotherapy: A good outcome case of constructivist therapy]. *Psychologica*, 50, 181–203. doi:10.14195/1647-8606_50_9
52. Rogers, C. (1974). *A Terapia centrada no cliente* [Client-centered therapy]. Lisboa: Moraes Editores.
 53. Santos, A., Gonçalves, M. M., & Matos, M. (2011). Innovative moments and poor outcome in narrative therapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 11, 129–139. doi:10.1080/14733140903398153
 54. Santos, A., Gonçalves, M., Matos, M., & Salvatore, S. (2009). Innovative moments and change pathways: A good outcome case of narrative therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82, 449–466. doi:10.1348/147608309X462442
 55. Schielke, H., Fishman, J., Osatuke, K., & Stiles, W. (2009). Creative consensus on interpretations of qualitative data: The Ward method. *Psychotherapy Research*, 19, 558–565. doi:10.1080/10503300802621180
 56. Shostrom, E. L. (Producer). (1965). *Three approaches to psychotherapy* [Film]. Orange Country, CA: Psychological Films. Shostrom, E. L., & Riley, C. M. D. (1968). Parametric analysis of psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 32 (6), 628–632. doi:10.1037/h0026596
 57. Weinrach, S. G. (1986). Ellis and Gloria: Postive or negative model? *Psychotherapy: Theory, Practice, & Training*, 23(3), 642–647. doi:10.1037/h0085670
 58. White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.
 59. Wickman, S., & Campbell, C. (2003). An analysis of how Carl Rogers enacted client-centered conversation with Gloria. *Journal of Counseling and Development*, 81, 178–184. doi:10.1002/j.1556-6678.2003.tb00239.x

К. Арнольд

Напевая или хмыкая² вместе:

Значение мм-хмм в психотерапевтической коммуникации³

Аннотация.

Еще в своей работе 1994 года Феррара указывает на то, что 19–35% высказываний психотерапевтов в сеансе это вариации мм-хмм⁴. Тем не менее, пока это явление очень мало обсуждается в литературе. Согласно теории лингвистики, мм-хмм представляет собой ответ говорящему, подтверждающий его или ее право продолжать держать слово. В психотерапии мм-хм еще раз подтверждает право пациента расширять разговор и роль терапевта как слушателя. Так как мм-хмм звучат ненавязчиво и неоднозначно, бессознательные проблемы в терапевтических отношениях могут передаваться через их вариации. Психотерапевты должны понимать функцию мм-хмм в поддержании структуры терапевтических отношений и иметь в виду, что их можно легко задействовать в обслуживании бессознательной коммуникации.

Ключевые слова: обратный канал, лингвистика, психотерапия, мм-хмм, язык, невербальный, коммуникация, контрперенос

Как терапевты, мы в основном считаем, что нужно обращать внимание на то, что мы говорим (это правильная, хорошая вещь). Некоторые клиницисты (врачи, психологи) часами настраивают формулировку вмешательства, пока она не станет правильной. Даже наименее навязчивый (обсессивный) среди нас, как правило, интересуется значением и влиянием слов, которые мы используем, если только оглядывается назад.

Обсуждая кейсы, мы проводим много времени говоря о том, что нам сказать или о том, что мы сказали. Мы можем иметь разные причины для этого: эго-психолог может быть в основном озабочен тактом и точностью слов, тогда как психотерапевту может быть, более любопытно, что ее (его) слова говорят о контрпереносе. Но, несмотря на эти различия в фокусе, мы все уделяем внимание тому, что мы говорим. Даже самый бестактный терапевт, несущий лингвистический бред, как будто он в китайском магазине, склонен беспокоиться об этой бестактности, если она проявляется в ее или в его сознании. Психотерапевт, которому наплевать на свой разговор, может быть интересным терапевтом для изучения, но это не тот терапевт, которым большинство из нас хотели бы быть.

На самом деле, мы привыкли так думать о разных типах разговоров. Мы интересуемся нашими вопросами, открыты ли они, или закрытого типа, требующие (директивные) или освобождающие (фасилитирующие). Мы счи-

2 ХМЫКАТЬ, хмыкаю, хмыкаешь, несовер. (разг.). Произносить “хм”, “гм”, проявляя удивление, иронию, досаду или, иногда, не выражая определенного отношения к чему-нибудь. <https://dic.academic.ru/dic.nsf/ushakov/1081978> (на перевод именно этой статьи нас вдохновили сессии Карла Роджерса – прим. переводчика)

3 Автор благодарит Кэтлин Савино, MFA, за ее бесценные комментарии к предыдущим вариантам этой статьи.

таем, что наши метафоры могут указывать на невысказанные измерения в терапевтическом процессе. Мы беспокоимся о том, являются ли наши интерпретации язвительными или бессвязными. Мы думаем о денотациях⁵ и коннотациях⁶ наших слов. С лингвистической точки зрения у терапевтов есть огромное количество вещей, на которые нужно обращать внимание.

Однако, как ни странно, в этой области мало что сказано о наиболее распространенных высказываниях терапевтов во время сеанса. Чаще всего терапевты не задают вопрос, не разъясняют или интерпретируют, а произносят «мм-хмм». Исследования показывают, что междометия, типа мм-хмм составляют примерно 19–35% высказываний терапевтов (Феррара, 1994). Поп-культура это прекрасно понимает, терапевт часто изображается как загадочная фигура, сидящая за кушеткой, и говорящая немного больше, чем мм-хмм, которое может перемежаться с редкими: «Расскажи мне о своей матери». Тем не менее, мы, кажется, мало думаем о наших мм-хмм. Мы редко говорим о них в презентациях, несмотря на то, что они явно преобладают почти во всех полных протоколах сессий терапии. Стажеры не берут супервизий по поводу своих мм-хмм и не спрашивают о них. Думаю, многие из нас знают, что мы говорим о мм-хмм немного.

Но по большей части я не думаю, что мы знаем почему. Как выразились Герхардт и Beyerle (1997, стр. 21): мм-хмм и подобные высказывания «имеют свойство проскользнуть сквозь сетку того, что кажется значимым для терапевтического процесса». Заимствуя концепцию экзистенциальной мысли, мы могли бы говорить о том, что мм-хмм не сформулированы и не составляют психотерапевтический дискурс. Мм-хмм - игнорируемый фон сознательной речи терапевта.

Современная психодинамическая мысль уделяет все большее внимание таким игнорируемым деталям текущих психотерапевтических взаимодействий. Бостонская Группа изучения процесса изменений (Наум, 2005 г.) утверждает, что большая часть психотерапевтического взаимодействия происходит в области невербальных и бессознательных реляционных воспоминаний, которые подсознательно формируют отношения людей друг к другу, особенно на локальном уровне. Решающее значение для их концепции бессознательного взаимодействия имеет понятие небрежность (нечеткость): посекундные движения - взаимодействия в терапии обязательно неопределенны и неточны. Небрежность (нечеткость), как утверждает Бостонская группа исследования Процесса изменений, это отчасти результат нечетких намерений: одна интерпретация намерений и смысла поведения другого человека обязательно неточна. В результате наши от момент к моменту реакции на отношение другого человека строятся на шатком основании предположений о том, что поведение другого может значить.

В данной статье я исследую один конкретный фрагмент локального уров-

5 По сути, mm-hmm – можно перевести на русский язык следующими способами - мм, ммм, ага, угу, мм-хмм, хм, гм, кхм, мmmm, мmmmm, хмм (примечание переводчика).

6 Коннотация — сопутствующее значение языковой единицы. Коннотация включает дополнительные семантические или стилистические функции, устойчиво связанные с основным значением в сознании носителей языка (прим. Переводчика)

ня нечеткости: значение слова «мм-хмм» в речи терапевта. Хотя мм-хмм может показаться приземленной вокализацией, это загадочно и осмысленно. Мм-хмм, если использовать известную фразу Уильяма Блейка, «мир в песчинке» (ср. Stern, 2004). Есть бесчисленное множество способов какими мм-хм могут быть произнесены, включая вариации интонации, лицевые экспрессии, объем, частоту и время. Эти вариации могут иметь значение для межличностного процесса в терапевтическом сеансе. И наоборот, некоторые аспекты мм-хмм кажутся неизменными и универсальными, и это тоже может быть информативным.

Конфронтация пациента

Хотя какое-то время назад меня мало интересовало значение мм-хмм, меня побудила уделить этому внимание сессия с чрезвычайно творческой и вдумчивой пациенткой. Пациентка, молодая женщина, тонко знающая нюансы моего поведения, высказала некоторые жалобы на мой терапевтический стиль. Она жаловалась что я веду себя как стереотипный терапевт, спрашивая ее о таких вещах, как «Как вы к этому относитесь?» когда я должен был бы сам понять, что она чувствует. Затем она сказала удивленным, но обиженным тоном: «А почему ты говоришь? «Мм-хмм» на все, что я говорю? Почему терапевты всегда так поступают?» Я внезапно понял, что я говорил мм-хмм в ответ на все ее жалобы, в течение почти 15 минут, и совершенно не подозревал о то, что делал это.

Я был ошеломлен. Я понятия не имел, что ей сказать. Почему я сказал мм-хмм? Что я делал? Ее вопрос был справедливым. Я, кажется, говорил мм-хмм совсем немного, не только для нее, но и для всех моих пациентов. Мне стало неловко. В конце концов, я часто просил это, прямо и косвенно, чтобы обратить внимание на что-то и поразмышлять над ее речью. Если это так, то разве из этого не следует, что я должен размышлять над моей речью точно так же? Зачем мне было изучать что она делала, когда я понятия не имел о том, что делаю я? Я думаю она заслуживала ответа, но у меня его не было. Просто сказать ей, что я не знаю, в данном случае, как мне кажется, было несправедливым и пренебрежительным с моей стороны. Поинтересоваться, что стояло за этим ее вопросом, казалось хотя и потенциально продуктивным, но, видимо, воспринимаемым как еще один стереотипный маневр терапевта. Я подумал, и дал ей лучшее объяснение, которое я мог найти. То, что я сказал, было чем-то примерно таким: «Думаю, главная причина, по которой я говорю мм-хмм, - это показать, что я все еще здесь и слушаю вас». Она кивнула, но выглядела скептически. Я добавил: «Мне было бы трудно не сказать мм-хмм, потому что я не уверен, как еще я бы делал это время от времени. Но я мог бы попытаться говорить это реже, и посмотреть, как это будет».

До конца сеанса я пытался подавить свои мм-хмм. Делать так было сложно и казалось неестественным. Мои усилия подавить мм-хмм, однако обратили мое внимание на моменты, когда они хотели всплывать. И я определенно хотел много сказать этими мм-хмм. Я делал это, привлеченный ее застенчивой и самоуничижительной речью, чтобы успокоить ее, показать, что я ее слышу. Молчание казалось отталкивающим. Мне казалось, что мне нужно сказать что-то. С другой стороны, я обнаружил, что моя

пациентка говорила с такими малыми паузами, что часто было трудно сказать что-нибудь кроме мм-хмм не прерывая ее - и прерывая ее я также чувствовал себя отвергающим. Мм-хмм, я заметил, это то, что можно сказать, пока она говорила, не показывая этим прерывание. Мои мм-хмм, очевидно, были частью продолжающегося принятия, с помощью которого моя пациентка обходила свою и нашу уязвимость. Они были верхушкой айсберга отношений.

Я намерен проиллюстрировать, приведенную выше виньетку, несколькими моментами.

Прежде всего, мы можем не осознавать наши мм-хмм. Дело в том, что любой терапевт мог неоднократно произносить эти междометия в течение 15 минут, не осознавая этого и это, на мой взгляд, поразительно. Безусловно, некоторые из причин моего невнимания к моим мм-хмм явно связаны с особенностями клинической диады. Мое невнимание было отчасти защитным. Было более комфортно не видеть нашу межличностную блокировку, чем видеть ее, по крайней мере, проявляя некоторое уважение. Может, я тоже был наивен. С этой точки зрения мне просто не было достаточно интересно то, что происходило в комнате. Это может быть правдой, но это еще не все. Мм-хмм, как я буду утверждать ниже, по своей природе более невосприимчиво к аналитическому вниманию, чем большинство других высказываний терапевтов. На них труднее смотреть. В результате они особенно легкая добыча для контрсопротивления, принятия и даже простого отсутствия любопытства. Их трудно осознать и удержать.

Кроме того, мм-хмм часто наполнены эмоциональным смыслом. Возможно именно потому, что их трудно заметить, мм-хмм всегда готовые средства для бессознательных действий и коммуникации. Когда им уделяют внимание, они могут раскрыть богатый субстрат клинического значения.

Наконец, и это, пожалуй, самое главное, отсутствие любопытства по поводу наших мм-хмм ставит нас в невыгодное клиническое положение. Хорошо это или нет, имея идею рассказать пациенту, почему мы говорим мм-хмм, мы должны подумать о «Зачем». Как отметил Феррара (1994), частое употребление нами слова «мм-хмм» является драматическим отходом от социальных условностей. По этой причине, на мой взгляд, наши непрекращающиеся мм-хмм кажутся многим пациентам странными. Терапевты имеют некоторое представление о своих других отклонениях от социальных условностей. Например, мы много думаем, зачем проявлять любопытство, о вещах, о которых неудобно говорить, почему мы не общаемся с нашими пациентами, почему мы заканчиваем сеансы в определенное время и почему мы делаем много других странных вещей, которые делают терапевты. Когда пациенты спрашивают нас об этом, мы обычно размышляем годами и вся клиническая литература нужна, чтобы было на что опираться при формулировании наших мыслей. Чтобы мы выбрали сказать что-то или не сказать, у нас есть приблизительное представление о том, где мы находимся и что мы делаем. Наши ответы могут быть «шаблонными», сбивающими с толку или бесполезными, но по крайней мере мы можем показать, что думали о них. Это не часто случается с мм-хмм.

Универсальные функции Мм-Хмм

После неформального опроса других терапевтов, почему они говорят так много мм-хмм, я получил самые разные отзывы. Некоторые утверждают, что они произносят мм-хм, чтобы дать пациенту понять, что его слушают, как я сказал своей пациентке. Другие сказали мне, что у мм-хмм есть много разных функций, которые различаются в зависимости от контекста, в котором это произносится. Салливан (1954) сообщает об использовании мягкого рычания для облегчения перехода от одной темы к другой в первичном интервью. Havens (1986, стр. 43) предполагает, что подобное высказывание «Да» часто используется для «обозначения внимания» и составляет то, что он называет «своего рода минимальное сочувствие». (Ши [1998] говорит то же самое об «ага».) В исследовании психоаналитического процесса Висси и Maskit (2007) предлагают, что мм-хмм является индикатором присутствия слушающей стороны. Бостонская группа исследований процесса изменений (Nahum, 2005) анализирует несколько примеров «ага» в клинической расшифровке (транскрипте). Они предлагают один такой пример, ответ терапевта пациенту, который упоминает сон, который кажется насыщенным смыслом, может нечетко передавать несколько вариантов (значения «ага») от «вперед»: продолжайте, до «потому что я пытаюсь быть с вами», «потому что я еще недостаточно понял, и мне нужно понять больше», «Потому что мне пока нечего сказать», «потому что я не знаю, где вы находитесь», или потому что «мне нужно больше времени». Они также приводят другие примеры, использования Ага (Угу), которые, как они предполагают, указывают на то, что терапевт ожидает, пока материал раскроется, и поощряет пациента продолжать искать ее или его собственный путь исследования материала.

Хотя ни одно из этих представлений о функциях мм-хмм не является неверным, все они ограничены. Резкое мм-хмм, произнесенное в раздраженном тоне и с закатыванием глаз не означают, что я слушаю, но то, что я нетерпелив и хочу, чтобы вы пошли дальше. Мм-хмммм, которые медленно растянуты, с постепенно нарастающей интонацией и сопровождаются сужением зрачка, указывают не на сочувствие, а на скептицизм. Как подразумевает Бостонская Исследовательская группа, изучающая «Процесс изменений», по мнению Наума (2005), мм-хмм может иметь множество значений. Его значение, однако, не бесконечно меняется. На протяжении всех разнообразных итераций мм-хмм, работает общая реляционная функция .

Исследователи в области лингвистики концептуализируют мм-хмм как канал обратной связи (Ингве, 1970). В любой момент разговора, коммуникации говорящего считаются занимающими передний канал, поскольку выступающий держит слово, и его речь является основной. Канал обратной связи (обратный канал) состоит из коротких высказываний, которые слушатель дает как обратную связь докладу спикера. Общие каналы обратной связи на английском языке включают высказывания, такие как как «да, правильно, мм-хмм, и хорошо».

Эти короткие ответы являются факультативными (необязательными) и не требуют подтверждения со стороны докладчика. Они в основном сигнализируют о том, что говорящий может продолжать говорить, хотя он также может

выражать понимание, внимание и признание. Каналы обратной связи иногда делятся на лексические (слова) и нелексические (несловесные) категории. Мм-хмм, таким образом, лингвистически классифицируется как нелексический обратный канал.

На основе лингвистического исследования речи терапевтов, Феррара (1994) приходит к выводу, что терапевт использует сигналы обратной связи, такие как мм-хмм, чтобы регулировать поток терапевтического разговора. Согласно лингвистике, основная динамика любого разговора меняется. Я говорю, а затем даю вам более-менее равный шанс поговорить.

Однако с психотерапией все иначе. В рамках терапии разговорные повороты терапевта и пациенты неравны. Обычные условности разговора приостановлены и пациенту предоставляется расширенное пространство для высказываний. По сути, пациенту предоставляется слово.

Такие высказывания, как мм-хмм, утверждает Феррара, составляют минимальный разговорный виток со стороны терапевта, который подтверждает право пациента на виток увеличенной длины.

В этом смысле «мм-хмм» связано с типом вмешательства, которое Габбард (2004) называет «поощрением к уточнению», что примерно эквивалентно «расскажите мне больше».

Согласно исследованию Феррары, пациенты часто испытывают терапевтические рамки, сигнализируя о том, что они готовы уступить слово терапевту. Например, они могут использовать нисходящую интонацию, удлиненные слоги и фразы, такие как «вы знаете». Этими сигналами, пациенты сообщают, что теперь настала очередь терапевта говорить. В такие моменты терапевтического сеанса терапевт может произнести мм-хмм, чтобы сигнализировать, что он не планирует разговаривать, и что вместо этого пациент может продолжить разговор, развернув его.

В этом смысле, мм-хмм, неоднократно восстанавливает терапевтические отношения говорящего и слушающего. Произнесение мм-хмм и подобных форм обратной связи является основным строительным блоком (фундаментом) взаимоотношений терапевта и пациента.

Двусмысленность Мм-Хмм

С точки зрения пациента, мм-хмм по своей сути неоднозначно, потому что кратко и нелексично.

Его значение почти полностью зависит от контекста, а не представляет нечто внутреннее. Сравните мм-хмм с «да». У «да» есть значение независимо от контекста. Даже без контекста мы знаем, что что-то согласовывается или утверждается, даже если мы не знаем что. Мм-хмм само по себе не занимает позицию, не передает смысла: все это означает, что кто-то еще может продолжить разговор. Значение мм-хмм - все в контексте и стиле выражения - его интонации, громкости и звучании. Действительно, стандартная функция мм-хмм может потребовать, чтобы оно было лишено внутреннего значения. Высказывания с большим количеством конкретных значений не могли бы действовать так же эффективно, как сигналы для принятия расширения разговора.

Мы можем сравнить мм-хмм со словесными высказываниями, которые могут служить аналогичным функциям. «Хорошо», например, также может быть сигналом обратной связи для расширения разговора. Однако, поскольку «хорошо (о, кей)» является лексическим, оно несет в себе дополнительный семантический багаж. «Хорошо» буквально означает, что замечания собеседника приемлемы (или, если использовать это иронически, что они неприемлемы). По сути, имеет качество как знак препинания. Оно не поощряет расширения разговора как мм-хмм.

Представьте себе, например, что пациент говорит о болезненном опыте, например, о смерти члена семьи. Когда пациент говорит о своих воспоминаниях об умершем и ее или его чувстве печали, терапевт в ответ повторяет «хорошо, хорошо, хорошо» во время пауз в речи пациента. Возможно, что повторение терапевтом «хорошо (окей)» в таком контексте будет воспринято как резкое и бесчувственное, тогда как терапевт, который повторял мм-хмм, был бы более легко воспринят как чутко слушающий пациента.

Тем не менее именно потому, что мм-хмм - это высказывание с недостаточной информацией, оно легко заполняется переносным материалом. Во время моей психотерапии, пациент преподал мне мощный урок того, как эта характеристика мм-хмм может способствовать разрыву в терапевтическом союзе. На одной сессии взволнованный студент начал с того, что у него складывается поверхностное взаимодействие с другими студентами, хваля их интеллект и потенциал. Зная, что мой пациент защищался, но не зная, что делать дальше, я просто внимательно слушал и акцентировал мое слушание мм-хмм. Пациент стал заметно более обеспокоен, и через несколько минут обвинил меня в «игре властью». Когда я исследовал, что имел в виду пациент, он сообщил, что чувствует, как я доминировал над ним, «ничего не говоря» и «фыркающая ммм, мм-хмм». Он воспринял мои двусмысленные вокализации как намеренно сдерживающие и враждебные. Он был намного старше меня и чувствовал, что я не имел права действовать для него как «врач». Кажется, он чувствовал, что я напыщенно изображал из себя авторитетную фигуру, отказавшись уравнивать отношения, приняв разговорный оборот. Он не воспринимал мм-хмм, как бесппроблемное поощрение к подробному описанию. Скорее, двусмысленность мм-хмм вызвала его враждебные проекции.

Shea (1998, стр. 85) утверждает, что с враждебными пациентами, в целом, вокализации, такие как «ага» могут быть контрпродуктивными. Он сообщает об одном инциденте, в котором он опрашивал пациента в состоянии алкогольного опьянения в отделении неотложной помощи.

Этот сердитый пациент ответил, имитируя ухмылку Шиа, агрессивно повторял: «Ты психиатр, да, ты психопат». Через несколько минут пациент совершил физическое нападение на сотрудника.

Мм-хмм невосприимчиво к осознанию

Что такое мм-хмм? Словесное высказывание? Нет. Хотя мм-хмм вокализация, это не вербализация (Bucci & Maskit, 2007). Ммм это не слово. Мм-хмм почти музыкально, почти пение с закрытым ртом (мурлыканье, жужжание, гудение). Это как если бы терапевт напевал под песню пациента, создавая фоновую мелодию. Мм-хмм - технически невербальное общение, вроде по-

жания плечами или кивания головой. Однако, в отличие от этих форм невербального языка тела, мм-хмм не видно невооруженным глазом. Это вокализация, которая не включает никаких видимых движений губ, просто вибрация голосовых связок. Мм-хмм - невидимый невербальный знак, обходящий сенсорную модальность, с помощью которой мы распознаем большинство невербальных коммуникаций, то есть, зрение. Более того, поскольку мм-хмм - это пример обратной связи по обратному каналу для говорящего, он призван занять второстепенное место в разговоре. По определению, обратные каналы не требуют подтверждения или ответа в диалоге (Ward & Tsukahara, 2000). Они созданы, чтобы ускользнуть из поля зрения. Именно ускользнув от зрения (как от радара), обратные каналы могут выполнять свою основную функцию: одобрение продолжения речи говорящего, не прерывая ее (Буччи и Маскит, 2007). Обратные каналы (каналы обратной связи) обязательно существуют на полях разговора. Это их принадлежность.

Наконец, мы не можем легко контролировать мм-хмм. Мм-хмм обычно приходит непрошено. Слушая рассказ пациента, мы не думаем какой вариант мм-хмм мы должны озвучить, чтобы поощрить его или ее продолжать. В большинстве случаев «мм-хм» возникает рефлекторно, как реакция на клиентскую речь, а не намеренное вмешательство (Герхардт И Beyerle, 1997). В этом смысле мм-хмм можно сравнить с Концепцией «тики» Салливана (1940). Салливан считал тики символическими жестами, выражающими действия, которые кажутся лично бессмысленными и механическими. Однако, по словам Салливана, эти, казалось бы, бессмысленные тики - это диссоциативные выражения межличностных импульсов. Мм-хмм сходно с этим в том, что является в значительной степени автоматическим и не испытывается как что-то значимое. Однако в отличие от тики Салливана, мм-хмм кажется механическим не потому, что его значение всегда защитно диссоциировано, а потому, что оно представляет собой своего рода разговорное эхо речи другого человека. Мм-хмм никогда не может возникнуть после молчания и не может начать разговор. Это почти чисто реактивно. Если бы говорящий говорил: «Марко», мм-хмм слушателя было бы «Поло!» Мм-хмм это автоматическая часть коммуникативной игры. Мы произносим его, чтобы мяч продолжал двигаться.

По этим причинам «мм-хмм», по сути своей, бывает трудно понять. Так как это невербальная вокализация, мы не можем слушать ее так, как мы слушаем речь и не смотрим на нее так, как мы можем смотреть на язык тела. Поскольку мм-хмм является обратным каналом, его основная функция помещает его в фон диалога. Оно предназначено для того, чтобы его игнорировали. Потому что мм-хмм происходит автоматически, оно кажется говорящему бессмысленным. По этим причинам мм-хмм может функционировать как скрытый канал связи, встроенный в базовую структуру терапевтических отношений. Через обратный канал, бессознательные, контрпереносные сообщения могут быть доставлены контрабандой, инкогнито.

Иными словами, можно представить себе мм-хмм как тик-подобное замаскированное действие, как кажущийся подходящим обратный канал к терапевтическому общению, но также выполняющий ту же диссоциативную функцию, что и тики у Салливана. Ниже я рассмотрю несколько вариантов мм-хмм, которые могут указывать на бессознательные проблемы в терапевтических отношениях.

Прерывающее Мм-хмм

Как я упоминал ранее, «мм-хмм» можно произносить одновременно с клиентской речью, не воспринимая это как прерывание. Однако, это не всегда так. Иногда мм-хмм может прервать речь пациента. В этих случаях функция обратного канала мм-хмм скомпрометирована. Вместо того, чтобы быть фоновым сигналом для пациента «продолжай говорить», мм-хмм выходит на передний план как нарушение речи пациента.

Несвоевременное мм-хмм

Если, например, частота произнесения мм-хмм асинхронна с частотой речи пациента, она может действовать как прерывание. Обычно наши мм-хмм синхронизируются с переходами в речи пациента. Мы, как правило, не вынуждены произносить мм-хмм, когда пациент находится в середине своей мысли. Если пациент говорит мне: «Я думал о том, что я сказал вам вчера, что мой отец критиковал меня, и я понял, что тоже чувствую, что вы меня критикуете», - я бы, скорее всего, произнес «мм-хмм» во время перехода (как запятую) между «я» и «и». Мм-хмм, может произноситься одновременно с произнесением пациентом «И», но, вероятно, тогда оно не будет восприниматься как прерывание. Это соответствовало бы ритму речи пациента и означало что-то вроде «Я с тобой, продолжай».

Что, если бы я вместо этого произнес «мм-хмм», когда пациент сказал «критикуется»? В этом случае, мм-хмм, сделает что-то другое. Оно нарушит естественную ритмичность речи пациента и скроет слово «критикуется». Оба эти эффекта могут заставить нас задуматься, а мм-хмм может быть воспринято как критика пациента терапевтом. Нарушая речь пациента, терапевт может неявно передать пациенту что-то вроде: «То, что вы говорите, неприемлемо и я не хочу этого слышать». Несвоевременный мм-хмм может также представлять бессознательное сопротивление принятию того, что говорится, невольная попытка защищаться от критических чувств по отношению к пациенту чрезмерно ободряющими мм-хмм. Если это так, то внимание к несвоевременным мм-хмм может быть использовано для выявления враждебного взаимодействия между терапевтом и пациентом.

Стоит подумать, всегда ли несвоевременные мм-хмм показывают враждебность терапевта. Несомненно, несвоевременные мм-хмм указывают на какое-то несоответствие между терапевтом и пациентом. Это несоответствия между речью терапевта и пациента.

Слишком громкое мм-хмм

Иногда, произнеся мм-хмм, я обнаруживал, что его объем был необычно громким или приглушенным. Приглушенный мм-хмм может быть компромиссом между стремлением обеспечить минимальное сочувствие и опасением, что что-нибудь больше - что-нибудь громче - может быть навязчивым. Иногда это произносится, когда пациент оказывается в центре особенно болезненной истории. И наоборот, слишком громкие мм-хмм, например, несвоевременные мм-хмм, могут быть сигналами враждебности со стороны терапевта. Иногда они могут также быть выражением увлечения терапевта интересным материалом, волнением, которое грозит выйти за границы, которые обычно не дают терапевту самому захватить разговор.

На одном сеансе мы с пациенткой искали плодотворный материал, связанный с постоянным опытом пациентки ощущать себя в ловушке работы и отношений. После некоторой начальной когнитивной работы над автоматическими мыслями и связанными с ними переживаниями, пациентка начала вспоминать детские чувства, когда она была заперта в туалете опекунами в качестве наказания. В восторге от нового материала и его связи с представлением проблем пациентки, я ответил громким возгласом Мм-хмм! Я был достаточно дисциплинирован, чтобы воздерживаться от обсуждения (того, что говорит пациентка), но недостаточно осознанным, чтобы мое волнение не просочилось через канал обратной связи. Хотя пациентка, казалось, не заметила громкого мм-хмм, я обратил внимание на это и, исследуя произошедшее, осознал, что я отключился от болезненного эмоционального содержания переживания пациентки быть запертой в туалете. Одна из причин моей эмоциональной разобщенности заключалась в том, что пациентка говорила небрежным способом, который опровергал то, что должно было чувствоваться, когда она была заперта. Частью динамики этой пациентки было стремление защитить себя от чувств болезненной уязвимости, отмежевавшись от них и приняв искусственно уверенное и открытое отношение к этому. Произошла бессознательная идентификация, в которой я невольно принял ее излюбленное защитное поведение, при прослушивании ее болезненных воспоминаний. Слишком громкое мм-хмм было проявлением моего контрсопротивления.

Мм-хм как заполнитель

Мм-хмм может выступать в качестве заполнителя, как суррогат речи терапевта, которая требуется в терапевтическом взаимодействии, но по какой-либо причине, на самом деле не говорится. Как молчание, мм-хмм может быть методом заполнения времени, когда человек еще не знает, что сказать, или не может сказать то, что хочется сказать.

Мм-хмм как знак (жетон, карточка, флажок) присутствия в отсутствии терапевта

Хирш (2008) показывает, как психотерапевты, испытывающие конфликты, могут легко впасть в безмолвную пассивность на сессиях вместо активной работы присутствия. Иногда, как отмечает Хирш, такой уход терапевта может быть избеганием гнева пациента. Дискомфорт от его или ее отступления может вынудить эмоционально отсутствующего терапевта предложить «жетоны» в целях защиты его или ее присутствия, чтобы прикрыть это отступление. Эти несмелые сигналы функции присутствия нужны, чтобы скрыть и компенсировать уход терапевта. Это, как если бы отстраненный терапевт сказал: «Нет, я действительно здесь, действительно слушаю, верю, даже если это не выглядит или не кажется, что я здесь». Мм-хмм может быть одним из таких «жетонов». Пациенты с быстрой речью и отклоняющиеся от темы могут подтягивать такую динамику. Одна пациентка терапевта, под моей супервизией, начала сеанс с жалобы на взаимодействие с членами ее семьи, и когда ее спросили о ее чувствах по поводу этих взаимодействий, она перешла к предоставлению подробных историй о каждом члене семьи, отвлекаясь на

несвязанную информацию о их одежде или покупательских привычках, что, в свою очередь, привело к дальнейшему отвлечению от других проблем. Вместо того, чтобы предложить убедительный рассказ о своем опыте, пациентка представила серию разворачивающихся отступлений. Когда терапевт прервал пациентку, чтобы попытаться сфокусировать обсуждение, пациентка пришла в ярость и воскликнула, что ей нужен терапевт, который знал бы всю информацию, которую она предоставила, чтобы лучше понять ее точку зрения. Терапевт отреагировал отстранением, часто издавая мм-хмм, чтобы подтвердить свое присутствие. Shea (1998) называет такое подразумеваемое поощрение отвлечения пациента, «сопровождением заблудившегося».

Мм-хмм как знак отсутствия понимания терапевта

Помимо символа присутствия в эмоциональном отсутствии терапевта, мм-хмм может быть знаком непонимания. Это может проявиться как компромисс в сложных ситуациях, когда терапевт чувствует себя обязанным понимать речь пациента, но не может этого сделать. Например, пациент с травмой в анамнезе имел тенденцию сообщать о вызывающих чувство стыда травматических событиях быстрым потоком речи, которая была слишком быстрой и беспрестанной, для того, чтобы ее можно было сразу понять. Если его прерывали, в любом месте во время этого изложения, он прерывал терапевта как критика и переставал продолжать. В свете этой закономерности я обработал травмирующий материал, произнеся как знак мм-хмм, когда пациент первоначально рассказывал о своих переживаниях и ждал, пока первоначальное изложение было закончено, прежде чем вернуться и прояснить, что именно он сказал. По сути, мои мм-хмм брали кредит доверия под предполагаемое будущее понимание.

Иногда я обнаруживал, что неловко говорю мм-хмм, когда пытаюсь слушать психотический материал, которого я не могу понять. Один пациент, одинокий мужчина с диагнозом шизофрения сказал мне, что он «главный взломщик кода», в играх с цыплятами и другими животными. Этих животных можно было заменять друг на друга или на другие вещи в определенных шаблонах. Например, можно заменить курицу на козу, апельсин или дождливый день. Правила замены, если и были какие-то, были совершенно непонятны. Было очевидно, что у пациента развилась тщательно продуманная система символов и он очень хотел представить ее мне. Я чувствовал, что ему нужно, чтобы я понял его систему достаточно хорошо, чтобы оценить ее изысканность. Однако система была слишком сложной и загадочной. Мне следовало понять, но мой пациент не мог объяснить, как это работает без предоставления более сложных примеров из той же системы. Я чувствовал, как будто мне подарили прекрасное произведение искусства, но мне не хватало компетенции его ценить. Более того, я знал, что пациент не сможет объяснить мне его систему, как бы я ни старался ее понять. Итак, я подумал и выразил признательность за несколько аспектов того, что сказал мой пациент, которые я мог понять, и сопровождал мм-хмм остальные аспекты.

В данном случае мои мм-хмм были лукавством. Я знал, что пациент хотел, чтобы я понял его систему, и что если я представлю неоднозначную реакцию после выражения моей признательности, он прочитает эту двусмысленность

как понимание. По сути, я участвовал в пассивном обмане моего пациента. На самом деле я не ожидал того, что пойму его систему символов, но подыграл его иллюзии, что я понимаю. Мм-хмм был компромиссом между моей потребностью выразить благодарное понимание и фактом, что мне не хватало настоящего понимания. Оглядываясь назад, мне пришло в голову, что в грандиозном рассказе пациента о мастерстве взломщика кодов, возникло внутреннее противоречие. Чтобы доказать, что некто является мастером взломщиком кода, нужно иметь невероятно сложный код для взлома. В этом случае код был создан тем же человеком, которому было поручено взломать его. Если некто является одновременно взломщиком кода и генератором кода, он находится в парадоксальном положении, создавая настолько сложную систему кода, что она ускользает от понимания, а затем взламывает тот же самый код. Возможно мой пациент не понимал свою собственную систему символов, созданную им же самим, и мой пассивный обман отозвался эхом его самообмана в его собственном рассказе. Если это так, позволение моему пациенту ошибочно полагать, что я понял его Код, было подтверждением его грандиозного представления о том, что в консультативном кабинете он был главным взломщиком кода. На мгновение я, как и мой пациент, был искусственным взломщиком кода, который не мог понять код, который предполагал взломать.

Акцентированное Мм-Хмм как вспомогательное (фасилитирующее) высказывание

Ши (1998) обсуждает, как «ага» часто используется в функции вспомогательного (фасилитирующего) высказывания. Фасилитирующие высказывания противоположны символическому присутствию. Они указывают на терапевта, который полностью вовлечен, всем сердцем в высоком ценении и понимании рассказа пациента и энергично поощряет пациента продолжить. Они предполагают, что чувства терапевта к пациенту положительные и искренние.

Хотя эти высказывания неоднозначные, они далеки от нейтральности. Они часто произносятся относительно громко, с повышением тона и часто сопровождаются кивком головы. Мой знакомый пошел к терапевту, чей подход, структурированная когнитивно-поведенческая техника, противоречил его предпочтению более недирективного психотерапевтического процесса. Однако терапевт часто и с энтузиазмом кивал и одобрял во время сеансов. По этой причине мой знакомый посчитал, что терапевт «Действительно понял», и он продолжал посещать занятия, в конце концов состоялся продуктивный курс терапии, хотя в целом клиническая техника терапевта не соответствовала его потребностям.

Иногда, однако, даже самое, казалось бы, упрощенное использование слова «мм-хмм» при ближайшем рассмотрении может оказаться бессознательным разыгрыванием. Один из моих пациентов, Роберт, был молодым человеком, страдавшим депрессией, в течение нескольких месяцев после потери работы бухгалтером. Роберта злобно дразнили его сослуживцы и он часто жаловался своему руководителю. Его начальница в ответ скептически потребовала от Роберта подробности, из-за которых Роберт чувствовал себя обесцененным и критикуемым. Руководитель конфронтровала с коллега-

ми Роберта, но они ответили только ростом их издевательств. Со временем начальница становилась все более разочарованной поскольку ее попытки разрядить ситуацию оказались неэффективными. Однажды, Роберт, который был доведен до предела, заплакал. Руководитель, в ответ, остро отреагировала и отвела Роберта в отделение неотложной помощи. Роберт был помещен под наблюдение и освобожден от работы. Когда Роберт вернулся чтобы работать, поддразнивание усилилось. Коллеги Роберта присвоили ему такие имена, как «сумасшедший» и «псих». Роберт все больше отказывался от своих коллег, которые, в свою очередь, стали более агрессивными. В конце концов, Роберт не мог больше терпеть. Он столкнулся с несколькими своими коллегами и громко воскликнул, что они должны оставить его в покое. Руководитель Роберта посчитала его иррациональным и уволила.

Роберт был направлен ко мне после неудачного курса терапии в другой клинике. На сессиях со мной Роберт чередовал периоды относительной разговорчивости и сдержанного молчания. Когда речь Роберта останавливалась и замедлялась, я часто повторял мм-хмм, мм-хмм, чтобы поощрить его открыться больше. Хотя я также задавал много вопросов и использовал много рефлексивного слушания, мм-хмм было важной частью моего взаимодействия с Робертом.

Я верил, что был теплым и ободряющим. Однако я был обеспокоен тем, что депрессия Роберта не исчезла после нескольких месяцев. Когда я исследовал этот вопрос, Роберт сообщил, что чувствовал себя скорее хуже, чем лучше после сеансов терапии. Он сказал, что не должен быть в депрессии и к этому времени ему должно было бы стать лучше. Он также сказал, что его жена часто выражала беспокойство по поводу его ухода из дома в одиночестве, потому что боялась, что он может «сойти с катушек». Роберт заговорил так что, слова словно вылетали из него. Казалось, ему нужно выразить его чувства по поводу этих проблем. По мере дальнейшего изучения проблем, однако Роберт становился все более замкнутым. Я спросил его, как он чувствовал себя, когда говорил со мной об этих проблемах. «Я не хочу, чтобы вы думали, что я сошел с ума, - сказал он. Эта сессия закончилась тем, что Роберт буквально вывалился из комнаты, выглядя побежденным.

Обдумывая свой образ действий, я предположил, что, поскольку Роберт, казалось, чувствовал необходимость выразить свои чувства, это было против его желания, от этого ему было так неудобно. Скорее должно быть что-то пошло наперекосяк с тем, как он чувствовал, что я его слышу. Я размышлял о его боязни, что я сочту его сумасшедшим, и понял, что Роберт, полагал что терапия должна была быть подтверждением оскорбительных замечаний его коллег о нем. Занимаясь психотерапией, Роберт, должно быть, чувствовал, что он подтверждает, поклепы коллег на него как на «психа». Когда я произносил мм-хмм снова и снова, Роберт, должно быть, представлял, что я, как и его начальница, заставлял его показать больше своего сумасшествия. Более того, все взаимодействие со мной было для Роберта, вероятно, реконструкцией взаимодействия с его супервизором (руководителем). Я понял, что всякий раз, когда Роберт замолкал, я беспокоился. Как супервизор (руководитель) Роберта, я чувствовал, что все больше разочаровывался, поскольку мои постоянные попытки помочь ему были неэффективными. Я чувствовал

себя бессильным и защищающимся, так как казалось, что меня отвергают и игнорируют. Мои попытки побудить Роберта говорить, бессознательно, передавали мои негативные чувства тоном и ритмом.

Вооружившись этими формулировками, я начал следующий сеанс, с уверения Роберта в том, что я думаю, что он хорошо работает над собой, и что, в отличие от его коллеги, я не считаю его «сумасшедшим». Я объяснил ему что многие люди идут на терапию, чтобы работать над собой, и в этом нет ничего стыдного. Я подчеркнул, что я не похож на его коллег, и что я восхищаюсь людьми, которые работают над собой. Я даже сказал ему, что я много лет проходил психоанализ, работая над собой. В ответ, Роберт раскрылся. Он сообщил мне то, что скрывал от меня на протяжении всей предыдущей сессии. Роберт, который был очень умным и чувствительным, сказал мне, что думает о помощи сыну друга с его школьным домашним заданием. Он сказал, что очень волновался, что я бы мог подумать, что он не может безопасно взаимодействовать с сыном друга или с любым другим ребенком. Роберт был уверен, что я тоже беспокоюсь, когда он находится рядом с детьми. Я заверил его, что это абсолютно не тот случай и я думаю, что он будет отличным учителем. Я дал ему знать, что если бы я не был его терапевтом и имел детей, мне было бы совершенно комфортно видеть, что он их наставляет. Роберт был рад услышать мои заверения. Он просиял. Это была первая сессия за несколько месяцев терапии, в течение которых Роберт покинул кабинет, чувствуя себя лучше, чем когда он пришел. С этого момента терапия стала заметно более успешной. К концу лечения Роберт смог найти новую должность и установить прочные отношения со своими коллегами.

В моей работе с Робертом я сознательно планировал мм-хмм как фасилитаторское высказывание, подсознательно воспроизводя травмирующее отношения Роберта со своим супервизором (руководителем). Давя на Роберта, чтобы он сказал мне больше с мм-хмм, я невольно разыграл роль его начальника, который ответил на его травму, практически допрашивая его. Изучение происходящего в традиционной аналитической манере не было эффективным, так как Роберт воспринимал любой запрос или интерпретацию как неявное сообщение о том, что он сошел с ума. Я смог нарушить это представление, только открыто и неоднократно заверяя Роберту, что я смотрел на него иначе, чем его жестокие коллеги.

Один эффект анализа Мм-Хмм

В процессе написания этой статьи я получил заметный и неожиданный опыт.

Казалось, чем больше я писал о мм-хмм, тем меньше клинические примеры его функционирования проявлялись в моей практике. Хотя я не проводил количественного исследования частоты «мм-хм» в моей практике, я чувствую, что говорю это гораздо реже, чем до того, как начал проект. Раньше я много говорил мм-хмм; теперь я говорю это мало. В какой-то степени оно потеряло контроль над мной как терапевтом и исчезло прочь. Я часто нахожу моменты, когда раньше мог бы произнести мм-хмм, но другие вмешательства мне кажутся лучше.

Я все еще, конечно, использую этот обратный канал, но более разнообразными и менее стереотипными путями. Возможно, возникла проблема с тем, что я часто использовал мм-хмм, хотя, с другой стороны, также может быть, что, осознав это, теперь я стесняюсь его использовать.

Независимо от причины сейчас мои мм-хмм редко ускользают от моего внимания. Я чувствую что моя общая практика обогатилась лучшим пониманием этого обратного канала коммуникации, и я призываю других клиницистов предпринять путешествие по исследованию этого феномена.

Литература

1. Bucci, W., & Maskit, B. (2007). Beneath the surface of the therapeutic interaction: The psychoanalytic method in modern dress. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55, 1355–1397.
2. Ferrara, K. (1994). *Therapeutic ways with words*. New York: Oxford University Press.
3. Gabbard, G. (2004). *Long term psychodynamic psychotherapy: A basic text*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
4. Gerhardt, J., & Beyerle, S. (1997). What if Socrates had been a woman? *Contemporary Psychoanalysis*, 33, 367–410.
5. Havens, L. (1986). *Making contact: Uses of language in psychotherapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
6. Hirsch, I. (2008). *Coasting in the countertransference: Conflicts of self-interest between analyst and patient*. Boca Raton, FL: CRC Press.
7. Nahum, J. P. (2005). The “something more” than interpretation revisited: Sloppiness and co-creativity in the psychoanalytic encounter. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53, 693–729.
8. Stern, D. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: Norton.
9. Shea, C. (1998). *Psychiatric interviewing: The art of understanding*. Philadelphia: W. B. Saunders.
10. Sullivan, H. S. (1940). *Conceptions of modern psychiatry*. New York: Norton.
11. Sullivan, H. S. (1954). *The psychiatric interview*. New York: Norton.
12. Ward, N., & Tsukahara, W. (2000). Prosodic features which cue back-channel responses in English and Japanese. *Journal of Pragmatics*, 32, 1177–1207.
13. Yngve, V. (1970). On getting a word in edgewise. *Papers from the Sixth Regional Meeting, Chicago Linguistic Society*, 568.

Выбор – это минимум свободы, который есть у каждого из нас.

Аноним

Натура и культура рассматриваются в статье как два вектора развития человека, поддерживаемые двумя психическими «полюсами» – социальным имаго, ответственным за социализацию, и сущностью, ответственной за аутентификацию. В контакте с этими «полюсами» аутентичный центр инициативы человека генерирует процессы персонализации / индивидуализации и персонификации / индивидуации, формируя индивидуальность и индивидуальность, соответственно. В рамках этой теоретической схемы соотносятся и в определенной степени интегрируются обычно противопоставляемые психологические теории и исследовательские традиции. Традиционно, отечественная академическая (теоретическая) психология рассматривала лишь половину данной схемы (социализация – индивидуализация) как единственно существующую. Однако современная отечественная психология существует теперь также в качестве практической психологии и, в частности, в качестве психотерапии. В качестве такой психологической практики ей приходится иметь дело с разнообразием сложнейших психических феноменов индивидуальной жизни, которые не укладываются в академические мировоззренческие схемы и от которых она не может абстрагироваться. Но именно в рамках мировой психотерапии сложилось понимание, что чрезмерный акцент на «других», на «социуме» является не столько единственно возможным путем развития человека, сколько путем его невротизации. В качестве теоретических обоснований рассматриваемых двух векторов развития человека (натуры и культуры) в статье представлены человекоцентрированный (натурно-аисторический) подход К. Роджерса и культурно-историческая концепция Л. Выготского. Сама схема конкретизирована культурологическим и психолого-психотерапевтическим материалом. Два вектора развития могут быть представлены различными речевыми стилями, уровнями сампринятия, типами самоотношения и самовыражения. Конкретная эмпирическая личность является, как правило, результатом одновременного развития человека в соответствии с двумя данными векторами, представляет собой совокупность индивидных и индивидуальных характеристик. Осознание данного факта может послужить основанием для самоисследования и личного выбора траектории дальнейшего развития либо как осознанной персонализации, либо как осознанной персонификации.

Ключевые слова: индивидуализация, индивидуальность, индивидуация, индивидуальность, личность, персонализация, персонификация, социализация, сущность, человек.

Для начала определим основные понятия данной статьи. В этих целях из нескольких сотен определений **культуры** мы возьмем три определения, принадлежащих известным отечественным авторам. Так, Ю. М. Лотман пишет:

«Культура — совокупность всей ненаследственной информации, способов ее организации и хранения... Однако культура — не склад информации. Это чрезвычайно сложно организованный *механизм*, который хранит информацию, постоянно вырабатывая для этого наиболее выгодные и компактные способы... Культура — гибкий и сложно организованный *механизм* познания» (Лотман, 2000, с. 395 – *езде курсив наш. – А.О., Н.О.*). И далее уточняет свою мысль: «С точки зрения семиотики, культура представляет собой *коллективный интеллект и коллективную память*, то есть *надындивидуальный механизм* хранения и передачи некоторых сообщений (текстов) и выработки новых» (Там же, с. 673 – *езде курсив наш. – А.О., Н.О.*). Согласно В. С. Степину, культура выступает как «система *исторически развивающихся надбиологических программ* человеческой жизнедеятельности (деятельности, поведения и общения), обеспечивающих воспроизводство и изменение *социальной жизни* во всех ее основных проявлениях» (Степин, 1999, с. 61 – *езде курсив наш. – А.О., Н.О.*). Еще один важный аспект определения культуры предлагает М. Веллер: «В широком смысле слова: культура — это совокупный *продукт* человеческой деятельности, отделенный как *объект* от создавшего его субъекта» (Веллер, 2003, с. 266 – *езде курсив наш. – А.О., Н.О.*).

Исходя из вышеприведенных определений культуры, определим **натуру** как совокупность всей наследственной информации, способов ее организации и хранения, существующую также не как склад информации, но как чрезвычайно сложно организованный *организм*, который хранит информацию, постоянно вырабатывая для этого наиболее выгодные и компактные способы; натура — гибкий и сложно организованный *организм* познания. Натура также представляет собой *индивидуальный* (бессознательный) интеллект и *индивидуальную* (бессознательную) память, то есть *индивидуальный организм*, обеспечивающий хранение и передачу некоторых сообщений (семантик, текстов в широком смысле слова) и выработки новых. Натуру можно определить также и как систему *вне-исторически существующих биологических программ* человеческой жизни (действия, поведения и общения), обеспечивающих воспроизводство и изменение *индивидуальной* биологической жизни во всех ее основных проявлениях, и как совокупный *источник* человеческой жизнедеятельности, как ее действительный *субъект*.

Natura vs. Cultura

Отечественная психология в советский период опиралась на культурно-историческую теорию Л.С. Выготского (Выготский, 2005), сформулированную в работе «История развития высших психических функций», которую сейчас рассматривают как «посмертную фальсификацию наследия».⁷ Однако эта теория стала парадигмой для многих исследований не только в психологии, но и в смежных гуманитарных областях (Романов, 2014). Широкая социальная (и не только педагогическая) практика получила научную психологическую поддержку. Идея превращения натуральных психи-

⁷ Возможная цель данной фальсификации состояла в том, чтобы утвердить преемственность между работами Л.С. Выготского и А.Н. Леонтьева и скрыть тот схи́зис, которых наметился в 1930-е годы прошлого века в их воззрениях (в том числе и на проблему соотношения природы и культуры в психическом развитии человека) (Орлов, 2003).

ческих функций в высшие, культурно обусловленные, идея преобразования натурального индивида *homo sapiens sapiens* в культурную человеческую личность (даже индивидуальность) была не только доминирующим научным ориентиром, но и подлинным «символом веры» ученых-гуманитариев нескольких поколений. В результате оформилось устойчивое научно-практическое упование на то, что человеческая природа разгадана, и ее тайна состоит в том, что она – *культура*.

Любой тезис чреват антитезисом. Бум генетических исследований уже в прошлом веке поднял вопрос о том, не является ли вся культура – всего лишь «расширенным фенотипом», «длинной рукой гена», и нужно вести споры не о социальной, а о генетической инженерии (Докинз, 1999). Более того, одним из приложений стремительного развития компьютеризации оказывается идея киборгов – возможной новой генерации людей, сращенных с гаджетами, чья исходная биологическая природа будет дополнена или даже замещена компьютерными устройствами, созданными в недрах культуры.

Конечно, ни генная, ни компьютерная инженерии, формирующие «нового человека» в обход долгого диалогического процесса воспитания и образования, вовсе не гарантируют ни сохранения старого генетического кода «усиленными» индивидами, ни обретения ими нового культурного качества. Иными словами, вторая натура не обязательно окажется действительно культурой, как не обязательно человек, пересевший с лошади в танк, становится образованнее, культурнее и гуманнее. В итоге мы рискуем просуммировать не столько плюсы натуры и культуры, сколько их минусы, и получить не сверхчеловека, а новый подвид, для которого человечество окажется конкурентом за ресурсы, приемлемым лишь в резервации, если не на кладбище.

Именно поэтому сейчас как никогда раньше остро стоит вопрос о сущности человека в ее отношениях с натурой и культурой. Не претендуя на исчерпание этой темы, попробуем заострить некоторые моменты, которые нам кажутся принципиальными, и проблематизация которых не может быть убаюкана привычным умиротворяющим дуалистическим заявлением, что человек и биологичен, и социален.

Персонализация как ответ на социализацию

В отечественной психолого-педагогической науке понятию социализации отводилась ведущая позиция, при этом социализация понималась как необходимое и, в общем-то, достаточное основание для формирования личности. Философско-методологическими основаниями концепции социализации были атеистические (Бог и душа не существуют), материалистические (материя первична) и социалистические (общество первично) идеи. Благодаря им социализация оказалась уникальным и единственным процессом, делающим из индивида (человеческой биологической особи) личность. Иными словами, человек в качестве личности оказывался не только *объектом*, но и *продуктом* социализации.

Поскольку главное психологическое условие, обеспечивающее социализацию, фиксировалось понятием интериоризации внешнего для человека культурно-исторического опыта, то собственная активность человека понималась как более или менее адекватное и полное «усвоение», «овладение» и

«научение». Поэтому далее в статье под *социализацией* мы также будем понимать *интериоризацию социального опыта* (фактуальных знаний, поведенческих паттернов, мыслительных операций, мировоззренческих положений и т.д.). При этом социум (начиная от семьи и заканчивая глобализованным человечеством) и культура (во всех своих проявлениях) рассматривалась как «зона развития» не только ребенка, но и человека вообще. В зависимости от того, насколько богата или бедна социальная среда, каким типом культуры⁸ она представлена, в каком политическом и правовом поле существует, на каком уровне материально-технического развития находится, мы будем иметь как различные потенциальные возможности для становления личности, так и различные запреты и ограничения. При этом запреты и ограничения также интериоризируются индивидом в ходе социализации.

«Персонализация», предложенная А.В. Петровским, уравнивала социализацию и описывала противоположный по направленности процесс – не от социума к индивиду, а от индивида – к социуму (Петровский, 1981).

Эти два взаимоподдерживающих процесса – социализацию и персонализацию – можно представить следующей схемой (см. Рис. 1):

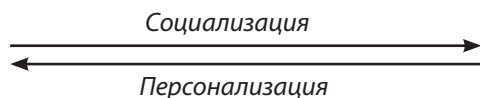


Рис. 1. Соотношение процессов социализации и персонализации

Возникает вопрос: как следует назвать «полюса», генерирующие эти процессы?

Очевидно, что на *экстрапсихическом уровне* можно говорить об элементах системы «социум – человек». Эта система в предельной философской абстракции выглядит как «Другой – Я», а в конкретных приложениях – как «родитель – ребенок», «учитель – учащийся», «семья – член семьи», «коллектив – человек», «государство – гражданин» и т.д.

На *интрапсихическом уровне* такими «полюсами» являются интрапсихические инстанции, которые поддерживают эти процессы. Вслед за Х. Кохутом (Кохут, 2003) мы будем называть их «родительское имаго» и «центр инициативы», соответственно. Согласно психоаналитической традиции – это «полюса», вокруг которых формируются такие психические центры, как Супер-Эго и Эго, соответственно. При этом мы предполагаем, что в процессе своего развития Эго может «смещаться» то к «родительскому имаго», то к «центру инициативы». При достаточно плотной идентификации Эго с «родительским имаго», можно говорить о формировании «ложного Я» (Винникотт, 2006). Напротив, при идентификации Эго с «центром инициативы» формируется «истинное Я» человека. Однако «родительское имаго» также является инициативной инстанцией (и подчас настолько инициативной, что полностью

8 В данном случае мы имеем в виду не только культурологическую гипотезу множественности культур (О. Шпенглер, Н.Я. Данилевский, А. Тойнби), но и, например, деление культуры на симпрактическую и теоретическую (Романов, 2014) или деление культуры на «алфавитную» и «синоиероглифическую» (Кобзев, 2015).

заглушает все остальные интрапсихические инстанции). Поэтому мы будем называть «центр инициативы» «аутентичным центром инициативы», а «родительское имаго» понимать предельно широко, как «социальное имаго», не ограничивая «полюс» Супер-Эго моральными правилами и запретами, а рассматривая его как совокупность всех форм существования социо-культурного опыта индивида.

При этом мы полагаем, что Эго человека активно отзывается как на голос «социального имаго» (социализацию), так и на эманации «аутентичного центра инициативы» различными встречными процессами. Ответ Эго «социальному имаго» представляет собой процесс персонализации, ответ Эго «аутентичному центру инициативы» предполагает еще один важный психический процесс, который мы называем «персонификацией» (Орлов, 1995а, 1995б, 2002; Орлов, Орлова, 2011). Благодаря этим процессам человек может, с одной стороны, активно жить в совершенно разных социальных средах, осваивать принципиально новый культурный опыт меняя одну социо-культурную среду на другую (например, овладевать иностранным языком или менять вероисповедание). С другой стороны, он способен творить, создавая новое, и переживать «нуминозные» (К.Г. Юнг), трансперсональные состояния и транскультурный (например, религиозный или эстетический) опыт и т.д.

Если рассматривать взаимосвязь процессов «социализации – персонализации» в целом, то их можно представить как многослойное кольцо обратных связей, существующих сначала для младенца экстрапсихически через реальную родительскую фигуру (взрослого/взрослых), и в дальнейшем интериоризируемую им в качестве интрапсихической инстанции «социального имаго». Можно предположить, вслед за Х. Кохутом, что первичная психическая структура человека устроена таким образом, что потенциально включает в себя «представительство» будущего родительского образа. Используя философскую терминологию, можно сказать, что в психике человека существует выделенный «локус», который в дальнейшем заполняется тем или иным содержанием «социального имаго». При отсутствии человеческой фигуры, эту функцию могут брать на себя животные (феномен детей-маугли), что влияет на формирование поведенческих реакций, которые не могут быть устранены простым помещением ребенка в человеческое окружение. Иными словами, психика человеческой особи генетически предусматривает «пустоту», «лакуну», которая может быть заполнена «социальным имаго».

Философски-методологический вопрос о том, как в принципе оказывается возможным существование такого «локуса», выходит за рамки данной статьи. Однако можно предположить, что неоснащенность человека инстинктивными поведенческими цепочками привела к тому, что существующее в биологической оснастке некоторых видов импринтинговое поведение было «расширено», что сделало возможным формирование и изменение поведения через научение без привязанности к возрастному периоду (хотя, возможно, след такой «привязки» сохранился в феномене «сензитивных периодов»). В силу этого и для пожилых людей не закрыта возможность обучения новому, даже если это дается не так легко, как в юности.

Рассматривая этот «контур обратных связей», можно сказать, что понятие Л.С. Выготского «зона ближайшего развития» как раз и создается

качеством и количеством таких обратных связей. В силу этого педагогический процесс, как процесс направленной социализации, является более успешным в том случае, когда экстрапсихические (ребенок – взрослый) и интрапсихические (аутентичный центр инициативы – социальное имаго) «полюса» именно *взаимодействуют*, являются активными и «настроенными» друг на друга. Если же один из полюсов пассивен, то процесс не получает эффекта «синергичности». Еще больше дело осложняется, если один из «полюсов» находится в фазе активного или пассивного *противодействия* или полностью захватывает контроль.

Соотношение процессов персонификации и аутентификации

Традиционно, отечественная академическая психология рассматривает этот «контур» активности (социализация – персонализация) как единственно существующий. Разделяя атеистические и материалистические мировоззренческие установки, психология как научное *теоретизирование* оказывается встроенной в заранее заданную «картину мира»⁹. Однако современная отечественная психология существует также в качестве практической психологии. И в качестве психологической *практики* ей приходится иметь дело с разнообразием сложнейших психических феноменов, которые не укладываются в академические мировоззренческие схемы, и, например, в качестве *психотерапии* она не может не реагировать на различные ситуации, которые академической наукой легко «выносятся за скобки».

Поэтому не удивительно, что именно в рамках психотерапии сложилось понимание, что чрезмерный акцент на «других», на «социуме» является не столько единственно возможным путем развития человека, сколько путем его невротизации. Именно такой путь приводит к формированию невротического жизненного стиля, подробно описанного К. Хорни (Хорни, 2006), А. Миллер (Миллер, 2003) и К. Роджерсом (Роджерс, 2014) и так суммированного Л.Б. Волынской: 1) движение к людям, предполагающее подчинение, поклонение и восхищение ими; 2) движение от людей, выражающееся в отталкивании и в отказе от их общества; 3) движение против людей, включающее агрессию, презрение, ненависть (Волынская, 2017). Более того, отказ от тотальной социализации вовсе не предполагает аутизации и деградации личности, но, напротив, рассматривается многими психотерапевтами как «освобождение», «метанойя», «самоосуществление» и т.п.

У следующих за психической феноменологией, а не за господствующей идеологией, психотерапевтов сложилось такое понимание психического развития человека, которое не сводится лишь к процессам социализации и персонализации. Этот иной вектор развития человека обусловлен процессами аутентификации и персонификации. Он оказывается возможным благодаря существованию другого психического «полюса», диаметрально противоположного «социальному имаго». В психотерапевтической традиции он

9 Однако современные науки, в частности физика, вышли на столь далекие рубежи исследования, что от устоявшейся «картины мира» перешли к конструированию различных версий мирового устройства (Грин, 2012), поэтому можно сказать, что современные «научные картины мира» намного фантастичнее самых смелых фэнтези и не являются окончательными онтологиями.

получил множество имен: «Самость» (К.Г. Юнг), «Высшее Я» (Р. Ассаджиоли), «внутреннее Я» (М. Боуэн, К. Роджерс), «Ин-се» (А. Менегетти), «Перзон» (А. Лэнгле), «сущность» (А. Алмаас, А.Б Орлов).

В связи с этим «направленность движения», вектор развития человека может быть не только «к» социуму (в том числе «от» или «против» социума), но и «к» той особой реальности, онтологический статус которой до сих пор остается вопросом веры или философских предпочтений. Но именно с этой реальностью, как с психической реальностью, имеют дело психотерапевты «глубинных» направлений, таких как аналитическая психотерапия, клиентоцентрированная психотерапия, онтотерапия, экзистенциальный персональный анализ и др.

Два взаимоподдерживающих процесса – аутентификацию и персонификацию – можно представить следующей схемой (см. Рис. 2):

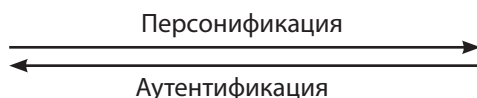


Рис. 2. Соотношение процессов персонификации и аутентификации.

В силу этого в триалогическом подходе (Волкова, Орлов, Орлова, 2010; Орлов, 2002; Орлов, Орлова, Пермгорский, 2012), учитывающем эти два вектора развития человека, предложено различать два воплощающих их процесса: персонализацию и персонификацию.

Два вектора развития человека

Два вектора развития человека, складывающиеся из взаимодействия четырех рассмотренных выше процессов и генерирующих их «полюсов» (см. Рис. 3):

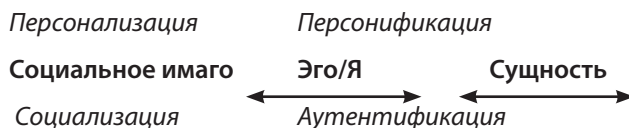


Рис.3. Соотношение процессов социализации/персонализации (между «социальным имаго» и Эго) и аутентификации/персонификации (между Эго и Сущностью).

Человек в пределе является аутентичным центром своей активности (даже если это право у него узурпировано другим человеком или социальными институтами), и эта активность может иметь две диаметрально противоположные формы. Она может принимать как форму индивидуализации и быть направлена на развитие его индивидуальности, так и принимать форму индивидуации и быть направлена на развитие его индивидуности. В первом случае в человеке на основе ожиданий других людей (социума, культуры) формируется как индивидуальность (индивидуальность букв. «нераздель-

ная двойственность»), которая складывается из множества a priori дуальных, двойственных (образующих элементы Персоны и Тени личности) психических комплексов, состоящих из социальных ролей, статусов, социальных знаний, умений, навыков и психофизиологических характеристик, воспринятых, оцененных и конституируемых социумом. Личности традиционно изучаются диагностическими и экспериментальными количественными методами академической психологии, типизируются и классифицируются, образуя некоторые «множества», и поддаются прогнозированию.

Во втором случае происходит становление индивидуности (букв. «неделимости»), поддерживаемой и конституируемой сущностью человека. Индивидуность представляет собой Я человека, возникающее в процессах психотерапии, и может изучаться лишь феноменологическими, качественными методами практической психологии. Индивидуности не могут быть классифицированы и типизированы без потери существенных признаков, не могут быть представлены «множеством», не могут быть спрогнозированы. Иными словами, личность-индивидуальность – это абстрактный, или абстрагированный человек (тип, типаж, персонаж), а индивидуность – это человек конкретный (от *лат.*, *concrecere* – «срастаться»).

Дилемма социализации: гипо- и гипертрофированная личность-индивидуальность

Если в теориях о человеке природный вектор развития «выносится за скобки», то «природа» (*natura*) отождествляется с «социальным» (*cultura*) и человек полагается по-марксистски как «ансамбль общественных отношений», оцениваясь по тому, в какую личность ему удалось оформиться. При этом подход к подобной личности со стороны общества может реализовываться двояким образом.

Первый подход в личности-индивидуальности прежде всего ценит и гипертрофирует личность. Условно его можно назвать нормативным или *социализующим*: человек понимается как личность, только если он соответствует некоторым заданным обществом критериям/нормам («советский человек», «настоящий ариец», «светлая личность» и т.п.), в противном случае он оценивается как «недоличность» (т. е. «недочеловек») или того хуже. Если такая стратегия реализуется государством, то мы имеем вариант тоталитарного отношения к человеку. «Быть личностью» становится не столько «личным делом» каждого отдельного человека, сколько социальным заказом, поэтому больше востребованными (или не востребованными) оказываются те или иные типажы (что нашло отражение, например, в отечественной классической литературе в образах «лишних людей»).

В демократических режимах, наоборот, в личности-индивидуальности гипертрофируется индивидуальность, реализуется *индивидуализирующий* подход, при котором конфигурация каждой личности понимается и оценивается как уникальная *индивидуальность*. В такой индивидуальности ценными оказываются не только предпочтения (изошренность которых, если смотреть с другой теоретической «колокольни», может показаться совершенно абсурдной) и психофизиологические особенности, но даже дефекты понимаются как придающие человеку индивидуализирующие черты.

Очевидно, что оба подхода имеют свои изъяны, которые в массовых масштабах социальной реализации приводят к двум выхолощенным крайностям: стандартизированной личности тоталитарных режимов и изощенной индивидуальности режимов демократических. Второе выглядит лучше первого, только если понимается как единственная альтернатива.

Более того, оба эти подхода сближает неизбежная поляризация личности-индивидуальности на «теневые» и «фасадные» компоненты. В первом случае они оказываются резко разделены на принятые («фасадные») и непринятые, отщепленные, вытесненные и проецируемые вовне («теневые»), а во втором – причудливо перемешаны. В тоталитарных режимах это порождает неизбежный культ личности, «идуших вместе» и т.п. в сочетании с социальной истерией и паранойей, тогда как в демократических социумах это порождает культ индивидуальности, «идуших порознь» в сочетании с индивидуальной психопатологией.

Поэтому для любого социума гуманистический идеал «гармонично развитого человека» остается пустой абстракцией, а в области сущего существует социальный заказ, который, как правило, ограничивается запросом на профилированную нормативную личность, обладающую определенным набором качеств и навыков, необходимых для воспроизводства и развития социальных практик в широком смысле этого слова. Таков, например, с одной стороны, образ неприхотливого в быту и трудолюбивого «хомо советикуса», нужного для воспроизводства великой социалистической державы, а с другой, – образ изощенной потребителя товаров и услуг, обслуживающего нарастание объемов капиталистической экономики. Компетентностный подход также хороший тому пример – он совмещает взыскательного потребителя и квалифицированного производителя в одной личности, вынося за скобки этический и религиозный аспекты становления человека и гарантируя расширенное воспроизводство современного социума, даже если это грозит экологической катастрофой планете или гуманитарной катастрофой человечеству.

Человек, который движется только к социуму, неизбежно оказывается заложником социальных ожиданий. Он считает свою «персонализацию» максимально удачной в том случае, если получает тому подтверждение от социума (чаще всего в виде материальных благ и социальных поощрений), так что социализация оказывается не только инициатором, но и мотиватором персонализации.

Если же мотив человека – быть самим собой, то мы имеем другой вектор развития, который не направлен к социуму и не связан с социализацией как целью.

Очевидная противоречивость этих двух векторов развития, особенно остро ощущаемая в подростковом и юношеском возрастах, купируется в тоталитарных и демократических социумах прямо противоположными идеологическими лозунгами: «Будь как все и станешь личностью» и «Не будь как все и станешь индивидуальностью». Несмотря на свою противоположность, эти послания в конечном итоге игнорируют тот вектор развития человека, который приводит его к становлению самим собой.

Конечно, этот вектор не отменяет процессов социализации, без которых научение невозможно. Однако социализация в данном случае воспринимается не как цель, а как средство, инструмент для более полного и адекватного самовыражения, самоактуализации и самоосуществления. Очевидно, что человек, не обученный речи, не может писать стихов. Но также очевидно, что написание стихов (занятие наукой и проч.) для получения различных премий, социальных статусов и т.п. и для самоосуществления имеет различную мотивацию, различный «вектор» направленности и, в конце концов, разное содержательное наполнение.

Индивидуальность

Можно предположить, что заложенная в природе человека дуальность (право- левополушарность, бинокулярное зрение и т.п.) выражена и двумя психическими процессами, обслуживающими становление человека, но в какой-то момент один из процессов может стать доминирующим. Возможно, гармоничное развитие человека предполагает взаимосвязанное и взаимодополнительное развитие не только человека, но и социума. Однако в реальности социум гораздо более консервативен и поэтому можно видеть как людей социально реализованных, но страдающих от самоотчуждения и утраты себя, так и людей, считающих свою жизнь осуществленной, но без каких бы то ни было социальных достижений.

Поскольку про вектор социализации/персонализации существует обширная научная литература (см.: Петровский, Старовойтенко, 2012), то хотелось бы подробнее остановиться на векторе аутентификации/персонификации. Как отмечалось выше, этот вектор развития осуществляется той психической «инстанцией», которую Х. Кохут назвал «центром инициативы» (и которую мы называем «аутентичным центром инициативы»). Этот вектор поддерживается той реальностью, которую мы называем «сущностью» человека (Орлов, 1995а, 1995б, 2002). Оставаясь в поле психологического дискурса, мы могли бы назвать эту реальность психической. Однако ее статус весьма дискуссионен, начиная от признания ее онтологической первичности (Бог, божественное, нуминозное и т.п.) до сведения ее к эпифеноменальности («призрак в машине» современной философии сознания) (Васильев, 2009).

«Аутентичный центр инициативы» является центром генерации спонтанных и произвольных действий, а также ориентировочного поведения. Любое проактивное поведение (в отличие от реактивного), зависит от того, насколько в человеке актуализирован «аутентичный центр инициативы». Важно отметить, что инициатива, с одной стороны, чрезвычайно востребована обществом, а с другой, общество старается ее регламентировать и контролировать. В силу этого творчество, невозможное без инициативы, оказывается «пограничной» зоной между свободой человека и требованиями социума. Другие примеры данной зоны – любознательность и одаренность, важнейшая характеристика которых – «интеллектуальная инициатива» (см.: Богоявленская, 2002). Инициатива необходима не только для творческой, но и для предпринимательской и научной деятельности.

«Сущность» поддерживает процесс индивидуации, результатом которой является *индивидуальность*. В отличие от индивидуальности, которая в преде-

ле стремится быть «не как все», индивидуность стремится быть «собой». Тут начинаются парадоксы психической реальности: чем больше человек социализируется, тем сильнее он чувствует свою изоляцию, одиночество, отдаленность; чем больше человек становится собой, тем больше он чувствует связь с другими людьми. Этот феномен отчетливо представлен в ходе групповых психотерапевтических сессий, когда люди начинают чувствовать других людей, переживать их душевные состояния, осознавать свою сопричастность им. Но это не абстрактное единство собранных в некий коллектив индивидов, а переживание конкретного человека в конкретной ситуации. Поэтому эмпатию можно считать одним из признаков, качеств и проявлений индивидуности. Будучи качеством, присущим индивидуности, а, следовательно, данным человеку от рождения, она не является культурным или социальным феноменом.

Несколько упрощая, можно сказать, что на векторе социализации/персонализации держится любая экзотерическая традиция, как повтор, воспроизведение уже опробованных паттернов поведения, мышления, чувствования, взаимоотношений и все виды дифференциаций, от антропологических до социокультурных.¹⁰ С другой стороны, вектор аутентификации/персонификации прослеживается в эзотерических учениях, генерирует творческие нестандартные решения и базовое переживание единства.

Если персонализация направлена к социуму, то персонификацию можно назвать «персонализацией с обратным знаком». Реальность, к которой она направлена, как мы уже говорили выше, называется по-разному в разных психологических традициях, в религиозных традициях она представлена богом или богами, Небом – в Китае, в буддизме и джайнизме – подлинной природой души, освобожденной от кармической связанности, или небытием. Эта реальность вообще может считаться не существующей, но это не отменяет самого вектора развития, просто в этом случае он оказывается фундаментальным тем, что называют «бессознательным».

Будучи асоциальным по природе, этот вектор может приводить человека и к разрыву с социумом, выходом из конвенциональных социальных отношений (столпничество, например), в некоторых религиозных практиках даже к ритуальной смерти, а, в конечном счете, к эгоциду (Корягин, Орлов, 2015). Но такие крайние варианты движения «от социума» не говорят о том, что персонификация не возможна в обществе, как бы оно ни было устроено (путь ботхисаттвы, например).

Опираясь на человекоцентрированный подход К. Роджерса¹¹, мы считаем эмпатию, конгруэнтность и безусловное принятие другого человека не только параметрами персонификации, но и проявлениями природы человека, его сущности (т.е. аспектами *человечности* как таковой). Коммуникативные практики (не только психотерапевтические), основанные на эмпатии, конгруэнтности и безусловном принятии другого именно как человека, а не как той или иной социально востребованной или сформированной личности, приводят к большей психологической открытости, эмоциональной чуткости,

10 Эта идея имеет свое поэтическое выражение: «Не сравнивай: живущий несравним...» (О. Мандельштам).

11 О философских аспектах темы «собственного» подробно (см.: Бибихин, 2012).

разумной внимательности и конструктивности поведения. Все эти качества крайне необходимы людям в любом современном социуме, а в пределе они совершенно необходимы современному человечеству для выживания в глобализованном мире, полном острых и хронических конфликтов, иррациональных страхов и предрассудков.

Поэтому в психолого-педагогической теории важно осмысление понятия аутентичной инициативы, а в психолого-педагогической практике важно, чтобы такая инициатива конкретного ребенка находила у взрослых эмпатический отклик и безусловное принятие. Это необходимо уже с первых дней жизни ребенка.¹² Подобная сложная работа требует от взрослых доверия к собственному «аутентичному центру инициативы», поскольку такая работа каждый раз предельно конкретна, не может быть расписана как пошаговая методика и не является набором приемов, которые можно выучить и потом повторять в любых других условиях. Ее невозможно описать рядом запретов и рекомендаций, поскольку она определяется ценностной позиции взрослого, заключающейся в том, что каждый конкретный человек является ценностью и поэтому не может быть ограничен никакими социокультурными стереотипами.

Практические приложения теории

Чтобы конкретизировать эти два вектора на практике, нами были выделены *два речевых стиля* (Волкова, Орлов, Орлова, 2010). Первый, связанный с вектором персонализации, пользуется конвенциональными речевыми оценочными клише (например, «я – неудачник» и т.п.). Подобные оценочные суждения воспринимаются как окончательные (т.е. выражение «я – неудачник» понимается как «я – неудачник, и ничего с этим не поделаешь»). Такая речь изобилует оценочными суждениями, эмоционально ригидна, в ней нет или почти нет авторских метафор. Можно сказать, что это озвучивание «взгляда на себя со стороны», причем сама эта сторона, моделируемая ранним «родительским имаго», может быть окрашена оценками текущего социального окружения. Второй речевой стиль, связанный с вектором персонификации, можно назвать обнаружением «собственного взгляда». Такая речь предполагает наличие аутентичных авторских метафор и образных выражений, центрирована на собственных состояниях, в том числе «телесных», полна противоречивых и богатых эмоций, включает в себе мало оценочных суждений, менее конвенциональна, вплоть до того, что человек может на какое-то время сам перестать понимать то, что он говорит.

Как было показано в другой работе (Орлов, Орлова, Пермогорский, 2012), в психотерапии эти речевые стили связаны с *уровнями самопринятия* и, как правило, совпадают с начальной и продвинутой стадиями психотерапии.

12 Например, крупнейший философ Китая, влияние которого на китайскую философскую мысль сопоставляют с влиянием И. Канта на западную философию, неоконфуцианец Ван Ян-мин выразил эту мысль таким образом: «Великие люди полагают небо, землю и тысячу вещей единым телом. ... Поскольку такова гуманная основа их сердец, постольку они и составляют единое тело с небом, землей и тысячей вещей» (цит. по: Кобзев, 1983, С. 116). Очевидно, что они не являются «индивидуальностями» в западном смысле этого слова. И хотя идеи Ван Ян-мина имели в Китае сложную судьбу, сейчас они переживают ренессанс.

Векторы персонализации и персонификации могут быть представлены также в конкретных условиях экспериментальных исследований как установки испытуемых на *оценивание* и *ценение* себя, соответственно (Мельникова, Орлов, 2016), как смысловыми поля «*Быть личностью*» и «*Быть собой*» в речи испытуемых (Этко, Орлов, 2016), а также как проявления *импрессивных* и *экспрессивных* самовыражений в практике вокалотерапии (Зирко, Орлов, 2017).

Выводы

1. Натура и культура образуют два разных вектора развития человека.
2. Вектор натуры связан с развитием природы человека, обнаружением его сущности, становлением его человечности.
3. Вектор культуры связан с развитием культуры человека, формированием его личности, утверждением его личностности.
4. Развитие человека в соответствии с вектором натуры (персонификация) представляет собой трансформацию индивида в индивидуность.
5. Развитие человека в соответствии с вектором культуры (персонализация) представляет собой трансформацию индивида в индивидуальность.
6. Эмпирическая личность является результатом развития человека в соответствии с двумя данными векторами, представляет собой совокупность характеристик индивидуности и индивидуальности.
7. Осознание данного факта может послужить основанием самоисследования и личного выбора траектории дальнейшего развития как осознанной персонификации или персонализации.

Natura & Cultura: two vectors of human development

A. B. Orlov, N. A. Orlova

National research University Higher School of Economics, Moscow

Moscow Institute of Physics and Technology (State University), Moscow

Institute of Oriental studies, Russian Academy of Sciences, Moscow

The article deals with two vectors of human development, supported by two mental “poles” – the social imago responsible for socialization, and the essence responsible for authentication. In contact with these “poles” the authentic centre of initiatives of a man generates a process of personalization / individualization and personification / individuation, shaping individuality and indivity, respectively. Within this theoretical framework, usually opposed psychological theories and research traditions are correlated and integrated to a certain extent. Traditionally, Russian academic (theoretical) psychology considered only half of this scheme (socialization – individualization) as the only existing one. However, modern domestic psychology exists now also as a practical psychology and, in particular, as psychotherapy. As such a psychological practice, she has to deal with a variety of complex mental phenomena of individual life, which do not fit into the

academic worldview schemes and from which it can not be abstracted. But it was within the framework of world psychotherapy that there was an understanding that excessive emphasis on “others”, on “society” is not so much the only possible way of human development, but is the way of its neurotization. As theoretical foundations of the considered two vectors of human development (nature and culture) the article presents the person-centered (natural-ahistorical) approach of K. Rogers and the cultural-historical conception of L. Vygotsky. The scheme itself is concretized by culturological and psychological-psychotherapeutic material. Two vectors of development can be represented by different speech styles, levels of self-acceptance, types of self-relation and self-expression. A specific empirical personality is, as a rule, the result of simultaneous human development in accordance with two given vectors, it is a set of characteristics of individuality and individity. Awareness of this fact can serve as a basis for self-exploration and personal choice of the trajectory of further development either as a conscious personalization or as a conscious personification.

Key words: individualization, individuality, individuation, individity, personality, personalization, personification, socialization, essence, person.

Литература

1. Андерхилл, Э. Мистицизм. – К.: София. – 2000. *Anderhill, E`.* Misticizm. – К.: Sofiya. – 2000.
2. Бибихин, В.В. Собственность. Философия своего. – СПб.: Наука. – 2012. *Bibixin, V.V.* Sobstvennost`. Filosofiya svoego. – SPb.: Nauka. – 2012.
3. Богоявленская, Д.Б. Психология творческих способностей. – М.: Академия. – 2002. *Vogoyavlenskaya, D.B.* Psixologiya tvorcheskix sposobnostej. – М.: Akademiya. – 2002.
4. Васильев, В.В. Трудная проблема сознания. – М: Прогресс-Традиция. – 2009. *Vasil`ev, V.V.* Trudnaya problema soznaniya. – М: Progress-Tradiciya. – 2009.
5. Веллер, М. Кассандра / М. Веллер. — СПб.: Пароль, 2003. — 400 с. *Veller, M.* Cassandra / M. Veller. — SPb.: Parol`, 2003. — 400 s.
6. Винникотт, Д.В. Искажение Эго в терминах истинного и ложного Я // Консультативная психология и психотерапия. – 2006. № 1. С. 5–19. *Vinnikott, D.V.* Iskazhenie E`go v terminax istinnogo i lozhnogo Ya // Konsul`tativnaya psixologiya i psixoterapiya. – 2006. № 1. S. 5–19.
7. Волкова, Д.Э., Орлов, А.Б., Орлова, Н.А. Знак, метафора, символ – методология субъектности // Психология. Журнал Высшей школы экономики. – 2010. – Т.7(3). – С. 89–119. *Volkova, D.E`., Orlov, A.B., Orlova, N.A.* Znak, metafora, simvol – metodologiya sub`ektnosti // Psixologiya. Zhurnal Vy`sshej shkoly` e`konomiki. – 2010. – T.7(3). – S. 89–119.
8. Волинская, Л.Б. Социокультурная и личностная адаптация человека на различных стадиях жизненного цикла. – М.: Флинта. – 2017. *Voly`nskaya, L.B.* Sociokul`turnaya i lichnostnaya adaptaciya cheloveka na razlichny`x stadiyax zhiznennogo cikla. – М.: Flinta. – 2017.

9. *Выготский, Л.С.* Психология развития человека. – М.: Изд-во Смысл; Эксмо. – 2005. *Vy`gotskij, L.S.* Psixologiya razvitiya cheloveka. – М.: Izd-vo Smy`sl; E`ksmo. – 2005.
10. *Грин, Б.* Скрытая реальность. Параллельные миры и глубинные законы космоса. – М.: Либроком. – 2012. *Grin, B.* Skry`taya real`nost`. Parallel`ny`e miry` i glubinnny`e zakony` kosmosa. – М.: Librokom. – 2012.
11. *Докинз, Р.* Расширенный фенотип. Длинная рука гена. – М.: Corpus, Астрель. – 1999. *Dokinz, R.* Rasshirenny`j fenotip. Dlinnaya ruka gena. – М.: Corpus, Astrel`. – 1999.
12. *Зирко, А. В., Орлов, А. Б.* Вокалотерапия: перспектива эмпирического исследования // Психологические исследования: электронный научный журнал. – 2017. – Т. 10. № 53. – С. 3. *Zirko, A. V., Orlov, A. B.* Vokaloterapiya: perspektiva e`mpiricheskogo issledovaniya // Psixologicheskie issledovaniya: e`lektronny`j nauchny`j zhurnal. 2017. T. 10. № 53. S. 3.
13. *Кобзев, А.И.* Учение Ван Ян-мина и классическая китайская философия. – М.: Наука, главная редакция Восточной литературы. – 1983. *Kobzev, A.I.* Uchenie Van Yan-mina i klassicheskaya kitajskaya filosofiya. – М.: Nauka, glavnaya redakciya Vostochnoj literatury`. – 1983.
14. *Кобзев, А.И.* Глобальная культурная альтернатива: Китай – Запад // Философские науки. – 2015. №1. – С. 36 – 57. *Kobzev, A.I.* Global`naya kul`turnaya al`ternativa: Kitaj – Zapad // Filosofskie nauki. – 2015. №1. – S. 36 – 57
15. *Колпачников, В.В.* Человекоцентрированный подход как культурное движение // Материалы международной конференции (г. Киев, 4–6 декабря 2012 г.). – К. – 2012. – С. 18–21. *Kolpachnikov, V.V.* Chelovekocentrirovanny`j podxod kak kul`turnoe dvizhenie // Materialy` mezhdunarodnoj konferencii (g. Kiev, 4–6 dekabrya 2012 g.). – К. – 2012. – S. 18–21.
16. *Корягин К. В., Орлов А. Б.* Эгоцид: феномен, понятие, проблема и практика // Вопросы психологии. – 2015. № 1. – С. 147–158. *Koryagin K. V., Orlov A. B.* E`gocid: fenomen, ponyatie, problema i praktika // Voprosy` psixologii. – 2015. № 1. – S. 147–158.
17. *Кохут, Х.* Анализ самости. Системный подход к лечению нарциссических нарушений личности. – М.: Когито-Центр. – 2003. *Koxut, X.* Analiz samosti. Sistemny`j podxod k lecheniyu narcissicheskix narushenij lichnosti. – М.: Kogito-Centr. – 2003.
18. *Лусина, М.И.* Проблемы онтогенеза общения. – М.: Педагогика. – 1986. *Lisina, M.I.* Problemy` ontogeneza obshheniya. – М.: Pedagogika. – 1986.
19. *Лотман, Ю. М.* Семиосфера / Ю. М. Лотман. — СПб. : Искусство-СПб, 2000. — 704 с. *Lotman, Yu. M.* Semiosfera / Yu. M. Lotman. — SPb. : Iskusstvo-SPB, 2000. — 704 s.
20. *Мельникова, М.С., Орлов А.Б.* Психотерапевтический потенциал биологической обратной связи: эмпирическое исследование // Во-

- просы психологии. – 2016. № 2. – С. 91–97. Mel`nikova, M.S., Orlov A.B. Psixoterapevticheskiy potencial biologicheskoy obratnoj svyazi: e`mpiricheskoe issledovanie // Voprosy` psixologii. – 2016. № 2. – С. 91–97.
21. Миллер, А. Драма одаренного ребенка и поиск собственного Я / Науч. ред.: А. Б. Орлов. – М.: Академический проект. – 2003. Miller, A. Drama odarennogo rebenka i poisk sobstvennogo Ya / Nauch. red.: A. B. Orlov. – М.: Akademicheskij proekt. – 2003.
22. Орлов А.Б. Только ли интериоризация? // Вопросы психологии. – 1990. № 3. С. 36–39. Orlov A.B. Tol`ko li interiorizaciya? // Voprosy` psixologii. – 1990. № 3. С. 36–39.
23. Орлов, А.Б. Личность и сущность: внешнее и внутреннее Я человека // Вопросы психологии. – 1995а. №2. – С. 5–19. Orlov, A.B. Lichnost` i sushhnost`: vneshnee i vnutrennee Ya cheloveka // Voprosy` psixologii. – 1995а. № 2. – С. 5–19.
24. Орлов, А.Б. Психология личности и сущности человека: парадигмы, проекции, практики. – Москва: Логос. – 1995б. Orlov, A.B. Psixologiya lichnosti i sushhnosti cheloveka: paradigmy`, proekcii, praktiki. – Moskva: Logos. – 1995b.
25. Орлов, А.Б. Психология личности и сущности человека: Парадигмы, проекции, практики. – М.: Издательский центр «Академия». –2002. Orlov, A.B. Psixologiya lichnosti i sushhnosti cheloveka: Paradigmy`, proekcii, praktiki. – М.: Izdatel`skij centr «Akademiya». –2002.
26. Орлов, А.Б. А.Н.Леонтьев – Л.С.Выготский: очерк развития схизиса // Вопросы психологии. – 2003. № 2. – С. 70–85. Orlov, A.B. A.N.Leont`ev – L.S.Vy`gotskij: ocherk razvitiya sxizisa // Voprosy` psixologii. – 2003. № 2. – С. 70–85.
27. Орлов, А.Б., Орлова, Н. А. Включенная супервизия как супервизия par excellence // Консультативная психология и психотерапия. –2011. № 4. – С. 5–24.
14. Orlov, A.B., Orlova, N. A. Vkllyuchennaya superviziya kak superviziya par excellence // Konsul`tativnaya psixologiya i psixoterapiya. –2011. № 4. – С. 5–24
28. Орлов А.Б., Орлова Н.А., Пермоторский М.С. Что получает клиент от психотерапевта? // Консультативная психология и психотерапия. –2012. № 2. С. 41–65. Orlov A.B., Orlova N.A., Permogorskiy M.S. Chto poluchaet klient ot psixoterapevta? // Konsul`tativnaya psixologiya i psixoterapiya. –2012. № 2. С. 41–65.
29. Петровский, А.В., Петровский, В.А. Индивид и его потребность «быть личностью» // Вопросы философии. – 1982. № 3. С. 44–53.
15. Petrovskij, A.V., Petrovskij, V.A. Individ i ego potrebnost` «by`t` lichnost`yu» // Voprosy` filosofii. – 1982. № 3. С. 44–53.
30. Петровский, В.А. Артур Владимирович Петровский: Научные разработки и открытия последних лет. – 10.01.2007. – http://www.bim-bad.ru/biblioteka/article_full.php?aid=267 (дата обращения: 25.12.2016).

- Petrovskij, V.A.* Artur Vladimirovich Petrovskij: Nauchny`e razrabotki i otkry`tiya poslednix let. – 10.01.2007. – http://www.bim-bad.ru/biblioteka/article_full.php?aid=267 (data obrashheniya: 25.12.2016).
31. *Петровский, В.А.* К пониманию личности в психологии // Вопросы психологии. – 1981. № 2. – С. 40-46. *Petrovskij, V.A.* K ponimaniyu lichnosti v psixologii // Voprosy` psixologii. – 1981. № 2. – S. 40-46.
 32. *Петровский, В.А., Старовойтенко, Е.Б.* Наука личности: четыре проекта общей персонологии // Психология. Журнал Высшей школы экономики. – 2012. –Т. 9. № 1. С. 21-39. *Petrovskij, V.A., Starovojtenko, E.B.* Nauka lichnosti: chety`re proekta obshhej personologii // Psixologiya. Zhurnal Vy`sšej shkoly` e`konomiki. – 2012. –Т. 9. № 1. S. 21-39.
 33. *Роджерс, К.* Современный подход к ценностному процессу // В кн.: Ежегодник по консультативной психологии, коучингу и консалтингу / Науч. ред.: В. Ю. Меновщиков, А. Б. Орлов. – М.: Институт консультативной психологии и консалтинга (ФПК-Институт). – 2014. Вып. 1. – С. 180-195. *Rodzhers, K.* Sovremenny`j podxod k cennostnomu processu // V kn.: Ezhegodnik po konsul`tativnoj psixologii, kouchingu i konsaltingu / Nauch. red.: V. Yu. Menovshhikov, A. B. Orlov. – M.: Institut konsul`tativnoj psixologii i konsaltinga (FPK-Institut). – 2014. Vy`p. 1. – S. 180-195.
 34. *Романов, В.Н.* Культурно-историческая антропология. – М., СПб.: Центр гуманитарных инициатив, Университетская книга. – 2014. *Romanov, V.N.* Kul`turno-istoricheskaya antropologiya. – M., SPb.: Centr gumanitarny`x iniciativ, Universitetskaya kniga. – 2014.
 35. *Степин, В. С.* Культура / В. С. Степин // Вопр. философии. — 1999. — № 8. — С. 61-71. *Stepin, V. S.* Kul`tura / V. S. Stepin // Vopr. filosofii. — 1999. — № 8. — S. 61-71.
 36. *Хорни, К.* Невротическая личность нашего времени. – М.: Академический проект. – 2006. *Xorni, K.* Nevroticheskaya lichnost` nashego vremeni. – M.: Akademicheskij proekt. – 2006.
 37. *Этко, Е. А., Орлов, А. Б.* Смысловые поля и речевые маркеры процессов персонализации и персонификации // Вопросы психологии. – 2016. № 1. С. 123–134. *E`tko, E. A., Orlov, A. B.* Smy`slovy`e polya i rechevy`e markery` processov personalizacii i personifikacii // Voprosy` psixologii. – 2016. № 1. S. 123–134.
 38. *Юнг, К.Г.* Психология бессознательного. – М.: Канон. – 1994. *Yung, K.G.* Psixologiya bessoznatel`nogo. – M.: Kanon. – 1994.
 39. *Юнг, К.Г.* Синхронистичность. – М.: Рефл-бук. – 1997. – С. 11-41. *Yung, K.G.* Sinxronistichnost`. – M.: Refl-buk. – 1997. – S. 11-41.

В.В. Колпачников

Индивидуальные модели консультативного процесса и психологического здоровья в консультировании

Данная статья представляет собой попытку рефлексии — размышления по поводу консультативной практики, некоторых значимых, с моей точки зрения, ее аспектов. По мнению авторитетов, в области консультирования, занимающихся к тому же подготовкой психологов-консультантов, одной из целей профессионального развития и, одновременно, критерием профессиональной зрелости и творчества является выработка индивидуального консультативного стиля как результата интеграции осмысленных профессиональных знаний и умений, практического опыта и личностных свойств консультанта. С другой стороны, совершенно очевидно, что всякого заинтересованного в качественном выполнении своего дела консультанта не могут не волновать вопросы о том, насколько глубоко и полно учитывает необходимые важные аспекты консультативной реальности его индивидуальный стиль, насколько адекватным, умелым и результативным является обращение с этими аспектами в процессе практики, насколько полно реализуемый индивидуальный стиль использует профессиональные и личностные ресурсы консультанта во благо клиента, и не является ли собственная практика личностной проекцией, используемой для удовлетворения тех или иных собственных нужд и т.д., и т.п.

Очевидно, что эти и подобные им вопросы в большей или меньшей мере волнуют и являются актуальными для консультанта на протяжении всей профессиональной карьеры, учитывая динамичность и изменчивость осуществляемой практики и непрерывность работы по осмыслению ее. В этом свете данные рассуждения могут рассматриваться как обсуждение представлений, присущих автору на сегодняшний день, которое осуществляется в целях собственной рефлексии и приглашения коллег к обмену представлениями об этих же или иных реалиях консультирования, сущности, механизмах и путях психологического воздействия.

В рамках данных заметок мне хочется более подробно остановиться на двух аспектах консультативной практики, которые представляются имплицитно присущими, хотя и в разной степени рефлекслируемыми, деятельности любого консультанта. Это, во-первых, *индивидуальная модель* (представление) *психологического здоровья личности* и, во-вторых, *индивидуальная модель консультативного процесса*. По моему глубокому убеждению, данные — всегда в большей или меньшей степени уникальные-личностные модели-представления являются важнейшими психологическими орудиями-инструментами, интуитивно или осознанно используемыми консультантами для организации, контроля и регуляции своего психологического воздействия.

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЛИЧНОСТИ.

Об индивидуальной модели психологического здоровья личности, которой осознанно или неосознанно придерживается консультант, представляется оправданным говорить в контексте рассуждений о целях и результате консультативной работы. С одной стороны, целью и результатом консультирования может рассматриваться преодоление конкретного затруднения,

которое привело человека к психологу. Некоторые современные направления краткосрочного, нацеленного на решение проблемы консультирования именно в подобном преодолении видят цель и смысл психологической работы. Эта цель оговаривается в контракте и достигается в структурированном процессе применения тех или иных процедур и методик.

Нисколько не отрицая данного аспекта результативности консультирования, считаю важнейшими — если не самыми главными — целью и результатом психологической практики личностную коррекцию клиента. Всегда ли присутствует личностная коррекция и изменение клиента? Насколько она желательна и оправдана — психологически, этически и т. п.? Может ли подобное изменение рассматриваться как цель и результат консультирования?

Видимо, ответы на эти вопросы не могут быть однозначными и одинаковыми. Мое мнение заключается в том, что в таком сложном и многоаспектном процессе как психологическое консультирование на личность клиента в той или иной степени оказывается развивающее воздействие. В некоторых современных направлениях консультирования именно эти изменения, а не само по себе разрешение конкретной проблемы провозглашаются главной целью и итогом работы. Такой позиции придерживаются центрированный на человеке подход К. Роджерса (1994, 2019), гештальт-терапия, индивидуальная психология А. Адлера (1995) и другие направления современного консультирования.

С моей точки зрения, главным инструментом начальной диагностики, мониторинга процесса и оценки результата-личностных изменений — в консультировании выступает именно индивидуальная модель психологического здоровья личности, носителем которой — и всегда, в той или иной мере, автором — является конкретный консультант.

Очевидно, что индивидуальная модель психологического здоровья личности — это результат усвоения разнообразных концепций и представлений психологической теории и практики, особенно того, конкретного направления, которого придерживается и представителями которого считает себя специалист-психолог.

Но действительно индивидуальной эту модель делают идущие из глубоких личностных образований предпочтения и склонность к тем или иным психологическим представлениям и практикам, всегда уникальный опыт их усвоения, осмысления, интеграции в целостную структуру, когда профессиональная практика становится продолжением личности консультанта.

В отечественной литературе проблеме психологического здоровья, нормы и аномалий личности посвящена монография Б.С. Братуся (1988). В соответствии с представлениями разделяемого Б.С. Братусем направления отечественной психологической мысли и на основе его собственного опыта работы были сформулированы некоторые условия и критерии нормально-го и аномального личностного развития. Решусь утверждать, что формулируемый в упоминаемой монографии перечень условий и принципов стоит рассматривать, скорее, как индивидуальную, а не нормативную, общую модель психического здоровья личности, которой на момент написания монографии придерживался ее автор. Но зафиксированный в авторитетной монографии продукт исканий и размышлений Б.С. Братуся, наряду с другими

теоретическими представлениями (А. Маслоу, К. Роджерс, Ф. Перлз, А. Эллис и др.), а также опыт консультативной практики и ее осмысления привел меня к некоторым представлениям, образующим на данный момент мою рабочую модель психологического здоровья личности, основные осознаваемые положения которой я позволю себе здесь тезисно изложить.

Критериями и индикаторами психологического здоровья в их совокупности для меня являются:

1. *Осознанность и осмысленность человеком самого себя, своей жизни в мире.* Это очень общая характеристика, требующая ряда конкретизации и уточнений.

Так, осознанность и осмысленность себя в мире предполагает, с одной стороны, осознание человеком общих и широких смыслов и ценностей своей жизни. Именно это считают главным условием психологического здоровья психологи-экзистенциалисты, в частности, В. Франкл (1990) и Р. Мэй (2015).

С другой стороны, эта характеристика предполагает хорошее, глубокое осознание и понимание себя в каждый конкретный момент времени в конкретной ситуации. О важности подробного осознания себя, своих чувств, мотивов, потребностей и ситуации, ее нюансов и деталей, то есть открытости опыту «здесь и теперь», как условия четкого и ясного, адекватного восприятия и разрешения жизненных задач наиболее ярко писали К. Роджерс (1994) и гештальт-терапевты. Эту особенность, как одну из наиболее характерных отметил А. Маслоу (2007) у самоактуализирующихся — с его точки зрения действительно психологически здоровых — людей.

Сочетание обеих указанных характеристик, с моей точки зрения, определяет наличие хорошей личностной системы ориентации — определенности человека в конкретной ситуации и в жизни в целом. Несколько следующих критериев являются практическими следствиями указанной выше особенности.

2. *Полнота «включенности», переживания и проживания настоящего.* А. Маслоу (2007) называл это умением полностью отдаваться и проживать — прочувствовать каждый текущий момент. Практическими и феноменологическими следствиями этой полной включенности являются, во-первых, богатство и насыщенность впечатлениями жизни человека. В этой связи уместно вспомнить утверждение автора монографии «О счастье и совершенстве человека» В. Татаркевича (1981) о том, что счастье человека определяется не столько содержанием, сколько полнотой и богатством впечатлений жизни. Поэтому, во-вторых, по крайней мере, гипотетично можно утверждать что полнота переживания и проживания настоящего ведет к *радостности* мироощущения человека.

С моей точки зрения, полнота переживания и проживания настоящего обеспечивается чуткостью и точностью в осознании чувств, мыслей и адекватными внешними действиями, и поступками в их единстве. Приоритет в этой триаде я склонен отдавать осознанию чувств как условию глубокого понимания себя и ситуации. При этом признаю огромную важность когнитивных процессов и образований в определении мироощущения и активности человека. Убедительным доказательством роли когнитивных представлений

в жизни личности являются для меня положения индивидуальной психологии А. Адлера (1995) о жизненном стиле, индивидуальной (частной) логике и философии жизни и положения современных когнитивно-бихевиоральных направлений консультирования.

Хочется отметить также, что в снятом виде в осознании настоящего присутствует прошлое (в форме сформированных убеждений, когнитивных стереотипов, аффективных комплексов и т. д.) и будущее (в форме устремлений, целей, планов личности и т. п.).

Поэтому, в случае необходимости фокусом специальной работы могут стать чувства, мысли или действия, элементы прошлого опыта или будущего клиента. При этом одной из центральных задач подобной работы будет оптимизация проживания и переживания настоящего.

3. *Способность к совершению наилучших выборов в конкретной ситуации и в жизни в целом.* Это свойство, которое основывается на глубине и полноте осознания себя и ситуации, или, лучше, себя в ситуации. Это свойство связано также со способностью слушать себя и доверять себе. В той или иной форме об этой личностной особенности писали К. Роджерс (1994, 2019), А. Маслоу (2007), и другие. Многие психотерапевты используют метафору «внутреннего сигнальщика», «внутреннего организмического механизма оценивания», «внутреннего мудреца» для обозначения и развития-актуализации человеком глубокого внимания и осознания себя в ситуации, доверия себе при совершении личностно-значимых выборов и принятии решений.

4. *Чувство свободы, жизни «в соответствии с самой собой»* как состояние осознания и следования своим главным интересам и наилучшему выбору в ситуации. Действия в соответствии с наилучшим выбором может быть трудным и болезненным в силу неблагоприятных или препятствующих обстоятельств и условий. Но психологически оно радостно и свободно. Здесь уместно сослаться на описание процесса творческого переживания, осуществленное Ф.Е. Василюком (1994).

Наоборот, состояние скованности, вынужденности и несвободы возникает вследствие неосознания или отказа, по тем или иным причинам, от наилучшего личностного выбора, отказа от жизни в соответствии с собой.

В этой связи мне хочется выразить свое глубокое убеждение в том, что условиями счастья и свободы человека являются не внешние обстоятельства, но внутренняя и внешняя личностная работа по определению и следованию лучшему для себя выбору в каждой конкретной ситуации и жизни в целом, жизнь в соответствии с собой.

5. *Ощущение собственной дееспособности «Я могу»*, как состояние достаточности сил и свободного течения энергии (в понимании гештальттерапии) в направлении реализации наилучшего личностного выбора в соответствии с собой. Ф. Перлз (1995) описал этот «внутренний» и «внешний взрыв» как освобождение связанной в психике и теле каждого человека энергии и сил при достижении истинного осознания и понимания себя, своих интересов и путей их достижения.

6. *Социальный интерес или социальное чувство* (в терминологии А. Адлера), то есть заинтересованный учет интересов, мнений, потребностей и чувств других людей, постоянное внимание к тому, что рядом — живые люди. Эта черта занимает особое место среди выделяемых мною критериев психологического здоровья личности. Это связано с тем, что, во-первых, в норме наша жизнь от рождения и до смерти протекает в социальных условиях. Иначе говоря, ситуация человеческой жизни, развития, самореализации происходит в условиях, связанных с взаимодействием с окружающими людьми. Поэтому внимательный, глубокий, чуткий учет интересов других — это условие как индивидуального, так и совместного благополучия. Во-вторых, опыт практической работы убеждает, что нарушение баланса «я — другие» — одна из самых распространенных причин психологических трудностей посетителей психологической консультации. Преобладающим в условиях нашей популяции дисбалансом, по моим наблюдениям, является перекокс в сторону приоритета ценностей, мнений, требований других людей, социума над интересами самой личности. Это ведет к неуверенности в самовыражении и достижении своих интересов, тревоге, нерешительности, неустойчивому и негативному самоотношению, неудачным защитным попыткам компенсировать эти неблагоприятные состояния и свойства. Иногда обнаруживается сдвиг баланса «я-другие» в сторону чрезмерного эгоцентризма. Оптимумом, с моей точки зрения, является признание за собой права на существование, выражение и достижение своих мотивов и потребностей, но не за счет, а учитывая, принимая и способствуя интересам других людей. Идеалистическая модель? Верю, что нет. Одно из подтверждений тому вижу в тенденциях современной конфликтологии, где парадигма «я против тебя» меняется на «мы против проблемы» и «выиграть может каждый» (Фишер, Юри, 1992; Корнелиус, Фейр, 1992). |

7. *Состояние устойчивости, стабильности, определенности в жизни и оптимистический, жизнерадостный настрой* как интегральное следствие всех перечисленных выше качеств и свойств психологически здоровой личности. Это состояние не стоит путать с состоянием ригидности, зашоренности стереотипами и шаблонами. Наоборот, это состояние гибкого, но устойчивого баланса в динамичном, со значительной степенью неопределенности, жизненном мире.

Как уже упоминалось, подобное интегральное представление о психологическом здоровье личности позволяет обнаруживать «проблемные зоны» в личностных характеристиках клиента при диагностике его психологических проблем, помогает выбрать направление и формы психологического воздействия, отслеживать динамику изменений в процессе консультирования и оценивать достигнутый результат.

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ПРОЦЕССА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ.

Индивидуальная модель процесса психологического консультирования — это комплексное представление о процессе консультирования, на которое осознанно или интуитивно ориентируется и использует для организации своей деятельности консультант. Как и в случае с индивидуальной моделью

психологического здоровья, подчеркну, что такая модель — это не отчужденно — объективированное знание консультанта, приобретенное в процессе обучения, но личностное, насыщенное индивидуальным субъективным опытом, чувствами и смыслами представление.

В психологической литературе есть традиция выделения различных моделей консультирования. Условно эти модели можно разделить на:

1. объектно-манипулятивные, в которых клиент и его затруднения понимаются как объект внешней диагностики и воздействия посредством различных методик и техник с целью изменения в направлении, определяемом экспертом — консультантом;
2. феноменологические, в которых акцент делается на понимании, прояснении и изменении субъективного феноменологического мира клиента «изнутри». При этом клиент выступает в качестве главного аспекта, определяющего направления изменений, а консультант — в качестве фасилитатора происходящих изменений.

Со значительной долей условности к первого рода моделям можно отнести модели консультирования в бихевиоральной, рационально-эмотивной психотерапии и нейролингвистическом программировании, а к моделям второго рода — центрированный на человеке подход К. Роджерса (1994, 2019), экзистенциальную психотерапию, гештальт — терапию, индивидуальную психологию А. Адлера (1995) и аналитическую психологию К.Г. Юнга (1996).

Позволю себе изложить на этих страницах некоторые представления собственной модели консультативного процесса.

Консультативный процесс представляется аналогичным процессу индивидуального переживания, совладания с ситуацией невозможности, кризиса, который, однако, осуществляется совместно, в психологическом единстве клиента и консультанта. Эта аналогия проявляется в сходстве содержания, динамики и результатов. Отличия же определяются тем, что в данный процесс активно вовлекаются личностные и профессиональные качества консультанта как инструменты и ресурсы движения. Можно сказать, что консультирование — это процесс совместного осмысления жизненной ситуации клиента и поиска наилучшего решения проблемы. Иным, методическим языком, можно консультирование сравнить с совместным путешествием консультанта и клиента в неизвестные территории — проблемной ситуации, жизни и психики клиента с целью открыть, понять оптимально освоить эти территории.

Подчеркну наиболее важные для меня моменты этой модели.

Центральным является представление о психологической совместности, единстве клиента и консультанта. В определенном смысле это некоторое целостное над- или сверхличностное субъектное психологическое образование, объединяющее и интегрирующее личности клиента и консультанта, осмысляющее, проживающее и перерабатывающее ситуацию кризиса клиента. Очень важно, с другой стороны, что в этом единстве консультант не теряет своей личностной идентичности, своего взгляда и чувств по поводу происходящего, не растворяется в проблеме и переживаниях клиента, так как это чревато утратой им своего терапевтического потенциала.

Это личностное единство, с моей точки зрения, позволяет решить несколько важных консультативных задач. В частности:

1. Достичь глубокого понимания проблемной ситуации глазами клиента, «изнутри», которое включает, наряду с детальным рациональным восприятием обстоятельств, прочувствование личностных смыслов, мотивов, переживаний и эмоций клиента по поводу этих обстоятельств.

Думаю, что именно это имел в виду К. Роджерс (1994, 2019), утверждая, что необходимо как бы стать клиентом, быть «на его стороне», вместе с ним проживать и осмысливать обстоятельства проблемы для нахождения клиентом наилучшего решения. На необходимость проникновения во внутренний мир клиента для понимания его ситуации и проблемы и на этой основе сделать возможным оказание оптимальной помощи указывают и другие известные консультанты.

2. Оказать при необходимости эмоциональную поддержку клиенту, ободрить, вдохновить на основе прочувствования консультантом его состояний потерянности и отчаяния человека по поводу своей ситуации (особенно на начальных этапах консультирования) и привнесения в «совместное поле» чувствования и переживания более целостного, сбалансированного, оптимистичного и энергичного состояния и взгляда на проблему.

Помочь клиенту достичь глубокого осознания и осмысления своей проблемной ситуации. Средствами подобной помощи выступают аккуратная эмпатия, активное слушание и адекватная обратная связь клиенту со стороны консультанта, который с одной стороны, максимально полно проживает ситуацию «здесь и теперь», и поэтому стремится глубоко понять клиента, его состояния и чувства. С другой стороны, консультант осознает эмоциональные реакции и импульсы по поводу происходящего, рождающиеся в его собственном внутреннем мире — мире психологически здорового человека. Обсуждение — диалог с клиентом впечатлений и наблюдений консультанта делает возможным для клиента иные варианты восприятия и отношения к обстоятельствам своей проблемной ситуации. Эта интенсивная коммуникация по поводу проживаемого опыта глубоко понимающих и чувствующих друг друга в едином поле переживания людей лежит в основе приобщения клиента к наиболее полному осознанию и проживанию настоящего. Консультант побуждает клиента к тому, чтобы наиболее тонко и полно прочувствовать, и осознать важные обстоятельства и аспекты ситуации, свои чувства, потребности, переживания; консультант замечает и проблематизирует неискренность или неадекватность (неполноту, категоричность, искаженность) в отношении клиента к тем или иным реалиям и т.п. Первоначально совместный, этот процесс может все более успешно реализовываться клиентом самостоятельно.

3. Этот процесс позволяет клиенту на основе изменившегося видения, осознания и переосмысления ситуации и себя в ней совершить наилучшие выборы и сформулировать наилучшие решения. На этом заключительном этапе личностная сила, душевное и психологическое здоровье консультанта, привнесенные в совместное смысловое психологическое поле нередко оказываются важными средствами, поддерживающим клиента во время первых — самых трудных! — шагов по реализации, воплощению в реальную жизнь новых, непривычных, но наилучших для чего решений.

Некоторые дополнительные замечания.

1. Процессуально консультирование подобно индивидуальному проживанию-переработке кризиса: мучительное переживание тупика, озарения-открытия, периоды отчаяния и разочарования и обнаружения незамеченных ранее возможностей и перспектив, переосмысления прежде совершенно однозначно понимаемых обстоятельств, развитие важных личностных качеств, строительство и воплощение в жизнь новых смыслов и ценностей. Это нередко длительный и нелегкий процесс, который, однако, в случае полного и глубокого, неторопливого его проживания дает бесценный опыт, рождающий новые жизненные смыслы и решения.

2. Повторюсь, что в этом процессе разрешения конкретной проблемной ситуации происходит и изменение личности клиента, приобретение им умений и способностей, характеризующих психологически здорового человека. Эти умения необходимы для разрешения конкретного затруднения. И, подчас, бывает необходима специальная работа по развитию какого-либо конкретного умения для того, чтобы клиент сумел достичь наилучшего разрешения конкретного затруднения. Однако эти личностные умения необходимы для наилучшего строительства своей жизни и в других обстоятельствах и ситуациях. В подобном личностном развитии видится наиболее важный результат консультирования. Ибо, согласно известной притче, можно поймать рыбу и накормить ею голодного один раз, а можно научить голодного самого ловить рыбу.

3. Психологическое здоровье личности и профессиональная компетентность консультанта выступают в этом процессе тем камертоном психологического здоровья, который служит основой диагностики отклонений и “подстраивания” — развития необходимых личностных качеств клиента в процессе совместного “резонирования — звучания” в ситуации. Это обстоятельство накладывает на консультанта требование самому быть психологически здоровой личностью, соответствующей собственной модели психологического здоровья. Для клиента консультант неизбежно выступает моделью психологически здоровой личности, влияния живого примера которой намного сильнее абстрактно высказываемых мудрых мыслей: «суха теория, мой друг, лишь древо жизни пышно зеленеет». Никакие профессиональные знания и умения не смогут заменить и компенсировать отсутствие психологического здоровья у самого консультанта.

4. Использование техник и методик понимается и принимается мною как средство углубленного и интенсивного продолжения, происходящего «естественного» процесса по осознанию, осмыслению и изменению проблемной ситуации. Они могут быть адекватны и полезны при уже назревшей готовности клиента к изменению в том направлении, в котором работает данная техника. Без такой готовности техника может явиться средством манипуляции, грубого воздействия на психику клиента, осуществляемого консультантом ради удовлетворения своих осознаваемых или неосознанных нужд. Действительное искусство консультанта как фасилитатора состоит в умении подобрать и своевременно применить методики и техники, развивающие уже наметившееся движение самого клиента.

В этом заключаются некоторые мысли, по поводу консультирования, которыми мне хотелось поделиться. Возможно, не везде они оказались изложены с необходимой ясностью. Оправданием этого может быть, то, что данная статья лишь шаг в продолжающемся процессе поиска и рассуждений.

Литература

1. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии. М.: Прогресс, 1995.
2. Братусь Б.С. Аномалии личности. М.: Мысль. 1988.
3. Василюк Ф.Е. Психология переживания. М.: Изд-во МГУ, 1994.
4. Колпачников В.В. Индивидуальные модели консультативного процесса и психологического здоровья в консультировании. // Журнал практического психолога. 1997, № 5. С. 18-26.
5. Корнелиус Х., Фейр Ш. Выиграть может каждый. М.: Стрингер, 1992.
6. Маслоу А. Мотивация и личность. СПб.: Питер, 2007
7. Мэй Р. Искусство психологического консультирования. М.: Апрель-Пресс, 2015
8. Роджерс К.Р. Становление человека: Взгляд на психотерапию М.: Прогресс, 1994.
9. Роджерс К.Р. Путь бытия. М., 2019.
10. Перлз Ф. Внутри и вне помойного ведра. СПб.: Изд-во «Петербург-XXI век», 1995.
11. Татаркевич В. О счастье и совершенстве человека. М.: Прогресс, 1981.
12. Фишер Р., Юри У. Путь к согласию Или переговоры без поражений. М.: Наука, 1992.
13. Франкл В. Человек в поисках смысла. М.: Прогресс, 1990.
14. Юнг К.-Г. Проблемы души нашего времени. М.: Прогресс, 1996.

Е.А. Пиотровская

Игровая терапия, центрированная на ребенке: генез, современное состояние, принципы, примеры

В материале рассматривается игровая терапия, центрированная на ребенке, как преломление подхода Карла Роджерса к работе с детьми. Представлено современное состояние этого вида игровой терапии за рубежом. Проанализированы трудности становления этого направления помощи детям в нашей стране. Проведена параллель с другими направлениями терапевтической помощи детям и взрослым. В качестве иллюстрации к материалу текста в него включены два примера работы с клиентами.

Ключевые слова: человекоцентрированный подход, Карл Роджерс, игровая терапия, центрированная на ребенке, эмпатическое понимание, принятие, конгруэнтность, аутентичность.

The material looks at child-centered play therapy as a refraction of Carl Rogers' approach to working with children. The current state of this type of play therapy abroad is presented. The difficulties of establishing this area of assistance to children in our country are analyzed. A parallel was drawn with other areas of therapeutic assistance to children and adults. As an illustration, two examples of work with clients were included in the text.

Keywords: human-centered approach, Carl Rogers, child-centered play therapy, empathic understanding, acceptance, congruence, authenticity.

Специалистов, называющих себя игровыми терапевтами, становится в нашей стране все больше. В Москве есть несколько не связанных друг с другом программ обучения и повышения квалификации в этой области. Как правило, они ведутся увлеченными практиками, передающими свое понимание предмета коллегам. Программа по игровой терапии, центрированной на ребенке, которая в данное время реализуется нами совместно с Т.В. Ониковой на базе Международной Школы Психотерапии, существует с осени 2014 года. За это время подготовлено десять выпусков игровых терапевтов. Процесс обучения и тесный контакт с нашими выпускниками и коллегами в форме супервизий и интервизий позволяет говорить о некоторых общих трудностях в усвоении и применении подхода отечественными специалистами.

На курсы повышения квалификации принимают людей с базовым психологическим образованием. Нередко это специалисты, ориентированные на клинично-диагностическую, психолого-педагогическую и коррекционную профессиональную деятельность. Освоенная методология работы с людьми (детьми и взрослыми) зачастую становится серьезным барьером для освоения практики игровой терапии, центрированной на ребенке.

Отсылки к работам Карла Роджерса часто остаются невостребованными. У специалистов зачастую нет понимания действующих механизмов подхода, Карл Роджерс остается номинальной фигурой, упоминание которой необходимо при разговоре об истоках игровой терапии, центрированной на ребенке, но не более того. Внятного материала, объясняющего связь одного с другим, на русском языке нет.

Теоретические работы вообще не очень востребованы специалистами – практиками, нацеленными на поиск удобного инструментария, который можно использовать в ежедневной работе.

Тем не менее, усвоение некоторой суммы теоретических знаний, на наш взгляд, может помочь более глубокому пониманию подхода, большей осмысленности в его применении, а в итоге – более качественной помощи детям и родителям.

Начинающим игровым терапевтам в нашей стране бывает трудно понять, что игровая терапия, центрированная на ребенке, не рассматривает клиента и его игровую активность с точки зрения стадий психосексуального развития или уровня развития сюжетно-ролевой игры.

Область игровой терапии на постсоветском пространстве напоминает первородный бульон, протоплазму, в которой только - только оформляется организм игровой терапии, центрированной на ребенке.

В этом материале я хотела бы рассмотреть игровую терапию, центрированную на ребенке, как самостоятельное направление психологической практики, имеющее в качестве методологической основы человекоцентрированный подход Карла Роджерса.

Для этого в статье:

- Показана специфика игровой терапии, центрированной на ребенке, в том числе в сравнении с другими направлениями терапии.
- Соотнесены базовые положения подхода Карла Роджерса и игровой терапии, центрированной на ребенке по следующим параметрам: теория личности, характеристики клиента, специфика терапевтического процесса, его условия.
- Сравнивается использование игры в отечественной психологической практике и в игровой терапии, центрированной на ребенке.
- В качестве примера представлены два случая работы с клиентами. Это краткосрочная работа с ребенком, пережившим травматическое событие, и долгосрочная работа с мальчиком с интенсивными страхами. Имена детей и узнаваемые детали их биографии изменены.

Методологической основа статьи – работы Карла Роджерса, Вирджинии Экслейн, Гарри Лэндрета, Кларка Мустакаса, А. Б. Орлова, Е. О. Смирновой, Ди Рэй. Использование игры в отечественной психологической практике не является новостью. Поэтому с самого начала – во избежание путаницы - хотелось бы определиться с базовыми понятиями.

Что такое игровая терапия в современном понимании предмета? Ассоциация игровой психотерапии США предлагает следующее определение игровой терапии: «Игровая терапия – это систематическое использование теоретической модели с целью установления такого межличностного взаимодействия, в ходе которого прошедшие подготовку игровые терапевты используют терапевтические возможности игры для профилактики и разрешения психологических затруднений клиента и обеспечения его оптимального роста и развития». [44, с.208]

Гарри Лэндрет, с именем которого связывают оформление и развитие игровой терапии, центрированной на ребенке, предлагает следующее её определение. «Это динамические межличностные отношения между ребенком (или человеком любого возраста) и терапевтом, обученным процедурам игровой терапии, который предоставляет выбранные игровые материалы и способствует развитию безопасных отношений для ребенка (или человека любого возраста), чтобы в полной мере выразить и исследовать себя (чувства, мысли, переживания и поведение) через игру, естественную среду общения ребенка, для оптимального роста и развития». [Гарри Лэндрет, 2011, с.11]

Недирективная игровая терапия – игровая терапия, созданная Вирджинией Экслин (1947 г.) как преломление подхода Карла Роджерса для работы с детьми. С девяностых годов двадцатого века в США вместо этого употребляется термин «игровая терапия, центрированная на ребенке», как наиболее соответствующий сути подхода.

Клиентоцентрированный/человекоцентрированный подход в психотерапии. Терапевтический подход, созданный Карлом Роджерсом в сороковые-пятидесятые годы двадцатого века, и поначалу называвшийся недирективным.

«Центральная гипотеза этого подхода кратко может быть сформулирована так: человек в самом себе может найти огромные ресурсы для самопознания, изменения Я-концепции, целенаправленного поведения, а доступ к этим ресурсам возможен лишь при соблюдении трех условий, которые способствуют созданию определенного фасилитирующего психологического климата», - пишет сам Карл Роджерс. [51, с.77]

Этими тремя условиями являются:

1. подлинность, искренность или конгруэнтность,
2. принятие, забота, признание – безусловное положительное отношение,
3. наличие эмпатического понимания. [51]

Сегодняшнее состояние клиентоцентрированного/человекоцентрированного подхода характеризуется, что неудивительно, разным его пониманием. [20, 21, 22, 23, 32, 36, 40, 78]

Критерии, позволяющие отнести то или иное терапевтическое направление к роджерсианскому, названы А.Б Орловым. Это: «доверие к клиенту, доверие к процессу, отношение к терапевтическому взаимодействию, отношение к психотерапевтической технике, отношение к психотерапевтической гипотезе, отношение к ответственности в терапии, отношение к медицинской модели в психотерапии, отношение к внутренним ресурсам клиента». [36]

При соотнесении подхода Карла Роджерса и игровой терапии, центрированной на ребенке, мы ориентировались на эти критерии.

1. Игровая терапия, центрированная на ребенке.

1.1. История развития игровой терапии, центрированной на ребенке.

Развитие психологической помощи детям в двадцатом веке самым естественным образом привело к использованию игры в ежедневной практике специалистов.

Феномен игры издавна привлекал самое пристальное внимание исследователей. Вне зависимости от принадлежности к той или иной научной школе или направлению ценность игры для ребенка признается как неоспоримой ценность. [1,5,12,15,18,24,26,58, 64, 67, 76,85]

«Играть для ребенка так же естественно, как дышать» [Schaefer, 2011, с.39]

Первопроходцами в использовании игры в детской терапии стали психоаналитики Анна Фрейд и Мелани Кляйн. В 30-е годы игровую терапию отреагирования предложил Дэвид Леви. В 1947 году была издана работа Вирджинии Экслейн «Игровая терапия», положившая начало недирективной игровой терапии. Книга стала классикой подхода, актуальна и в наши дни. Без цитирования восьми базовых принципов Экслейн до сих не обходится ни одна мало-мальски серьезная работа по игровой терапии. И это не формальная дань уважения, а обозначение фундамента, на котором держится здание игровой терапии.

Это следующие принципы:

- Терапевт выстраивает теплые дружеские отношения с ребенком. При чем хороший раппорт должен быть установлен как можно быстрее.
- Терапевт принимает ребенка таким, какой он есть.
- Терапевт устанавливает такую атмосферу взаимодействия, чтобы ребенок чувствовал свободу в полном выражении своих чувств.
- Терапевт должен быть готов распознать чувства, выражаемые ребенком, и отражать их так, чтобы он мог достичь понимания в отношении своего поведения.
- Терапевт глубоко уважает право и способность ребенка при предоставлении возможностей самому решать свои проблемы. Ответственность делать выбор и начинать изменения также принадлежит ребенку.
- Терапевт не пытается направлять действия ребенка или диалог. Ребенок задает направление, а терапевт следует за ним.
- Терапевт не пытается подстегнуть терапию. Это постепенный процесс, и терапевт хорошо это знает.
- Терапевт накладывает только те ограничения, которые необходимы, чтобы ребенок осознавал реальность происходящего с ним и свою часть ответственности за взаимоотношения. [64, с.80]

Сегодняшнее прочтение Экслейн акцентирует внимание на том, что эти принципы должны применяться вместе, системно. [69]

Экслейн, работавшая с Карлом Роджерсом, фактически адаптировала недирективную терапию для работы с детьми. Принципиальным отличием от терапии взрослых стало предложение детям определенного набора игрушек для использования, понимание, что детям привычнее и естествен-

нее играть, нежели говорить. (Хотя и признавалось, что они могут не играть на сессиях, если не чувствуют такого желания). В остальном – следовании за инициативой клиента, доверии его способности выбирать нужный способ самовыражения, создании условий для роста – В. Экслейн полностью наследует принципам Карла Роджерса. В том виде, в котором они были изложены к 1947 году.

В пятидесятые годы о недирективной игровой терапии – как о живой терапии, или терапии отношений ярко пишет Кларк Мустакас, нащупывающий свой путь для работы с детьми. Он не только изучает игровую терапию, анализируя, так же, как и Роджерс, аудиозаписи сессий, но и популяризирует подход. Истории его встреч с детьми – это всегда глубоко человеческие, личные истории, проникнутые теплым уважительным отношением к каждому ребенку. Мустакас одним из первых обозначил динамику процесса клиента в игровой терапии. [31,81]

В 1964 году Экслейн делится с широкой аудиторией захватывающим повествованием «Диббс в поисках себя». Читатели становятся свидетелями драматической истории изменения маленького клиента. Мальчик, которого считали несостоятельным как родители, так и педагоги, на глазах читателя пробивается к собственным силам и возможностям. Книга переиздается до сих пор, привлекая внимание многочисленной аудитории к возможностям игровой терапии.[67]

В 1982 году в США была создана Ассоциация специалистов по игровой терапии. Сегодня организация объединяет больше пяти тысяч игровых терапевтов разных направлений, имеет несколько уровней участия, в том числе – международного. Сертификация специалистов подразумевает прохождение различных программ и определенное количество представленных для супервизии случаев. В игровой терапии, центрированной на ребенке, есть начальный и продвинутый уровень, возможность получить специализацию по работе с родителями и учителями. Членство в Ассоциации ежегодно подтверждается, в числе прочего, участием в отдельных обучающих семинарах и ежегодной конференции Ассоциации – масштабном мероприятии, собирающим несколько тысяч участников.

В 1991 году вышло первое издание культовой для игровых терапевтов книги Гарри Лэндрета «Игровая терапия. Искусство отношений». Эта книга о теории и практике подхода написана с большой любовью к детям, оставляет ощущение живого разговора с автором. Удивительно, но автору удалось совместить изложение теоретических положений с теплой человеческой манерой разговора. И ещё – это очень личная книга. Говорит ли Лэндрет о каких-то эпизодах из своей жизни, делится ли соображениями о работе с детьми - это воспринимается как органичное выражение его позиции, мироощущения. Что касается содержания, то Лэндрет говорит о принципах работы с детьми и родителями, о трудных ситуациях в игровой комнате. Это, фактически, подробное пособие по работе с детьми в игровой терапии. Переведенная на русский язык уже в 1993 году, изданная большим для постсоветского времени тиражом в 20 000 экземпляров, книга заразила духом «недирективности» многих отечественных профессионалов, до этого мельком или почти ничего не слышавших о возможности работать с детьми подобным образом. Понят-

но, что обучаться подходу в нашей стране в это время было негде и не у кого. Специалисты присоединяли это новое знание в формирующийся арсенал своих методов - кто как понял.

С 1992 года в США стал издаваться профильный Международный Журнал по Игровой Терапии (International Journal of Play Therapy). Издание благополучно существует и сегодня – уже с четырьмя, а не с двумя выпусками в год, как это было первоначально. При этом в каждом из номеров публикуется 5-6 материалов по различным вопросам игровой терапии. [68]

Признанным в мире центром развития подхода является Центр игровой терапии университета Северного Техаса в США. Его работа связана с деятельностью Гарри Лэндрета, а также – в наши дни - Сью Браттон и Ди Рэй.

По воспоминаниям Гарри Лэндрета, в самом начале создания Центра студентов, изъявляющих желание обучаться игровой терапии, было мало. Сегодня ситуация качественно изменилась. Игровой терапии, центрированной на ребенке, учатся многие и многие специалисты – как из США, так и из других стран. [26]

Игровая терапия переживает расцвет, становится полем, в котором сосуществуют самые разные направления и модели.

У Чарльза Шеффера, в частности, читаем о списке из 17 направлений. Это психоаналитические подходы к игровой терапии, юнгианская аналитическая терапия, адлеровская игровая терапия, игровая терапия высвобождения, игровая терапия, центрированная на ребенке, домашняя игровая терапия (filial therapy), гештальт игровая терапия, экспериентальная игровая терапия, семейная игровая терапия, групповая игровая терапия, экосистемная игровая терапия, тераплай, игровая терапия, сфокусированная на решении, когнитивно-бихевиоральная игровая терапия, нарративная игровая терапия, интегративная игровая терапия, прескриптивная игровая терапия. [85]

Какое место в этой палитре различных направлений занимает игровая терапия, центрированная на ребенке?

Условной демаркационной линией между двумя большими группами направлений иногда считают принцип директивности – недирективности. [8,32] Игровая терапия, центрированная на ребенке, относится к большой группе недирективных подходов, обозначая одну из двух крайних точек в континууме «директивность» - «недирективность». Специалист предоставляет ребенку полную свободу в выборе его активности на занятии.

Вместе с тем, такие популярные авторы как Cochran, N.H., Cochran, J. L. и Nordling W. J. возражают протестуют против определения ССРТ как недирективного. По оценке авторов термин недирективность был хорош для противопоставления зарождающейся терапии нового типа в противовес существующему директивному подходу. Сегодня же он может создавать ложное впечатление о пассивности специалиста, который якобы просто присутствует на сессиях. На самом деле, игровой терапевт направляет ребенка. Направляет к самопознанию, самопониманию. Эта принципиальная позиция авторов. [69]

Получается, что движение ребенка все-таки направляется специалистом? Конечно, при этом не имеется виду решение конкретных «проблем», с которыми привели на терапию ребенка. Эта проблема может быть какой угодно – «агрессивность», «страхи», «стеснительность», «переживания из-за развода»,

«инфантильность». Речь идет всего лишь о выборе специалистом траектории движения ребенка в соответствии с базовыми предположениями подхода. То есть специалист знает, в каком именно направлении будет двигаться ребенок и последовательно направляет его к движению в его внутреннем мире - к лучшему пониманию самого себя.

«Применяя определенные навыки в последовательной предсказуемой манере, которая создает определенный контекст отношений, стимулирующий ребенка к самовыражению и самоуправлению, терапевт является активным, дисциплинированным и предсказуемым». [69, с.25]

В базовых современных работах игровая терапия, центрированная на ребенке, сопоставляется с несколькими другими видами игровой терапии. В представлении такой известной фигуры в игровой терапии, центрированной на ребенке, как Dee Ray, это сопоставление выглядит следующим образом.

Когнитивно-поведенческая игровая терапия. Второй по частоте цитирования вид игровой терапии. На условной шкале директивности - недирективности этот подход и ССРТ занимают противоположные места. На одном полюсе – вера во врожденную возможность самоактуализации ребенка. На другом – обучение ребенка, тому, какие его убеждения рациональны, какие нет. И, соответственно, прямое руководство терапевтом его «лечением». Один подход фиксируется на ребенке, другой - на проблеме.

Адлериянская игровая терапия. Третье по популярности направление, имеет сходную с ССРТ систему взглядов на ребенка, но адлериянцы склонны направлять и игровую активность, и поведение ребенка на сессиях.

Гештальт игровая терапия с детьми. Подходы объединяет вера в ребенка, его возможности, но гештальт отличается по технике работы.

Юнгианская игровая терапия. Удерживает в своем фокусе проявления личного и коллективного бессознательного в активности ребенка, направляет его к интеграции этих проявлений в одно целое. Игровой терапевт предлагает ребенку использовать те или иные виды активности - драматизацию, игру, рисование и так далее. [82, с.43-49]

Dee Ray, чьи взгляды изложены выше, делает акцент на разнице подходов. Cochran, N.H., Cochran, J. L. и Nordling W. J. , наоборот, в своем подробнейшем пособии – учебнике по игровой терапии, центрированной на ребенке, подчеркивают сходство игровой терапии с другими направлениями психологической практики.[69]

Говоря о сходстве ССРТ с другими направлениями психотерапии, авторы отмечают такие его особенности, как:

- процесс осознания прежде отрицаемого опыта (как в психоанализе, психодинамическом подходе, теории объектных отношений) и сфокусированность на отношениях терапевта и клиента – только без интерпретаций;
- акцент на происходящем сейчас (как в экзистенциальном подходе или гештальт-терапии).

Отмечается и переключки работы с ограничениями в ССРТ с поведенческими методами. [69, с.52]

В современных пособиях, учебниках, справочниках по игровой терапии

часто можно встретить главы, посвященные самым разным направлениям игровой терапии. Как правило, они мирно соседствуют друг с другом. [65,76]

В одной из масштабных работ последнего времени, работе «Play Therapy» Terry Cottman предприняла попытку выделить основные единицы игровой терапии, и сравнить их специфику в разных подходах. К примеру, автор пишет о том, как принято работать с ограничениями, как происходит взаимодействие с родителями в практике разных подходов и специалистов. [76]

Выраженная конфронтация характеризуют оппозицию «Игровая терапия, центрированная на ребенке» (ССРТ) - «Когнитивно-поведенческая игровая терапия» (СВРТ). Это давняя история. «Дебаты о том, какой теоретический подход лучше – директивный или недирективный – существуют на всем протяжении развития игровой терапии. Эти дебаты вызывают сильные эмоции и реакции разногласия внутри нашего профессионального сообщества сообщества», - отмечают, в частности, Kenney-Noziska, S. G., Schaefer, C. E., и Homeyer, L. E.[75,с.245] Авторы считают, что выбор того или направления специализации в игровой терапии слишком часто определяется влиянием харизматичного преподавателя, возможностью обучаться только одному из направлений и мировоззрением специалиста, совместимостью конкретного подхода с его индивидуальностью.

В противовес этому авторы считают, что пора уходить от дихотомии «черное - белое». Целесообразнее, на их взгляд, совмещать в работе директивный и недирективный подход – в зависимости от нужд того или иного клиента, а не ориентироваться на личные предпочтения специалиста. Эта тенденция – сочетать в работе разные подходы представлена в сегодняшней зарубежной игровой терапии, но разделяется не всеми авторами.

На наш взгляд, следование позиции Карла Роджерса исключает работу с одним и тем же ребенком то в директивной, то в недирективной манере. Если специалист изначально верит в возможности ребенка, и считает необходимым создавать условия для высвобождения его актуализирующей тенденции, то как он может вдруг начать «вести» ребенка к тому или иному поведению?

Есть большая разница между выражением своей мировоззренческой позиции в работе и использованием тех «методик» и методов, которые кажутся подходящими для ребенка с той или иной проблематикой.

Между тем, даже у такой знаковой фигуры в сегодняшней игровой терапии, центрированной на ребенке как Dee Ray, находим описание работы с агрессивным ребенком, сочетающим в себе два подхода. В игровой с ним работают в рамках ССРТ, а вот маме тот же специалист рекомендует директивное ролевое проигрывание проблемной ситуации (отхода ко сну) дома. [82].

Эмпирические исследования, подтверждающие эффективность работы ССРТ с детьми, страдающими теми или проблемами и нарушениями развития, множатся и множатся.

С 1940-х по 2010-е годы в США опубликовано 63 исследования, показывающие эффективность ССРТ в работе с разными группами детей [82]. Это дети с задержкой развития, с трудностями освоения навыков чтения, с проблемами речевого развития, с глухими детьми, с детьми, длительное время находившимися в больничных стационарах. Еще одну группу детей состави-

ли дети, ставшие жертвами домашнего, сексуального, физического насилия, пережившие катастрофы и стихийные бедствия, к примеру, землетрясение, дети, находящиеся в трудных жизненных ситуациях – бездомные.

Проведенный нами анализ публикаций, связанных с игровой терапией, центрированной на ребенке, в *International Journal of play therapy* (2009 – 2018) добавляет к этому несколько исследований по работе с глухими детьми, с детьми, страдающими аутизмом, с детьми, страдающими спинальной мышечной атрофией. Кроме того, появляются публикации по работе средствами ССРТ с группами детей, так или иначе принадлежащим к группам риска - представлена работа с маргинальными детьми, в частности, беженцами из Северной Кореи, Сомали, с детьми эмигрантов.

Мета-анализ 93 исследований, выполненных с 1953 по 2000 год, показывает высокую результативность использования этого подхода в работе с детьми, имеющими самые разные проблемы. [87]

Были отобраны данные по работе с 3 248 мальчиками и девочками. Средний возраст детей составил 7 лет, а также и 6, 7 года в случаях, когда игровую терапию проводили не профессионалы. При этом 43 исследования были взяты из журналов, а 40 (и это важный показатель) – из текстов диссертаций, тезисов, то есть из неопубликованных работ.

По данным этих 93 источников дети, проходившие игровую терапию, показали несравненно более высокие показатели психологического благополучия, нежели дети из контрольной группы.

Было обнаружено, что эффективность гуманистической недирективной игровой терапии значительно опережает эффективность директивной терапии. Игровая терапия, центрированная на ребенке, представлена сегодня множеством исследований эффективности подхода в работе с разными группами детей. Анализ публикаций *International Journal of Play Therapy* с 2009 по 2018 гг. позволяет говорить о явном преобладании ССРТ сравнительно с другими подходами в игровой терапии (тераплай, адлериянская, юнгианская). Их количественное соотношение – 50:79. [74]

Вместе с тем, «внешние» источники, не связанные с полем игровой терапии, иногда предлагают нам другой ракурс понимания ситуации.

К примеру, в известном труде «Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка» Мэш и Вольф перечисляют несколько подходов для работы с детьми и семьями. Это психодинамическая, когнитивно-бихевиоральная, клиентцентрированная, семейная и медикаментозная терапии. Несмотря на то, что подход попал в этот список, ни в одном разделе, посвященном работе с тем или иным конкретным нарушением, мы не нашли рекомендаций использовать клиентоцентрированную терапию. Что не скажешь о когнитивно-поведенческом подходе. [30]

Совсем недавно, в апреле 2020 года громкий резонанс в профессиональной среде вызвало заявление о недостаточной доказательной базе для использования игровой терапии в работе с ПТСР. «Потребители лучше осведомлены о качестве черепицы для крыш своих домов или качестве кукурузных хлопьев, чем о психологической помощи. На рынке царит вводящая в заблуждение путаница», - отметил доктор медицины **Michael S. Scheeringa**. [80]

Почти незамедлительно вслед за этим последовала реакция членов

правления Ассоциации игровой терапии США, которые опубликовали текст под названием «Почему игровая терапия подходит для работы с симптомами ПТСР». В хорошо структурированном материале перечисляется ряд причин, в том числе – ссылки на доказанную эффективность такой работы с указанием списка источников. [90]

Требования доказательности (evidence based) подхода оказывают большое влияние на характер исследований в области эффективности игровой терапии. Заметим, что существенным является «профиль» того или иного научного журнала, его принадлежность – явная или не обозначенная – к тем или иным научным сообществам и профессиональным кругам.

В целом, можно сказать, что игровая терапия, центрированная на ребенке, широко применяется в работе с детьми 3 – 10 (12) лет. Ограничений для его использования очень мало. Если с ребенком возможен – хотя бы гипотетически – эмоциональный контакт, игровая терапия, центрированная на ребенке, может быть уместна.

Работа может реализовываться в индивидуальной или групповой форме. Чаще всего проводится раз или два в неделю. Хотя в литературе есть упоминания и об интенсивной форме её проведения - ежедневно в сжатый период времени. Работа игрового терапевта с детьми сегодня подразумевает регулярные консультации с родителями.

1.2 Современное состояние игровой терапии, центрированной на ребенке. Работа с детьми и родителями. Подготовка специалистов.

Как было показано выше, современное состояние игровой терапии, центрированной на ребенке, позволяет говорить об эффективности подхода в работе с самыми разными эмоциональными и поведенческими проблемами.

При этом специфики работы с тем или иным «нарушением», условно говоря, нет. Игровой терапевт использует одни и те же «механизмы воздействия», независимо от того, что именно беспокоит самого ребенка, его родителей и/или педагогов. Если и есть разница, то она касается формы реализации, но не её содержания и «мишени воздействия».

Трудная для понимания особенность работы игрового терапевта заключается в том, что конкретная специфика эмоциональных или поведенческих проблем практически не влияет на работу игрового терапевта.

В зарубежных материалах по игровой терапии, центрированной на ребенке, анализ конкретных случаев работы с детьми именно с точки зрения роджерсианского подхода представлен довольно скупо. Тем не менее, такие примеры есть.

В материале коллектива авторов (Cochran, Jeff L., Cochran Nancy H., Ashley Cholette, Nordling William J.) представлены два случая работы с мальчиками шести лет. Оба были учениками городского учебного заведения, большинство детей из которых происходили из бедных семей. Оба отличались разрушительным поведением. И того, и другого воспитывали матери - одиночки, жаловавшиеся на давние проблемы в поведении детей. Дети вызывающе вели себя в детском саду, имели массу нареканий от педагогов. В работе активно использовались ограничения. Оба ребенка значительно улучшили свое поведение в классе по отзывам педагогов. Выполненные батареи тестов

в начале и в конце работы также дали картину улучшения по ряду стандартизированных параметров. [70, с. 236-250]

В небольшом разделе материала «Концептуализация и действующие механизмы подхода» авторы исследования показывают логику прохождения детьми курса игровой терапии, центрированной на ребенке». Свободное самовыражение ребенка, эмпатическое понимание его терапевтом и безусловное принятие являются первостепенными в этом подходе», - отмечают авторы. [70, с. 246]

Мальчик, идентифицированный как клиент С., избегал близости с терапевтом из страха быть отвергнутым. После череды попыток «устроить взрыв», вызвать негодование терапевта и получив, несмотря на это, то же принятие с установлением границ, казалось, перестал волноваться из-за возможного отвержения. Стал спокойнее, зная, что, чтобы они ни делал, привычного ему отвержения не будет. Стал лучше переносить требование соблюдать границы в школе. «Терапевтический опыт помог ребенку изменить Я-концепцию, - отмечают авторы, - изменил неконструктивную внутреннюю речь (self-talk), развил внутренний локус оценки... Пример С. показывает, что «процесс самоактуализации может быть фасилитирован таким гуманистическим терапевтическим направлением как ССРТ. Когда самосознание (self-awareness) фасилитируются, дети выбирают просоциальное, доброе поведение, а также стремление к зрелости (ever-maturing). [Там же, с. 248]

Доктор Dee Ray в подробнейшем учебном пособии «Advanced Play Therapy» приводит пример работы с мальчиком Дэвидом, проходившим у неё игровую терапию. Родители жаловались на агрессивность ребенка. Терапевт сообщила им, что на сессиях ребенок сможет выражать себя всецело, в том числе то, что удерживает его от заботы о других, сможет научиться контролировать свои импульсы. [82, с. 258- 260] Таким образом, активность конкретного ребенка увязывается с общими теоретическими положениями подхода. Для этого специалист должен хорошо понимать философию подхода. Авторы современных книг и учебных пособий неизменно подчеркивают, что эти конкретные техники помогают реализовать базовые условия подхода – эмпатическое понимание, безусловное положительное отношение и конгруэнтность.

Программа подготовки игровых терапевтов включает такие базовые навыки, как понимание принципов подхода, умение оборудовать комнату для игровой терапии и владения базовыми техниками. К сегодняшнему дню практический инструментальный игровой терапевта разработан за рубежом самым подробным образом.

Трэкинг. Отражение внешне наблюдаемых действий ребенка. «Ты берешь карандаш», «Машинка едет в гараж». Предлагается как самый простой способ сообщить ребенку о том, что игровой терапевт его видит и принимает его действия. При обучении этой технике особое внимание уделяется тому, для чего она нужна. Главное - транслировать ребенку свое принятие. Особый акцент делается на необходимости говорить доброжелательным теплым голосом, на волне экспрессии ребенка.

Эмпатическое понимание. Отражение внутреннего состояния ребенка,

его чувств. Требуется развитой эмпатии, умения почувствовать внутренний мир ребенка таким, какой он есть в текущий момент. Часто бывает соединен с трэкингом в одной фразе. «Ты попал в цель – ты так рад!», « Башня упала, и ты очень-очень огорчился». [82, 69]

К сегодняшнему определены уже и параметры отражения – то, на чем можно фокусироваться специалисту. Что, на наш взгляд, дает возможность расширить области своего внимания, наводит фокус на те проявления ребенка, которые можно отразить.

Возможные аспекты эмпатического понимания:

Чувства. Девочка вбегает в игровую находит свою любимую игрушку, куклу и восклицает: «Она здесь!». Терапевт: «Ты так рада, что кукла здесь, и ты можешь играть с ней сегодня!» [69, с. 148]

Предпочтение нравится /не нравится (преференции). Ребенок начинает рисовать дверь, хмурится, потом стирает то, что нарисовал, и начинает снова. Терапевт: «не получилось так, как ты хотел нарисовать, поэтому ты пытаешься снова». [Там же, с. 148]

Мотивация и намерения. Ребенок раскрашивает рисунок тщательно и медленно, подставляя другую руку, чтобы убедиться, что не выходит за контур фигуры. Терапевт: «Ты стараешься закрасивать внутри контура фигуры». [Там же, с. 149]

Убеждения. Ребенок, во время ролевой игры, где действуют две белки, одна из них просит другую поделить кучку орехов на двоих. Но белка явно кладет себе больше орешков. Ребенок (из роли той белки, у которой меньше орешков в куче) кричит другой: О! У тебя больше орешков!!! Терапевт: « Белка не думает, что это справедливо – что у другой белки больше орешков! Это возмущает её!» [Там же, с. 150]

Желание отношений. Ребенок может очень прямо выражать свое желание иметь отношения во время игровой терапии, к примеру, обнимая игрового терапевта. Однако часто это желание отношений выражается более тонко. Ребенок заканчивает рисовать, подпрыгивает и бежит к терапевту с ухмылкой на лице. Терапевт: ты подбежал ко мне потому что хочешь, чтобы я увидел, что ты нарисовал! (отражено желание отношений). Ты гордишься этим рисунком! (отражение чувств).[Там же, с. 150]

Кроме того, предлагаются следующие виды ответов игрового терапевта:

Поддержка самоуважения. Используется, когда нужно подчеркнуть достижение ребенком его целей. Распространенной фразой является « У тебя получилось!», когда ребенок попадает в цель, у него получается то, что он старался сделать. [82, с. 161]

Поддержка самостоятельности, передача ответственности. Дети могут спрашивать, что и как им делать, у игрового терапевта. «Каким цветом нарисовать лошадь?», «Как это называется?». Специалисту предлагается отвечать на подобные просьбы фразой «Здесь ты решаешь, как действовать (рисовать, называть) ». [Там же, с. 161]

Для ответов на просьбы, команды, вопросы ребенка предлагается определенный алгоритм ответов ребенку.

Ответы на вопросы. К примеру, ребенок спрашивает о времени, которое

остается до конца занятия. Во-первых, следует попытаться дать эмпатический отклик, учитывая конкретную ситуацию взаимодействия с ребенком. К примеру: «Ты хочешь закончить эту поделку сегодня, и волнуешься, успеешь ли». Или: «ты так хочешь оправиться на день рождения к другу, что хочешь, чтобы занятие поскорее закончилось». [69, с.190] После этого эмпатического ответа специалист решает, предоставить ли ему конкретную информацию ребенку или нет. В приведенном примере ответ может быть «до конца занятия осталось десять минут».

Вопросы, касающиеся личной информации о терапевте, рассматриваются в таком же ключе. При этом терапевт после эмпатического ответа может ответить «... но я не буду отвечать здесь на этот вопрос». [Там же, с.192]

Сами вопросы классифицированы по видам. В ходе подготовительного тренинга слушателям предлагается определить, какой тип вопроса перед ними. И упражняться в ответах.

Есть уже и наиболее распространенные ошибки, выявленные в ходе обучения многих и многих игровых терапевтов, работающих в подходе.

Итак, в распоряжении игровой терапии, центрированной на ребенке, сегодня есть подробный инструментарий для работы с ребенком. Этому инструментарию обучают, его использование оценивается при супервизии специалистов. Более того, предсказуемость реакций терапевта считается залогом надежных терапевтических отношений. (Как и четко определенный терапевтический сеттинг – занятие идет четко по времени, игрушки нельзя уносить или «брать напрокат» из игровой комнаты, отношения ребенка и игрового терапевта вне занятий не должны продолжаться.)

Возникает вопрос – насколько это противоречит подходу Карла Роджерса, выступавшего против всякой предопределенности, использованию техник. В соответствии с его взглядами, человек, выступающий в роли специалиста, это в первую очередь, конгруэнтный человек. Он не говорит того, что не чувствует и не показывает того, чем не является. Он максимально остается самим собой в отношениях с клиентом. Его задача – создать некую среду, в которой человек может освободить тенденцию к актуализации. Он проявляет безусловное положительное отношение к клиенту. Он старается эмпатически понять его. Но направление движения (в своем внутреннем мире) клиент выбирает сам.

Вместе с тем, как подчеркивают сегодня практически все авторитетные авторы, пишущие об игровой терапии, подробно разработанные руководства для игрового терапевта нужны, чтобы :

- 1) создавать и поддерживать терапевтические отношения, в которых ребенок чувствует себя принятым без всяких условий ценности.
- 2) ребенок смог интериоризировать это отношение
- 3) ребенок увидел себя как в системе зеркал – отдал себе отчет в своих реакциях, во всех сторонах своей природы, и принял это.
- 4) научился выражению самых разных сторон своей природы социально приемлемым способом. [69,82]

Работа с родителями. С шестидесятых годов двадцатого века в тогда еще недирективной игровой терапии проявляется новое направление. Бернард Гирней предлагает профессиональному сообществу свой опыт по обучению родителей проведению игровой терапии дома. [71,72] Вирджиния Экслейн отмечала, что прохождение родителями личной терапии было бы на пользу ребёнку. При этом она считала возможным и осуществляла работу с ребенком и без участия родителей. Так проявлялось её убеждение, что ребенок может меняться и реагировать на прежние поведение других членов семьи по-другому, даже если сама семья не меняется.

Бернард Гирней стал обучать родителей, так как считал, что это расширит возможности помощи детям. Дальнейшее развитие этого направления покажет, что он был прав. Через тридцать лет Гарри Лэндрет и Артур Крафт предложат модель так называемого тренинга детско-родительских отношений. [25] Это программа из десяти занятий для небольших групп родителей. Их обучают навыкам проведения домашних игровых сессий, используя определенные навыки. Акцент в этой программе делается на улучшение детско-родительских отношений.

Анализ публикаций International Journal of play therapy за 2009-2018 годы показывает, что 21 материал разных выпусков журнала рассматривает те или иные аспекты тренинга детско-родительских отношений. Рассматривается, в частности, работа с разными этническими группами родителей, работа с родителями детей разного возраста, и изменения, происходящие в ходе занятий с детьми и родителями. [74]

(Заметим, что за этот же период, с 2009 по 2018 год опубликовано 79 материалов по работе с детьми, страдающими теми или иными нарушениями, в рамках того или иного вида игровой терапии. 50 из них – по игровой терапии, центрированной на ребенке).

С развитием игровой терапии как отдельного вида терапевтической практики работа с родителями, в отличие от опыта Вирджинии Экслейн, стала проводится на регулярной основе в форме плановых консультаций.

Зарубежные специалисты отмечают значительные трудности в сотрудничестве игровых терапевтов с родителями. Это касается, в частности, таких вопросов как объяснение родителям сущности подхода, а также частое желание взрослых получить немедленные рекомендации по поводу разрешения проблем ребенка.

В современных пособиях по игровой терапии, центрированной на ребенке, уделяется много внимания построению отношений специалиста с родителями.

Cochran, N.H., Cochran J.L. и Nordling W. J. , отмечают, что в ходе первой консультации родитель должен понять, что игровой терапевт уважает его как родителя и не будет становиться адвокатом ребенка. «Родители должны понимать, что вы верите в его возможности». [69, 317] Специалисту предписывается вернуть родителю то позитивное, что он видит в нем как в родителе, и в том, что лежит за его рассказом о проблеме ребенка. В его задачу также входит объяснение родителю сути игровой терапии, центрированной на ребенке. Оговариваются такие вопросы как конфиденциальность ребенка, необходимость регулярно быть на родительских консультациях. Регулярные

консультации с родителями предлагается проводить по условной схеме – полчаса на то, чтобы родитель поделился тем, что происходит дома, полчаса – для слов терапевта. [69]

Dee Ray довольно подробно останавливается на работе с родителями, подчеркивая, что это зачастую сложно для специалиста. Первая консультация проводится без ребенка, длится до двух часов. Подразумевается традиционный для детского психолога сбор анамнеза, выяснение обстоятельств жизни ребенка и семьи. Регулярные консультации с родителями проводятся через каждые три-пять встреч с ребенком. Во взаимодействии с родителями важно занимать позицию сотрудничества. Dee Ray предлагает специалисту каждый раз решать – оказывать ли в этот раз эмоциональную поддержку родителю, или стоит обучать его навыкам конструктивного взаимодействия с ребенком. Имеются в виду те же навыки, которые использует специалист в игровой терапии – для улучшения взаимоотношений с ребенком. [82]

Несколько иначе расставляет акценты работы с родителями Кларк Мустакас. Он предлагает идти по запросу родителей, и разговаривать в той плоскости, которую выбирают родители. Это может быть разговор о ребенке, или о переживаниях родителей. В протоколах реальных сессий с родителями, которые он приводит в книге «Игровая терапия. Искусство отношений» видно, как именно специалисты могут быть полезны родителю. Так, в одной из консультаций специалист ограничивается отражением чувств родителей, и составляет их разочарованными. В другой – старается помочь родителям увидеть скрытый смысл за поведением ребенка, которое удручает родителей. Чувства родителей при этом также не теряются и остаются в фокусе внимания терапевта. На этих наглядных примерах автор показывает примеры более или менее удачной работы с родителями. [31]

Подготовка специалистов. Супервизии. Подготовка игровых терапевтов в США поставлена на поток. Есть стандартные программы по обучению специалистов – компактные по времени, но предполагающие экзамен и определенное количество часов практики, которые должны супервизироваться – опять же в определенном объеме. Есть базовый уровень подготовки, есть продвинутый. Для подтверждения членства в профессиональной организации необходимо, помимо всего прочего, ежегодно подтверждать свой профессиональный уровень. Для этого предполагается участие в семинарах и ежегодной конференции, которые дают определенное количество баллов. Супервизорам рекомендуется устанавливать с супервизируемым хороший эмоциональный контакт, это тоже, в первую очередь, отношения! – При этом практические навыки супервизантов оцениваются в соответствии с предлагаемой таблицей с конкретными обозначенными параметрами. [82]

(Вместо выводов к первой части).

Итак, игровая терапия, центрированная на ребенке, это терапевтический подход, который широко применяется в работе с детьми и их родителями. Противопоказаний для применения подхода очень мало. С течением времени, наоборот, увеличивается количество исследований, которые свидетельствуют о возможностях применения подхода в работе с разными группами детей. Так, например, за последние годы увеличилось количество публикаций о работе

с детьми, имеющими расстройства аутистического спектра. Анализ публикаций по эффективности подхода с разными группами детей показывает, что большое количество исследований посвящено работе с маргинальными группами детей. Это беженцы, дети из бедных семей, дети, принадлежащие к тем или иным меньшинствам по этнической, к примеру, принадлежности. Много публикаций по работе с травмированными детьми, с детьми, страдающими различными заболеваниями или особенностями здоровья.

При этом профессиональная литература не предлагает образ ребенка, шаг за шагом отходящего от своей изначальной сущности, постепенно начинающего жить не своей жизнью. Именно такого ребенка, если обобщать работу с самыми разными детьми, видит в своем кабинете автор этой работы. Возможно, создание такого обобщенного образа, с наглядно показанной историей его жизни, выходит за рамки психологической исследований.

Игровая терапия, центрированная на ребенке, имеет сегодня в своем распоряжении подробнейший инструментарий для работы с детьми. Определены и систематизированы самые разные проявления специалиста в ответ на самые разные реплики и моменты поведения ребенка. Связь этих «инструментов» с тремя базовыми условиями терапии Карла Роджерса и восьмью принципами игровой терапии Вирджинии Экслейн неизменно подчеркивается современными авторами. Можно говорить об этом как о развитии взглядов основоположников и игровой терапии, и человекоцентрированного подхода, несмотря на то, что Карл Роджерс не предполагал такой «технологизации» подхода.

В рамках подхода ведется работа с детьми, и их родителями. Принцип недирективности, безоговорочно применяющийся с детьми, видоизменяется в работе с родителями. В консультировании родителей специалисты стараются установить отношения партнерства, взаимопонимания. Подчеркивается необходимость эмпатического понимания родителей. Вместе с тем, широко применяется обучение родителей навыкам взаимодействия с детьми. И на индивидуальных консультациях, и в рамках специального тренинга детско-родительских отношений происходит тренировка навыков, которые используются в игровой терапии – эмпатическое понимание, предоставление выбора, введение ограничений и так далее.

На наш взгляд, все это свидетельствует о двойственности игровой терапии. С ребенком специалист работает недирективно, а родителей начинает обучать вполне конкретным умениям и навыкам. Эта двойственность, вероятно, побуждает и самых авторов всячески подчеркивать важность отношений – как в работе с детьми, так и с родителями, с супервизантами. «Игровая терапия – это не гардероб с набором методик» [Гарри Лэндрет, 1994, с.115] «Игровая терапия – это цельная терапевтическая система, а не применение нескольких техник, направленных на установление контакта» [Чарльз Шеффер, 2011, с.203]

На наш взгляд, выраженная технологичность способов воздействия, о которой можно говорить сегодня применительно к игровой терапии, центрированной на ребенке, имеет причины для появления, а именно:

1. Накопление большого фактического материала, протоколов сессий с детьми, аудио и видеозаписей.

2. Развитие большого интереса к подходу, и необходимость обучения все новых и новых терапевтов. Обучать специалистов по образцу средневековой «штучной» передачи мастерства от опытного ремесленника к подмастерью, к сожалению, не представляется возможным. Сертификация специалистов предусматривает определенные нормы оценки и контроля. Это можно осуществлять при наличии определенных процедур работы, и гораздо труднее реализовать, скажем, при соблюдении только принципов и условий того же роджерсианского подхода.
3. Многочисленные исследования, свидетельствующие об эффективности подхода стали возможны, потому что профессионалы используют в своей работе определенный инструментарий. Не возникает вопросов о том, что работа велась именно так, как предписывает метод. Требования доказательной медицины диктуют свои правила.
4. Профессия психолога стала массовой, контроль профессиональных сообществ и других социальных институтов над деятельностью специалиста также упрощается, а возможно, и просто становится возможным благодаря наличию четких процедур работы.

Реалии нынешнего времени, в том числе превращение профессии психолога в массовую профессию в условиях рыночной экономики диктуют свои правила. Нельзя не отметить и тот факт, что психологическая (психотерапевтическая) помощь оказывается в развитых зарубежных странах в четко определенном правовом поле.

2. Человекоцентрированный подход и игровая терапия, центрированная на ребенке.

Упоминание взглядов Карла Роджерса очень характерно для современных зарубежных работ по игровой терапии, центрированных на ребенке. [61,62,63] Об основополагающей триаде Роджерса – эмпатическом понимании, безусловном положительном отношении и конгруэнтности специалиста говорится практически всегда. Как и о стремлении ребенка к актуализации, которая была заблокирована по той или иной причине.

Доктор Dee Ray, возглавляющая сегодня Центр игровой терапии университета Северного Техаса, в знаковой работе «Продвинутая игровая терапия» рассматривает эту преемственность самым пристальным образом. «Моя цель – провести параллель между и человекоцентрированным подходом Карла Роджерса», - пишет автор. [82,с.86]. В работе перечисляются и рассматриваются девятнадцать предположений Карла Роджерса о природе человека, изложенных им в 1951 году в работе «Клиентоцентрированная терапия». Автор пишет о значительных трудностях, которые испытывают даже опытные игровые терапевты, пытаясь объяснить – как же процесс терапии помогает детям справиться с проблемами. «Хорошо бы терапевту четко понимать роль ребенка, роль терапевта и роль их взаимоотношений». [82, с 231]

Заметим, что цитируются работы Карла Роджерса, опубликованные им не позже 1959 года.

Ниже мы сравниваем такие важные составляющие терапевтического процесса клиентоцентрированной терапии и игровой терапии, центрированной на ребенке как:

- Теория личности, понимание процессов развития
- Состояние клиента и противоположное ему состояние – человека, успешно прошедшего терапию (или не нуждающегося в ней).
- Процесс терапии, его условия и этапы.

2.1 Природа человека. Взгляд Карла Роджерса.

Согласно представлениям Карла Роджерса ведущей и единственной движущей силой в развитии человека является организмическая тенденция к актуализации. Это витальное начало в человеке, отнюдь не противоречащее его социальности. Природа человека изначально позитивна. Развитие взглядов Карла Роджерса в течение жизни на удивление поступательно и органично. Ребёнком наблюдавший за развитием тутовых шелкопрядов на родительской ферме, в своей последней опубликованной работе «Way of being» (1980г.) он обращается к взглядам современных ему ученых из разных областей и говорит о формирующей тенденции, присущей всему живому.

Говоря об условиях развития в своей первой работе «The clinical treatment of the problem child» (1939 г.) он пишет о двух важнейших витальных потребностях человека.

«Для человеческого существа, как для организма, есть определённые потребности витального свойства. У психологов есть разные мнения о том, как классифицировать эти потребности. В реалиях клинической практики можно очертить два вида этих потребностей». [83, с.238] Первой Роджерс называет потребность в теплом (дословно – нежном (affectional)) эмоциональном отклике от других людей, от родителей, в частности. «Вторая большая потребность – это потребность в достижениях, в удовлетворении, которое человек испытывает от достижений, признания, которые вызывают в нем самоуважение. Человек удовлетворяет обе эти потребности, в зависимости от того, на какой стадии развития он находится, и какие способы для удовлетворения этих потребностей может найти». [Там же, 239]

Таким образом, уже у раннего Роджерса есть указание на потребности человека в теплом эмоциональном отношении и чувстве удовлетворения и самоуважения вследствие своих достижений. Эти потребности рассматриваются как составляющие сложной архитектоники факторов, влияющих на внутреннее состояние и поведение человека.

Тонким карандашом - имплицитно - намечаются некоторые характеристики клиента, а также и самой, еще не созданной игровой терапии, центрированной на ребенке.

В дальнейших публикациях, вплоть до последней прижизненно опубликованных работ Роджерс постепенно разворачивает систему своих представлений об особенностях разработанного им с коллегами подхода и теории личности.

Тенденция к актуализации может разворачиваться в полной мере при наличии благоприятных условий. Какие же обстоятельства помогают или меша-

ют человеку развиваться в соответствии с этой своей изначально положительной природой и реализовывать тенденцию к актуализации в полной мере?

Находясь среди людей – иначе человеку не стать человеком – ребенок постепенно уходит от способности ориентироваться на своё организмическое восприятие жизни. И начинает либо искажать воспринимаемый опыт, либо отрицать его. «Организмически человек может двигаться в одну сторону, а сознательно – в другую», - замечает Р. Нельсон-Джоунс [33, с185]. Так утрачивается способность слышать себя.

Человек - именно в процессе общения с другими людьми формирует Я-концепцию – представление о себе. И это Я-концепция не всегда совпадает с организмическим Я человека.

В работе «Клиентоцентрированная терапия» Роджерс наглядно показывает, как в процессе общения с близкими ребенок начинает отказываться от своих чувств. Он хочет ударить младшего, и рад бы делать это. Но мама не любит его, когда он обижает малыша. Поэтому ребенок начинает отказываться и от таких действий, и даже от таких чувств. Ситуативно «выгоднее» не чувствовать свой гнев и ревность на сиблинга, чем пожинать плоды своего аутентичного здесь – и - сейчас самовыражения. Любовь матери для маленького ребенка - условие выживания. Роджерс пишет о гипотетической маме, которая могла бы сказать ребенку с любовью – «Я знаю, ты очень сердись на братика», а далее уже предлагать свои чувства по этому поводу, и, может быть, вариант каких-то действий для ребенка.[48, с.45]

В приведенном выше фрагменте – одно из зерён игровой терапии, центрированной на ребенке, в её сегодняшнем состоянии. Игровой терапевт принимает все проявления ребенка и выражает эмпатическое понимание всех импульсов в неизменно благожелательной манере. А вот действия ребенка могут быть ограничены. Классическая реплика игрового терапевта в ответ на стремление ребенка причинить вред, разрушить, ударить, звучит так: «Ты очень сердисься! (злишься, недоволен, рассержен). Ты хочешь ударить меня. Но ударять меня нельзя. Ты можешь бить Бобо, если хочешь». (Бобо – большая надувная игрушка, чаще всего - груша для тренировки детей в залах единоборств). Профессионализм игрового терапевта в таких случаях заключается, в том числе, в сохранении изначально присущей ему искренней доброжелательности. Ребенок оказывается принят полностью, хотя некоторые его действия не могут быть допущены.

В соответствии с взглядами Карла Роджерса разница между организмическим опытом и тем, что осознается в связи с Я - концепцией неизбежно ведет к тревожности, напряжению, дискомфорту.

Оценки, в основе которых лежит скорее мнение других, чем собственный организмический оценочный процесс индивидуума, называются условиями ценности. [Р.Нельсон-Джоунс,2000, с. 211]. Чем в большей степени ребенок ориентируется на мнения значимых взрослых, тем больше создаются условия ценности. Это мешает открытости организмическому опыту, разрушает целостность человека.

Нельсон Джоунс наглядно показывает, как процесс актуализации ребенка блокируется в отношениях со значимыми взрослыми.

Хорошо функционирующие родители Плохо функционирующие родители

Таблица 1. Корреляция степени самопринятия родителей со степенью принятия ими своих детей и с уровнем развития условий ценности у их детей (Цит. по Нельсон-Джоунс)

Самопринятие	Самопринятие
Отсутствие самопринятия	Отсутствие самопринятия
Принятие детей	Принятие детей
Непринятие детей	Непринятие детей
Организмическое оценивание у детей	Организмическое оценивание у детей
Условия ценности у детей	Условия ценности у детей

Таблица 2. Переработка опытных данных плохо и хорошо функционирующими людьми (Цит. по Нельсон-Джоунс)

Плохо функционирующие люди	Хорошо функционирующие люди
Отвергаемое	Отвергаемое
Искаженное	Искаженное
Точно воспринятое	Точно воспринятое

2.2. Состояние клиента в подходе Карла Роджерса и в игровой терапии, центрированная на ребёнке.

Практическая деятельность Карла Роджерса привела его к осмыслению действующих факторов психотерапии, а также к определению двух крайних точек континуума « клиент - полноценно функционирующий человек».

В случае, если организмическая тенденция по какому-то счастливому стечению обстоятельств не блокируется, человек может функционировать полноценно. Основные характеристики человека, находящегося в таком состоянии, следующие:

Открытость переживаниям, то есть способность чувствовать всю сферу висцеральных, сенсорных, эмоциональных и когнитивных переживаний в себе, не испытывая угрозы. Экзистенциальный образ жизни. «Тенденция жить полно и насыщенно в каждый момент существования так, чтобы каждое переживание воспринималось как свежее и уникальное, отличное от того, что было ранее».[Хьелл Л.,Зиглер Д.,2013, с. 534]

Организмическое доверие себе. Полноценно функционирующий человек принимает решения и действует в зависимости от организмических переживаний в текущий момент, а не из-за социальных норм, или суждений других людей, даже значимых.

Эмпирическая свобода. Чувство личной власти, способность делать выбор и руководить собой.

Креативность. «Член общества, но не его продукт». [Там же, с. 540]

Человек с такими характеристиками опирается на самого себя, чуток к своим переживаниям и ощущениям, руководствуется не внешними нормами, а исключительно собственным пониманием себя и актуальной ситуации.

Человек, который прошел успешную терапию, приближен к этим характеристикам значительно больше, чем в начале терапии.

Клиент, которого можно считать успешно прошедшим терапию, приближается к характеристикам более полно функционирующего человека. Его отличают:

- реализация тенденция к актуализации,
- тенденция к отсутствию условий ценности, способность к ценению себя и, соответственно, других без каких-то условий,
- тенденция полно воспринимать опыт – без защитных механизмов отрицания и искажения,
- отсутствие конфликта между «Я-концепцией» и воспринимаемым опытом,
- тенденция быть аутентичным,
- способность быть конгруэнтным в общении с людьми. [28,50,51]

«Человек обладает зрелым поведением, когда он воспринимает реально и экстенционально, а не из оборонительной позиции, принимает на себя ответственность быть отличным от других, берет ответственность за свое поведение, оценивает опыт с точки зрения собственных чувств, меняет оценку опыта только на основе новых доказательств, принимает других как уникальных личностей, отличающихся от него, поощряет себя и других». [Карл Роджерс, 1959, с.29].

Перечисленные характеристики напрямую связаны с понятием конгруэнтности.

Клиент – человек, находящийся в состоянии неконгруэнтности». [Карл Роджерс, 1959, с.55].

Заметим, что человек, обращающийся за помощью к специалисту, никогда не скажет, что поводом для этого послужила заблокированная тенденция к актуализации. Даже студент, обучающийся человекоцентрированному подходу, едва ли будет оперировать этими терминами.

Тем не менее, кажется логичным, чтобы при анализе работы специалиста проблематика обращения и терапии должна (может?) рассматриваться именно с этой точки зрения, независимо от запроса клиента.

Итак, клиент в роджерсианском подходе характеризуется следующими особенностями:

Актуализирующая тенденция - основной источник развития и поведения человека – не может реализовываться в полной мере.

Я-концепция и весь опыт организма скорее не конгруэнтны, чем конгруэнтны. Человек не воспринимает переживаемый опыт так полно, как мог бы, используя для этого защитные механизмы искажения и отрицания. При осознании опыта человек начинает руководствоваться не тенденцией к актуализации. (А это стремление к тотальному восприятию всего проживаемого опыта). Мотивом поведения становится поддержание «Я-концепции». Человек становится невротичным, напряженным. Опыт, подходящий к уровню осознанию, и не согласующийся с Я-концепцией, угрожает этой Я-концепции.

Следствием этого являются напряжение и тревога.

Это психологически дезадаптированный человек. С высоким уровнем тревожности. [28,33, 42,51,52]

Обратимся к характеристикам клиента в игровой терапии, центрированной на ребенке.

Современное состояние игровой терапии, центрированной на ребенке, позволяет говорить об эффективности подхода в работе с самыми разными эмоциональными и поведенческими проблемами.

При этом, как уже говорилось выше, специфики работы с тем или иным « нарушением», условно говоря, нет. Работа игрового терапевта в подходе апеллирует к ребенку, а не к его симптоматике. Тем не менее, ребенок, оказавшийся в игровой комнате, обладает определёнными, рассматриваемыми в контексте подхода, характеристиками.

Интересно, что практически ни одно пособие по игровой терапии не включает в себя описание этого обобщенного образа клиента. А ведь, казалось бы, вполне логично – очертить характеристики клиента, или даже потенциального клиента. Эти характеристики есть. Терапевтический процесс способствует изменению именно в них. Как следствие – уходят проблемы в поведении и эмоциональном состоянии ребенка. Этот момент, за редчайшим исключением, не представлен в литературе по игровой терапии, центрированной на ребенке. Цепочка следования ребенка, находящегося в состоянии клиента, по пути освобождения от этого состояния, мало представлена в литературе. Некоторые примеры приведены нам в первой части данной работы.

Гарри Лэндрет неизменно пишет о тенденции ребенка к росту именно в терминах роджерсианского подхода. В классической книге «Игровая терапия. Искусство отношений» вводит раздел про игру «приспособленных и неприспособленных детей». [26,с.65] Замечая при этом: «Все типы неприспособленности возникают вследствие неконгруэнтности между действительными переживаниями и Я-концепцией». [26,с.66]

Кларк Мустакас [Psychotherapy with children. The living relationship,1953] пишет о работе с нормально развивающимися детьми, с невротичными детьми и с детьми с ограниченными возможностями. При этом, по его мнению, **«корень проблем, возникающих в детском возрасте – это подчинение и отказ от самого себя.»** [31,с.16] «Развитие Я затрудняется. Когда ребенок чувствует себя отвергнутым в важных для себя отношениях. Другие отвергают его, и он чувствует себя отвергнутым». [31,с.17]

Итак, мы определили состояние клиента в человекоцентрированном подходе и в игровой терапии, центрированной на ребенке. Поначалу образ клиента был намечен Карлом Роджерсом вследствие осмысления успешной терапии. В последнее время подтвержден эмпирическими исследованиями – конкретной работой с той или иной группой детей, с применением количественных методов исследования. Это естественный опыт развития игровой терапии, связанный с необходимостью доказательных исследований, показывающих эффективность подхода. Эти многочисленные эмпирические исследования косвенно подтверждают взгляд Карла Роджерса на природу человека и помогающих отношений.

При создании условий, благоприятных для свободной реализации тенденции актуализации, дети перестают блокировать ее течение, либо прекращают реализовывать ее искаженно. Проблемы самого разного толка сходят на нет, нивелируются как не лучшие способы обходиться с самим собой и другими людьми.

В работе и с детьми, и со взрослыми речь идет о человеке с врожденным потенциалом, тенденцией к актуализации. Если эта тенденция заблокирована, то человек находится в состоянии клиента, даже если не обращается за помощью. Эффективная терапия помогает освободить тенденцию к актуализации.

Игровая терапия, центрированная на ребенке, наследует взглядам Карла Роджерса на природу человека. Главным тезисом и в классических, и в современных работах является утверждение о тенденции к актуализации ребенка. Терапия рассматривается как создание условий для высвобождения этой тенденции.

Подход Карла Роджерса	Игровая терапия, центрированная на ребенке	
Взрослый человек/ клиент – как правило, сам обращается за помощью.	Ребенок-клиент – как правило, сам не обращается за помощью.	Родители – партнеры специалиста. Инициатива обращения к игровому терапевту принадлежит им.
<p>Клиент – человек с заблокированной тенденцией к актуализации. Его отличительные черты:</p> <p>Неконгруэнтность. Часть опыта искажается или отрицается. Я-концепция не совпадает с организмическим Я. Ориентация на условия ценности. Невозможность воспринимать весь опыт целиком.</p>	<p>Клиент – ребенок с заблокированной тенденцией к актуализации. Его отличительные черты:</p> <p>Неконгруэнтность. (Часть опыта искажается или отрицается) Я-концепция не совпадает с организмическим Я. (Ориентация на условия ценности). Невозможность воспринимать весь опыт целиком.</p>	

2.3. Терапия в человекоцентрированном подходе и в ССРТ.

«Лучшее лекарство для человека - человек»
Индийская пословица.

Терапия по Карлу Роджерсу – это отношения специалиста и человека, в которых первый не прячется за маской профессионала, а, будучи аутентичным, проявляет эмпатическое понимание и безусловное положительное отношение. Чувствуя себя принятым, не испытывая угрозы, клиент движется к наиболее полному самовыражению, проявляет самые разные чувства.

Известны шесть условий для того, чтобы терапия « по Роджерсу» состоялась. Они широко цитируются как в работах, посвященных клиентоцентрированному подходу, так и в зарубежных работах по игровой терапии, центрированной на ребенке. [28,42,63, 69, 82]

1. Два человека находятся в контакте
2. Первый человек находится в состоянии клиента, он не конгруэнтен, в связи с чем тревожен.
3. Второй человек- специалист – конгруэнтен в этих отношениях.
4. Терапевт испытывает безусловное положительное принятие клиента.
5. Терапевт относится к клиенту с эмпатическим пониманием.

6. Клиент в состоянии воспринимать безусловное положительное отношение и принятие терапевта – хотя бы в минимальной степени. [28,с.39]

При соблюдении условий терапии разворачивается процесс, в котором:

1. Клиент все более свободен в выражении своих чувств через вербальные и/или моторные каналы.
2. Его чувства все больше относятся к собственному я, нежели к другим людям.
3. Он все больше различает и выделяет объекты своих чувств и восприятий... становится менее интенциональным и более экстенциональным, его опыт точнее символизируется.
4. Выражаемые им чувства все больше ссылаются на неконгруэнтность между некоторым его опытом и я-концепцией.
5. Он приходит к осознанному переживанию угрозы такой неконгруэнтности. Этот опыт переживания угрозы возможен только при условии безусловного позитивного принятия терапевтом, которое распространяется на неконгруэнтность – в такой же степени, как и на конгруэнтность, на тревогу так же, на отсутствие тревоги.
6. Он осознанно и полностью переживает чувства, которые отказывался осознавать в прошлом или искажал их осознание.
7. Его Я-концепция преобразуется, чтобы включить в себя новый опыт (который раньше был искажен или не осознавался).
8. Я-концепция становится все более конгруэнтной
9. Клиент становится способен принимать безусловное положительное принятие терапевта, не испытывая чувства угрозы.
10. Клиент все более чувствует позитивное принятие терапевта
11. Он все больше переживает себя как locus оценивания
12. Он реагирует на опыт в меньшей степени с точки зрения условий ценности и в большей степени с позиции организмического процесса ценения. [28, с.67]

Цели игровой терапии, центрированной на ребенке, обозначенные Гарри Лэндретом как будто бы выведены из этого списка.

- Развить более позитивную Я-концепцию,
- Стать более ответственным в своих действиях и поступках
- Стать более самоуправляемым
- Выработать большую способность к самопринятию.
- В большей степени полагаться на самого себя
- Выработать способность к самостоятельному принятию решений
- Овладеть чувством контроля
- Развить сензитивность к процессу преодоления трудностей
- Развить внутренний источник оценки
- Обрести веру в самого себя [26, с. 82]

Семь этапов процесса терапии для взрослых представлены так:

- Нежелание говорить о себе. Общение только на общие темы. На этом этапе человек не обращается за помощью.
- Проблемы считаются внешними, чувства не признаются и не присваиваются, переживания касаются прошлого.
- Выражаются прошлые чувства и личностные смыслы, обычно негативные, без их принятия. Дифференциация чувств выражена слабо. Многие клиенты обращаются к терапии на этом этапе.
- Выражаются более интенсивные чувства, хотя и не текущие, а также некоторые сиюминутные переживания – это делается с оглядкой, сдержанно. Дифференциация чувств усиливается.
- Текущие чувства выражаются непосредственно, хотя с удивлением, и страхом. Они приближаются к полному переживанию. Принимается ответственность за проблемы. Клиент достаточно близок к организмическому существу.
- Драматический этап. Чувства переживаются во всей полноте. Появляются физиологические корреляты расслабления.
- Клиент продолжает самостоятельное движение, возможно, вне времени сессий. Он испытывает новые чувства в момент их возникновения во всем богатстве. Присутствует доверие к общему организмическому процессу. [28,с. 75]

В игровой терапии, центрированной на ребенке, также неоднократно предпринимались попытки проанализировать стадии терапевтического процесса. Наиболее представленными в немногочисленной литературе на русском языке являются отсылки к выводам Кларка Мустакаса. [31] В 1959 году он написал о следующих стадиях:

- Негативные установки ребенка диффузны и обобщены.
- Часто проявляются колебания между враждебностью и тревогой.
- Враждебные установки или сильные страхи проявляются детьми более прямо.
- Реакции ребенка амбивалентны, теперь это совокупность позитивных и негативных установок.
- На финальном уровне развития установки становятся более дифференцированными и отчетливыми.

Впоследствии целый ряд авторов предлагали свои варианты обозначения стадий терапевтического процесса в игровой терапии. [31, с. 42]

Сегодня в игровой терапии чаще всего говорится о модели четырех стадий. Отметим, что самой распространённой стала модель Нортонов.

- Разогрев
- Агрессивная стадия
- Регрессивная стадия
- Стадия мастерства

Выделяют также две переходные стадии – Агрессивно/Регрессивную и Регрессивную/мастерства. [45, с. 127]

Итак, и теорию человекоцентрированного подхода, и игровую терапию, центрированную на ребенке, характеризуют одни и те же условия терапевтического процесса.

Сходным образом разворачивается терапевтический процесс.

Карл Роджерс писал о том, что человеку свойственно блокировать и положительные чувства тоже. Игровые терапевты часто слышат о том, а как маленькие клиенты вдруг удивляют домашних выражением любви и признательности, которыми не баловали близких раньше.

Условия терапевтического процесса, его стадии и динамика изменений клиента чрезвычайно близки. Речь идет об одном и том же подходе, только в одном случае у детей есть возможность говорить языком «игры».

Клиентцентрированная Терапия	Игровая терапия, центрированная на ребенке
Ведущая тенденция человека – актуализация	Ведущая тенденция человека – актуализация
Клиент – человек, чья тенденция к актуализации так или иначе блокирована. Часть опыта искажается или отрицается. Это состояние неконгруэнтности.	Клиент – ребенок, чья тенденция к актуализации так или иначе блокирована. Часть опыта искажается или отрицается. Это состояние неконгруэнтности.
Специалист – конгруэнтен, проявляет эмпатическое понимание и безусловное положительное отношение.	Специалист – конгруэнтен, проявляет эмпатическое понимание и безусловное положительное отношение.
Специалист «возвращает» клиенту свое понимание его слов, мотивов, установок – клиент лучше и полнее понимает и принимает себя.	Специалист «возвращает» клиенту свое понимание его слов. Мотивов, установок – клиент лучше и полнее понимает и принимает себя.
Угроза оценки пропадает – клиент становится более конгруэнтным, растет. Симптомы, ставшие поводом для обращения, пропадают.	Угроза оценки пропадает – клиент становится более конгруэнтным, растет. Симптомы, ставшие поводом для обращения, пропадают.
Как правило, клиент сам обращается за помощью.	Как правило, ребенок не обращается за помощью сам.
Специалист работает с клиентом, а не с его окружением.	Специалист работает с ребенком как терапевт, и регулярно консультирует родителей – как терапевт их ребенка.
Клиент предъявляет клиенту ту или иную проблему и хочет ее разрешения.	Клиент (ребенок), как правило, не имеет запроса на работу, не считает, что у него есть проблема, и даже не всегда осведомлен о том, что занимается с психологом.

Как видим, разница между подходами заключается в специфике оказания помощи детям – несовершеннолетним, за которых отвечают родители. Дети, как правило, не являются инициаторами обращения к специалисту. Взрослые клиенты приходят на прием сами.

Кроме того, в игровой терапии ребенок встречается со специалистом в комнате, где есть определенным образом подобранные игрушки, неструктурированные материалы (песок) и материалы для творческого самовыражения. Принято считать, что игра – это язык ребенка. Серьезные работы по игровой терапии обязательно включают в себя обзоры теорий детской игры. Делается акцент на том, что игра – это язык самовыражения ребенка.

Современное состояние игровой терапии, центрированной на ребенке и базовые принципы работы подхода Карла Роджерса, изложенные им в первый период его деятельности, в 1942-1959 гг., во многом совпадают. Фактически, можно говорить о частном проявлении клиентоцентрированной терапии в работе с детьми.

Сравнение двух подходов – в понимании природы человека, движущих сил и условий его развития, основных условий, стадий и самого процесса терапии не оставляет сомнений в их родстве и происхождении от одного древа – теории личности Карла Роджерса и клиентоцентрированной терапии.

Вместе с тем, у нас есть все основания говорить о двойственности игровой терапии, центрированной на ребенке.

2.4. Двойственность игровой терапии, центрированной на ребенке. Быть с ребенком или оказывать на него терапевтическое воздействие?

В понимании взглядов Карла Роджерса, в прочтении его текстов и в развитии его идей сегодня есть существенные различия. Разные специалисты и даже терапевтические школы предлагают свою трактовку наследия его подхода. В профессиональной литературе последнего десятилетия на русском языке также можно встретить ряд публикаций дискуссионного характера на эту тему. [21,22,23,32,36,40,78]

Есть разночтения и в понимании терминов «клиентоцентрированный» и «человекоцентрированный» подходы. [21]

Общепринятым при упоминании роджерсианского подхода считаются безусловное положительное отношение, эмпатическое понимание и конгруэнтность. Об этом говорят многочисленные работы и по клиентоцентрированной терапии, и по игровой терапии, центрированной на ребенке. Можно сказать, это *conditio sine qua non* в подобной литературе. О четвертом условии - интуиции терапевта, о которой, в частности, пишет А. Б. Орлов [40], к сожалению, известно гораздо меньше. То же, на наш взгляд, можно сказать о понимании роджерсианского подхода как эссенциального, апеллирующего к сущности человека. [37,41]

На наш взгляд, *way of being* – способ быть, о котором пишет Карл Роджерс, несколько расходится с разработанностью практического инструментария в игровой терапии, центрированной на ребенке. У специалиста, как показано в первой части, фактически, есть некоторые схемы для работы и с ребенком, и с родителями.

Встреча двух людей (в том числе, для терапии одного с помощью другого) предполагает спонтанность, аутентичность, конгруэнтность специалиста. Как можно находить ответ из глубины своего существа, если в голове – выученные схемы ответов на те или иные проявления ребенка?

В незримый зазор, видимый между теорией Роджерса в чистом виде и современным состоянием игровой терапии, центрированной на ребенке, попадают отдельные представители, игровой терапии, идущие своим путем.

Можно ли быть полностью открытым опыту, спонтанным, интуитивным – речь о специалисте – если в твоём распоряжении арсенал техник, которые ты должен использовать в соответствии с протоколом? Мы имеем в виду самым подробным образом разработанный для специалистов практический инструментарий для работы с детьми, родителями и супервизантами в игровой терапии, центрированной на ребенке?

Отрицательное отношение Карла Роджерса к техникам известно [50, 51, 40]

На наш взгляд, именно этой двойственностью объясняется постоянное обращение известных авторов к сущности игровой терапии, настойчивое подчеркивание, что подход несводим к сумме техник, навыков и умений.

В разнообразии материалов об игровой терапии можно обозначить два полюса. На одном – подробные тексты, излагающие характеристики инструментария для работы (с подчеркиванием, что дело не сводится к техникам). Таких текстов – подавляющее большинство. На другом - речь идет только о соблюдении базовых необходимых и достаточных условий для терапии. И это, скорее, исключение из общего правила. Обратимся к ним.

Кларк Мустакас, вспоминая о начале профессионального пути, пишет о том, как быстро ему надоело «сидеть в кресле, отражая чувства ребенка». [81] «Это не мой способ быть с детьми», - быстро понял автор, решивший что в таком взаимодействии он «не может присутствовать полностью.» [81, с.21] Цитированные слова звучат очень «по-роджерсиански». Мустакас начинал работать под формальным руководством Вирджинии Экслейн, но с благодарностью вспоминает Отто Ранка и Джесси Тафф, повлиявших на его стиль работы в игровой терапии отношений. Эти же имена можно встретить и в работах Карла Роджерса.

Мустакасу также принадлежит мысль о разных типах терапевтических отношений – креативных и реактивных. Неявное противопоставление классического подхода Карла Роджерса и разработанного к сегодняшнему дню практического инструментария в игровой терапии, центрированной на ребенке, нашло отражение в замечании Кларка Мустакаса о двух возможных типах терапевтического взаимодействия. Это так называемые реактивный и креативный виды коммуникации. Реактивные отношения подразумевают предсказуемую реакцию терапевта на поведение ребенка, использование ответов, выстроенных по определенной форме. Креативные отношения не предполагают ориентиров на образцы. Они складываются так, как складываются. Возможно, именно в этом виде отношений больше всего сходства с идеями Карла Роджерса – а именно его утверждения о трех необходимых и достаточных условиях терапии: конгруэнтности, безусловного положительного отношения и эмпатического понимания. » [31]

Среди современных материалов по игровой терапии негромко, но вполне определенно звучит голос Kathryn A. Moon. Она дискутирует с позицией Вирджинии Экслейн [79, 80].

Автор, по ее словам, выбирает работать в недирективном подходе, потому что это соответствует ее этической позиции. «Я не хочу терять время клиента, используя свои ценности, свои убеждения, предлагая свою «повестку дня». Работать «по Роджерсу» для меня, - обозначает автор, - это уважать направление движения, которое выбирает клиент». [79,с.44] Автор принципиально возражает против отражения чувств (по Экслейн) с целью того, чтобы ребенок лучше и лучше понимал происходящее с ним, достигал инсайтов о себе. По её мнению, это направление клиента к цели, которую выбирает для него игровой терапевт, а именно – к самопониманию. «Если, - рассуждает она, - ребенок увлечен рисованием, для чего я должна давать ему понимать, что я понимаю, что он сейчас чувствует? Подход Карла Роджерса работает - трех базовых условий – достаточно. Дети действительно лучше управляют сами собой и «расцветают». Но не потому, что специалист содействует их «расцветанию». А исключительно как естественное следствие того, что терапевт обеспечивает эмпатическое понимание, безусловное положительное отношение и конгруэнтен. Конгруэнтен не потому, что он хочет соединять ребенка с реальностью, с социальными нормами, а потому что он так заботится о своей конгруэнтности» [79,с.49].

Автору очень хорошо понятны опасения Cathryn A. Moon, написавшей в своей работе - «я же в самом деле ничего не делаю, ой, как хорошо, что родители не видят». [79, с,51] Позиция, которую обозначают Кларк Мустакас и Cathryn A. Moon, на мой взгляд, ближе всего к тому, как понимал встречу двух людей в терапевтических, и в других человеческих отношениях Карл Роджерс.

Авторы одного из самых современных учебников по игровой терапии Cochran, N.H., Cochran J.L. и Nordling W. J. делают акцент на направлении клиента к самопознанию, подчеркивая, что игровой терапевт никак не является недирективным, так как только и делает, что направляет клиента к самопознанию, самопониманию [69].

Среди эффектов игровой терапии, центрированной на ребенке, они отмечают, в частности изменение неконструктивного внутреннего диалога ребенка. В ряде статей, объясняющих эффекты игровой терапии с точки зрения последних открытий нейробиологии, можно прочесть о том, что игровой терапевт способствует развитию межполушарного взаимодействия. Мальчик или девочка, переживающие самые разные эмоциональные состояния постоянно слышат, как терапевт называет их чувства. Это помогает им не проваливаться в аффект, а соединять чувства с их интеллектуальным пониманием.

Но и Кларк Мустакас, и Cathryn A. Moon утверждают, что можно обойтись без этого. Мустакас пишет о том, что в креативных отношениях он и ребенок порой словно бы совместно пишут одну картину. Терапевт может продолжить мысль ребенка, к примеру, а не возвращать ему понимания смысла его высказывания. И это не то, чему обучают сегодня специалисты по игровой терапии за рубежом.

Эти противоположные точки зрения фактически обозначают дискуссионный вопрос. Звучит он так - **действительно ли специалист настолько верит в возможности ребенка, что только создает благоприятные условия для того, чтобы он мог находиться в потоке своего опыта и присваивать его без внешней угрозы?** Ведь направление к самопознанию - это все-таки побуждение со стороны специалиста. В современной игровой терапии само собой предполагается, что специалист направляет ребенка к самопознанию, самопониманию.

Вместе с тем практика «ортодоксальной» игровой терапии, никуда не направляющей ребенка, кажется нам поразительным свидетельством действия актуализирующей тенденции. Что как ни эта актуализирующая тенденция побуждает ребенка встречаться со своими тягостными переживаниями, изживать их, и уверенно направляться к своей внутренней сущности, целостности, позитивной внутренней природе. Многие игровые терапевты, как наши отечественные, так и зарубежные, судя по литературе, часто говорят о чуде, магии, волшебстве. Имеются в виду изменения в состоянии и поведении детей, проходящих игровую терапию. Магии нет.

Есть последствия сегодняшней социализации детей, почти неизбежно – в большей или меньшей степени - уводящей ребенка от своей первоначальной природы. Создается впечатление, что в цену за возможность «быть человеком» в наши дни практически неизбежно входят такие вот «углы отклонения» от своей целостности. Точно так же человеку как представителю определённого биологического вида приходится пожинать самые разные последствия перехода к прямохождению. Самым эффективным средством помощи детям оказывается любовь. Именно к этому емкому/затертому слову можно свести знаменитую триаду Роджерса. Игровая терапия, центрированная на ребенке, громко говорит нам о природе человека, ребенка, которого не надо никуда специально «вести» в терапии.

(Вместо выводов ко второй части)

Итак, игровая терапия, центрированная на ребенке, связана с человекоцентрированным подходом Карла Роджерса по своей сути. Мы рассмотрели составляющие двух подходов и увидели их принципиальное сходство.

Специфика игровой терапии, центрированной на ребенке, обусловлена, в первую очередь, работой с ребенком. Ему сложно вербализировать. Он легче выражает себя с помощью игры и творческой активности. Поэтому кабинет для игровой терапии - это комната со специально подобранными игрушками.

Кроме того, ребенок-клиент обычно не обращается за помощью сам. Специалист чаще всего работает по просьбе родителей. И это общение с родителями клиента, а не только с ним самим, накладывает своеобразный отпечаток на работу игрового терапевта.

Игровая терапия, центрированная на ребенке, представляет вид клиентоцентрированной терапии. При этом сложно назвать его полностью соответствующим взглядам основоположника подхода.

В разделе 2.4 нами отмечена тенденция следовать за Карлом Роджерсом более точно. Это работа Кэтрин А. Мун, работающей в человекоцентрированном подходе. И взгляды Кларка Мустакаса, много сделавшего для развития,

изучения и популяризации игровой терапии. Правда, его работа относится к игровой терапии отношений, или к экзистенциальной игровой терапии.

Как ни странно, в сегодняшней игровой терапии, центрированной на ребенке, следование основным условиям терапии по Роджерсу, без применения определенных тренируемых навыков и умений представить почти невозможно. Специалист является звеном в системе оказания помощи, и должен постоянно подтверждать свои навыки и умения. А они расписаны самым подробным образом.

3. Игровая терапия, центрированная на ребенке, и использование игры в отечественной психологической практике

3.1. Игровая терапия и игра в отечественной профессиональной литературе

Игра традиционно широко используется в нашей стране в работе с детьми дошкольного и младшего школьного возраста. При этом распространенной практикой является заведомо ведущая, лидирующая, экспертная позиция специалиста – педагога, психолога, нейропсихолога, дефектолога, психотерапевта. Специалист определяет, в чем причина тех или иных эмоциональных, поведенческих, когнитивных трудностей. Работа с ребенком ведется по определенному плану, предусматривает те или иные задания. [1,15,17,24,33,56,58,59,66]

В частности, явно прослеживается значительное влияние медицинской модели психотерапии. Надо заметить, что по состоянию на июнь 2020 года психотерапия в нашей стране остается компетенцией медиков – специалистов с высшим медицинским образованием. А традиционная психотерапия предусматривает оперирование диагностическими категориями, лечение, и, конечно же, ведущую роль доктора. «Игра положена в основу метода лечения эмоциональных и поведенческих расстройств у детей, получившего название игровая терапия» [Б.Д. Карвасарский, 2006, с. 144]. Автор связывает применение метода с неразвитостью у детей вербальных и понятийных навыков, необходимых для вербальной, разговорной терапии. Совершенно очевидным для него является использование игры в целях, намеченных взрослым. И даже если «вначале психотерапевт может разрешить детям просто играть», то это делается с целью установления доверительных отношений и анализа детской игры.

Наблюдение за ней помогает специалисту сделать выводы о его актуальных конфликтах, стиле взаимодействия и так далее. Таким образом, игра выступает как способ пристройки к ребенку и средство набора диагностического материала. Ребенок играет – специалист наблюдает, а впоследствии – корректирует.

К сожалению, поле игровой терапии в нашей стране до последнего времени зачастую представляется в профессиональной литературе как единое целое. В одной и той же главе работа игрового терапевта показывается из логики разных подходов, что может только запутать неискушенного читателя. К примеру, автор начинает с упоминания недирективной терапии Экслейн, тут же сообщает, что специалист «изучает поведенческие и эмоциональные реакции ребенка в различных ситуациях, старается понять его личностные

особенности», [16, с. 15]. Вслед за чем приводит пример того, как игровой терапевт задает вопрос «по В. Оклендер»: «А ты когда-нибудь дрался, как эти два солдатика?» [Там же, с.15]. Но работа «по Вирджинии Экслейн», «по Вайлет Оклендер», и работа, предполагающая изучение реакций ребенка – это разные направления игровой терапии, они не смешиваются при работе с конкретным ребенком. А если и смешивается, что, к сожалению, что не редкость в практике детских психологов, то запутывает и специалиста, и ребенка.

Александр Иванович Захаров, долго работавший в области лечения и профилактики детских неврозов, создавший свою, комплексную программу помощи детям и их семьям, строил психотерапевтический процесс, опираясь на игру ребенка – как направленную, так и свободную. При этом последняя использовалась в качестве вспомогательного средства. Более того, под спонтанной игрой Александр Иванович понимал «предоставление возможности для свободного эмоционального и психомоторного самовыражения, которое было заблокировано в обычной жизни. Это хоровод под хлопанье в ладоши, под бубен, музыкальные импровизации и так далее». [15, с.39] Применение такой свободной игры обусловлено необходимостью раскрепостить ребенка и дать специалисту больше информации о том, как лучше, учитывая особенности ребенка, построить для него план направленной игровой деятельности. К игровой активности ребенка, никак не направляемой взрослым, он относится крайне критично. Представляя в своей работе «Игра в лечении неврозов» краткий очерк развития зарубежной игровой психотерапии он, в частности, отмечает, что «отсутствие направления в игре и руководства со стороны терапевта как кардинальные факторы её эффективности давно исчерпали себя». [46, с. 51]

Нужно сказать, что это крайне скептическое отношение к свободной игре вообще характерно для отечественной профессиональной литературы 80-х годов двадцатого века.

Широко известна работа Аллы Семёновны Спиваковской в области диагностики аутистических расстройств. Она изучала нарушения игровой деятельности у детей, страдающих этим расстройством, а также широко использовала игротерапию в работе с ними. Представляя в своей работе очерк развития зарубежной игровой терапии, она отвечает: «не существует какой-то однозначной теории игротерапии. Теоретические посылки, изложением которых обычно начинаются наиболее популярные руководства, поражают эклектизмом, смешением фрейдистских, гештальтистских и бихевиористических понятий. При этом само отсутствие теории признается не недостатком, а возводится в принцип». [59, с. 270]

В отечественной профессиональной литературе свободная игра ребенка и построение с ним терапевтических исцеляющих отношений, почти никак не было представлено до самого последнего времени. При этом признавалась важность использования игры в психокоррекционных целях, подчеркивалась необходимость работы с родителями, рассматривался огромный потенциал игры, способной помочь в работе в теми или иными проблемами. Тот же А. И. Захаров с грустью констатировал: «игра в настоящее время умирает, как и непосредственность чувств, их открытость и искренность, особенно это относится к жителям больших городов, чрезмерно серьезным,

озабоченным родителям с левополушарным (сугубо рациональным мышлением)». [15, с.37]

В последнее десятилетие минувшего века, а также в более поздних работах в нашей стране начинают писать об игровой терапии непредвзято. Это можно сказать, в частности, о пособии А.А. Осиповой «Общая психокоррекция» 2002 года издания.

Это объемный труд, в котором различные виды зарубежной игровой психотерапии представлены в виде нейтрального обзора. Автор выделяет следующие виды игротерапии: в психоанализе; центрированную на клиенте; отреагирования; построения отношений; примитивную; а также игровую терапию в отечественной практике.

Она пишет также о недирективной и директивной игротерапии, в зависимости от функций взрослого. Отмечает наличие индивидуальной и групповой игровой терапии – по форме организации. А также говорит об игротерапии с неструктурированным или структурированным материалом. [27] В тексте нет противопоставления или сравнения зарубежной и отечественной игровой психотерапии. Различные её виды представлены в нейтральном стиле, не окрашены личным отношением.

В современном учебнике Т.В. Автуловой «Психология игры» есть небольшая глава «Игровая терапия», в которой автор представляет три основных модели игровой терапии - психоаналитическую, гуманистическую и деятельностную. В тексте обильно цитируются Вирджиния Экслейн, Гарри Лэндрет, есть ссылки на работу Кларка Мустакаса. Критики подхода нет, присутствует доброжелательное и самое общее знакомство с гуманистическим подходом. Название «Игровая терапия, центрированная на ребенке», как отдельное направление помощи детям почти не звучало на русском языке до последнего времени.

Критическое отношение к игровой терапии в целом ясно звучит в работе Е.Е. Кравцовой и Г.Г. Кравцова «Психология игры: культурно-исторический подход». Авторы считают, что возможности игровой терапии очень ограничены из-за того, что:

- а) далеко не все сегодня умеют играть, и, следовательно, не могут воспользоваться возможностями игровой терапии
- б) эффекты, достигаемые во время сеансов игротерапии, могут не выдержать испытание жизнью – в реальной жизни человек может вести себя совершенно иначе, не так, как в игре, в которой действует в соответствии со своей ролью. [24, с.92]

Впрочем, сложно не согласиться с авторами, утверждающими, что «само понятие игротерапии требует специального анализа» [24, с.93]

О разных подходах к детской игре в отечественной и зарубежной практике пишет Е. О. Смирнова в монографии «Игра», подчеркивая, что в одном подходе взрослый выступает в большинстве случаев как некто, кто задает игровое поведение, направляет его, а во второй традиции выступает скорее в роли фасилитатора. Это важнейшая разница, конечно, имеет прямое отношение к пониманию такой модели игровой терапии, как игровая терапия, центрированная на ребенке. [58]

В учебнике для бакалавриата, выпущенном в 2020 году под редакцией Е.В. Филлиповой разные виды игровой терапии представлены полно, как никогда раньше. Определены главные положения гуманистической недирективной игровой терапии (термин «центрированная на ребёнке» по-прежнему не употребляется). Цитируются базовые положения подхода по Экслийн и Лэндрету. Впервые на русском языке написано о работе Кларка Мустакаса в русле терапии отношений. Отмечено, что это игровая терапия, «скорее относящаяся к экзистенциальному подходу». В наиболее развернутом виде рассказано о терапии Отто Ранка, Фредерика Аллена и Джесси Тафта – и их подходе, повлиявшем на Мустакаса, и на Роджерса. [62]

Вместе с тем, при указании на общие черты психотерапии детей и подростков автор отмечает, что «детям, как правило, не свойственна воля к выздоровлению и не они являются сторонниками обращения к психотерапевту, важно создавать у них необходимую мотивацию к психотерапии». [Филлипова, 2020, с.20.]

«Первым условием для создания мотивации является установление доверительных отношений психотерапевта и ребенка, формирование эмоциональной связи между ними. Стиль отношений, который во многом определяет эффективность психотерапии – это безоценочное принятие, эмпатия, поддержка, аутентичность и искренность психотерапевта...о это характерно для всех подходов».[Там же, с. 21]

Эти заявления, на наш взгляд, никак не относятся к подходу Вирджинии Экслийн и Гарри Лэндрета, о котором так подробно написано в учебнике. В работе, которая восходит к взглядам Карла Роджерса на природу человека и терапевтические отношения, перечисленные выше характеристики являются не «стилем отношений», а необходимыми и достаточными условиями терапии!

Игровой терапевт, работающий в гуманистической недирективной терапии безоговорочно верит в возможности ребенка и создает условия для разворачивания его тенденции к актуализации. Такие термины, как процитированные выше «воля к выздоровлению» и «создание мотивации» не имеют отношения к работе « по Экслийн и Лэндрету».

Это терминология из другой парадигмы, из диаметрально противоположного отношения к человеку и к человеческим отношениям. Это стиль медицинской психотерапии. Акцент на теплых отношениях с клиентом без связи с теорией личности Карла Роджерса и его понимании сути терапевтических отношений дает искаженное представление о подходе.

3.2. Опыт практикующих специалистов.

Рассмотренная в предыдущем разделе профессиональная литература дает представление о той методологической неразберихе, которая отличает представление об игровой терапии в нашей стране. Конечно, это оказало и оказывает влияние на нынешнее поколение специалистов, называющих себя игровыми терапевтами.

В связи с новыми временами, уже в начале девяностых годов на русский язык были переведены работы классиков гуманистической игровой терапии.

К отечественному читателю пришли авторы, пишущие о игровой терапии,

центрированной на ребёнке, от первого лица. И какие авторы: Гарри Лэндрет, Кларк Мустакас, Вирджиния Экслейн. Это профессионалы, с именами которых связаны важнейшие вехи в становлении и развитии игровой терапии, центрированной на ребенке. Более того, представляя кухню недирективной игровой психотерапии изнутри, они заражают читателя бережным отношением к внутреннему миру ребенка, разрываемого внутренними конфликтами, вдохновляют специалистов-практиков на работу, показывая, каким образом достигаются изменения в поведении и внутреннем состоянии своих маленьких подопечных. К отечественному читателю приходят истории детей, бережно и скрупулезно переданных игровыми психотерапевтами, классиками жанра, из первых рук.

В это же время появляются литература нового поколения для родителей. В популярных книгах, написанных доступным языком можно прочесть о том, как слушать ребенка, как отражать его чувства, как выражать свои. Книжки доходят и до профессиональных психологов, и до «продвинутых» родителей, и до журналистов, освещающих темы детско-родительских отношений в средствах массовой информации. Это выдержавшие несколько изданий книги Юлии Борисовны Гиппенрейтер «Общаться с ребёнком. Как?» и «Продолжаем общаться с ребёнком», а также переведенные с английского языка, популярные за рубежом работы «Как говорить с ребёнком, чтобы дети слушали, и как слушать, чтобы дети говорили Адель Фабер Элейн Мазлиш, «Родитель-ребенок мир отношений» Хаима Гиннотта и многие другие.

Литература подобного рода оказала влияние на специалистов. Кроме этого, почти в это же время в стране появилась возможность заниматься частной практикой. Специалисты ищут удобный, подходящий «по руке» инструментарий, который можно результативно использовать в ежедневной практике. Работа частного специалиста, если это его единственная трудовая деятельность, не позволяет пользоваться инструментарием, который не работает. Попробовав использовать подход в рамках дошкольных или – реже – школьных учреждений специалисты убеждаются в его результативности и открывают частную практику.

Кроме этого, в последние двадцать пять – тридцать лет стали доступны для изучения самые разные направления психологической теории и практики, знакомые раньше разве что по названиям. Игровая терапия стала привлекать специалистов с самым разным бэкграундом.

Ярким пример такой работы отражен в учебном пособии «Теория и практика игровой терапии. Метод свободной игры» Е. В. Богиной. В книге соединен анализ объектных отношений, проявляющихся в игре ребенка, и его «эмпатическая поддержка» по Лэндрету. [5]

Но методология работы «по Лэндрету» является логическим следствием определенного взгляда на развитие ребенка, восходящего к теории личности Карла Роджерса. Эмпатия, безусловное положительное отношение и конгруэнтность терапевта помогают ребенку найти дорогу к себе. И не предусматривают анализ переноса и контрпереноса, возникающих в отношениях специалиста и ребенка. Для автора, как и для очень многих специалистов в области игровой терапии, не существует разных видов игровой терапии. Есть метод свободной игры и большое поле игровой терапии. Есть, в результате,

авторский подход Елены Владимировны, в котором обозначено и влияние психоанализа, и игровая терапия гуманистического направления, и влияние юнгианских игровых терапевтов, в частности Д. Аллана и Е. Катанах.

Первый, специальный выпуск Журнала практического психолога за 2015 год был полностью посвящен недириективному подходу в игровой терапии. Автор-составитель сборника - Е. В. Богина. Материалы издания показывают, насколько разным по методологической направленности является сегодня в нашей стране то, что называется недириективной игровой терапией.

Так, В. С. Гончарова представляет работу «Символика детской игры с позиции теории объектных отношений. Опыт недириективной игровой терапии». Название говорит само за себя. Автор указывает, что работает в недириективной игровой терапии, центрированной на ребенке Г Лэндрета и В. Экслейн. [8, с. 78]

Еще одним сборником, представляющим работу игровых терапевтов в России, стал сборник статей «Игровая психотерапия» изданный в 1916 году Ассоциацией специалистов по игровой психотерапии под нашей редакцией.

Здесь мы также встречаемся с материалом И. Е. Катин-Ярцевой, представивший материал «Травля как отравление. Опыт проведения недириективной игровой терапии с девочкой, страдающей психосоматическим расстройством». [19, с. 82-96] Сообщая читателям о необходимости рефлексии этой работы, автор пишет о своем поиске «символических подтекстов игры клиента». И в работе В. С. Гончаровой и в материале И. Е. Катин - Ярцевой заметно влияние Е. В. Богиной, впрочем, прямые отсылки к ее работе встречаются и в том, и в другом тексте.

Т. В. Роот и И. К. Циркунова представляют материал «Применение концепций французской психоаналитической школы в практике недириективной игровой терапии» [54,с.110]. Авторы также начинают свой материал с адресации к работам Гарри Лэндрета и его принципам. При этом утверждают, что « игровая терапия - это не просто совместная деятельность психолога и ребенка. Основная задача терапии - помочь ребенку справиться с его трудностями, решить актуальные проблемы. Насколько этот процесс окажется полезен, критически зависит от того, как точно специалист поймет причины предъявленных жалоб». Как было показано нами в главе 2, работа по Лэндрету предполагает заблокированную тенденцию к актуализации - как первопричину проблем и сложностей ребенка. Это никак не предполагает психоаналитического анализа сложностей ребенка.

Еще одной тенденцией, видной по двум названным выше сборникам, является попытка соединить отечественную традицию в использовании игры в психотерапии и психологической коррекции с подходом Карла Роджерса.

Это видно по текстам Н.Ю.Дружининой и Е.Г. Горбачевой, соединяющих в своих статья наследие классиков отечественной психологии с работой «по Лэндрету». [13,10]

Материалы, в которых игровая терапия «по Лэндрету», наиболее приближена к работе в игровой терапии, центрированной на ребенке, представлены М.Э. Гончаровой, О. С. Мищенко, С.В. Губиной, З. Ф. Теньковой.

Тексты Э.М. Гончаровой отличает феноменологический подход. Автор показывает процесс работы с девочкой с задержкой развития, описывает труд-

ности взаимодействия, упоминает про свои эмоциональные состояния при работе, отмечает, как постепенно меняется поведение ребенка – и в игровой комнате, и вне её. Специалист обращает внимание на свое эмоциональное состояние, чутко реагируя на него, и учитывая его в работе с ребёнком. О феномене двойного присутствия – о необходимости быть настроенным и на состояние ребенка, и на свое состояние – нами написано в том же номере журнала «Практический психолог». [9,с.21-33]

С.В. Губкина делится опытом применения игровой терапии с детьми, имеющими резидуально – органические нарушения ЦНС. Цикл занятий, проведенных с ними в недирективной манере, с эмпатическим отражением их чувств, позволил им лучше подготовиться к занятиям с нейропсихологом. Выросла их уверенность в себе, возникло доверие не только к игровому терапевту, но и ко всему персоналу центра, и даже увеличился объем внимания. [11]

О.В. Мищенко делится опытом работы с мальчиком, страдающим психосоматическими проблемами. Это впечатления игрового терапевта, разделяющего с ребенком его способ быть на сессиях с минимальной рефлексией случая, что неудивительно. Должной теоретической базы для анализа работы в области игровой терапии, центрированной на ребенке, в нашей стране нет. [29]

З.Ф. Тенькова представляет в своей публикации опыт работы с приемными детьми. Отмечены трудности, связанные с их травматическим ранним периодом жизни. [61]

Анализ немногочисленных отечественных публикаций под грифом «Недирективная игровая терапия» показывает, что сегодня под недирективной игровой терапией зачастую понимается только отсутствие руководства игрой со стороны специалиста.

Но игровая терапия, центрированная на ребенке, шире, чем только отсутствие руководства игрой ребенка. Это и определенная теория личности, и понимание терапевтического процесса, и требования к специалисту. Единое поле игровой терапии, образно говоря, засеяно разными культурами.

Нам кажется важным и уточнение терминологии, и представление отечественному читателю более внятной связи игровой терапии, центрированной на ребенке со взглядами Карла Роджерса. В отечественной литературе практически нет работ, рассматривающих конкретную работу с ребенком через призму человекоцентрированного подхода. Возможно, это отчасти могло бы повлиять на большие трудности с осмыслением работы в подходе. При обсуждении «случаев» работы с тем или иным ребенком дискуссия зачастую уходит в сторону анализа семейной системы ребенка, или клинико-диагностических интерпретаций. Время от времени приходится слышать отголоски практики в возрастнопсихологическом консультировании, попытки определить стиль родительского воспитания и связать с ним психологические проблемы ребенка. Быть с ребенком для многих специалистов оказывается гораздо легче, чем быть с родителями.

3.3. Практическая реализация игровой терапии, центрированной на ребенке (опыт автора).

Перипетии становления практической психологии в нашей стране в последние двадцать пять дали автору редкую возможность поработать в двух вариантах недирективной игровой терапии или игровой терапии, центрированной на ребенке.

Первый период работы с детьми характеризовался соблюдением исключительно основных принципов недирективной терапии. Автору было просто неизвестно о возможностях применять базовые и тем более продвинутые навыки игровой терапии, которые подробно изложены в первой главе этой работы.

Работа «строилась», если так можно сказать, исключительно на базовых принципах работы Карла Роджерса и Кларка Мустакаса. Ребенок сам решал, чем ему заниматься на сессии. Автор проявлял безусловное положительное отношение к детям. Это было нетрудно, частными клиентами становились, в основном, хорошо воспитанные дети образованных родителей, с невротическим уровнем расстройств, либо же дети, переживавшие травматические события типа госпитализации или нападения собаки.

Эмпатическое понимание выражалось специалистом, скорее, невербальными средствами, и без специальных усилий. Было органичным. Больше всего, возможно, это напоминало самый ранний вариант игровой терапии. Роджерс писал, что главным отличием от терапии взрослых был минимум вербальной активности специалиста – за исключением необходимости вводить ограничения.

Недостаточность профессиональной подготовки, осторожность и опасение навредить ребенку не позволяли специалисту осуществлять какие-либо интервенции, кроме введения ограничений, когда это было необходимо.

Работа в таком ключе оказалась эффективной. Дети избавлялись от страхов, энуреза, становились более раскованными или, наоборот, миролюбивыми в общении с другими детьми. И каждый раз этому способствовали искренние теплые человеческие отношения с предельным уважением к возможностям ребенка идти собственным курсом. Без панибратства.

Во втором периоде работы автор обратился к большому и подробному объему современного теоретического и методического материала. В связи с переездом автора в Москву количество клиентов увеличилось. Работа теперь уже велась в соответствии с современным состоянием игровой терапии, центрированной на ребенке. С развернутыми эмпатическими откликами, заметной вербальной активностью. То, что работа в этом ключе дает результаты, можно проиллюстрировать многими примерами из практики. Это неоднократно доказано современными англоязычными источниками (как показано в первой главе работы).

Гораздо больший интерес вызывает вопрос эффективности работы в первом варианте. Конкретные варианты работы будут представлены ниже.

Потребность осмыслить работу, не отягощенную развернутым инструментарием и вербальной активностью, привела нас к вопросу о работе с детьми в «чистом» («ортодоксальном», «фундаменталистском») варианте человекоцентрированного подхода.

В этом разделе представлена работа с двумя детьми. Мировоззренческая и профессиональная позиция специалиста была обозначена выше.

Кабинет не был оборудован игрушками в той мере, которую предполагает классическая игровая терапия. В комнате и в первом, и во втором случае работы находилось небольшое количество игрушек, помещение использовалось, в основном, как кабинет для работы с взрослыми. Но и в том, и в другом случае в комнате было изобилие материала для творческого самовыражения – краски разного типа, бумага разной плотности и формата, пластилин, цветная бумага, картон, клей, карандаши

Единственной осознаваемой целью специалиста терапии с ребенком было предоставление ему возможности «идти своим курсом» в условиях теплых, доброжелательных отношений.

Терапевтический сеттинг - четкое соблюдение времени начала и окончания встречи – неуклонно соблюдался. Время от времени проводились встречи-консультации с родителями. Работа осуществлялась на базе частного психологического центра.

3.3.1 Долгосрочный курс игровой терапии, центрированной на ребенке. Работа с мальчиком восьми лет с невротическими страхами.

Родители ребенка обратились за помощью после первой четверти учебного года в связи с жалобами на интенсивные страхи мальчика, который стал просыпаться ночью с криками.

При предложении заниматься здесь «чем хочешь» мальчик выбрал работу с материалами для творческого самовыражения. Игрушки его не привлекали. Начиная работу, ребенок предпочитал плотно закрашивать листы формата А-3 черной краской. Он также немного рисовал ручкой и простым карандашом.

По мере того, как развивались терапевтические отношения с ребенком, он становился все более разговорчивым, рассказывал о том, какие фильмы посмотрел, какие подарки дарят ему близкие.

Постепенно черного цвета на листах бумаги становилось всё, он стал как бы более разряженным. Нельзя не отметить, что мальчик очень радовался тому, как у него «красиво получилось!» Он часто наблюдал, как нити краски причудливо расходятся в прозрачной емкости с водой, наблюдая за их плавными, непредсказуемыми движениями. И приглашал меня рассматривать эти, похожие на движения водорослей, хитросплетения краски. Получалось так, потому что кисти надо было обмакивать в воду.

Игры как таковой на наших встречах не было. Мальчик много рисовал. Либо закрашивал сплошным цветом листы формата А-3, либо пользовался ручкой и карандашом. В какой-то момент его стала очень занимать подготовка бумаги к использованию. Он тонировал белые листы бумаги чайным пакетиком. В комнате не было чайного уголка, ему пришлось проявить инициативу и пойти в соседнее помещение. Это порадовало. На первых встречах ребенок сидел на месте, казалось, не шевелясь, и был очень скован. Эти тонированные листы бумаги стали использоваться для изготовления, как мальчик сказал, старинных карт. Он увлеченно наносил на них рисунки, надписи, мял так, чтобы бумага становилась «поношенной». Такие же манипуляции

проводились чуть позже с бумагой, выкрашенной в голубой, чтобы она стала «как джинсовая ткань».

Его также очень увлекало смешивание разных оттенков краски, чтобы получить «цвет кожи», телесный.

Мальчик становился все более свободным в своем телесном самовыражении, постепенно проходила скованность внешних проявлений.

Страхи, о которых мы с ребенком ни разу не говорили на приеме, ушли вскоре после начала работы, а потом, как это часто бывает, вернулись. На одной из сессий ребенок впервые обратился к пластилину и вылепил поделку – манифестацию страхов.

Об этой динамике, как о наиболее вероятной, я предупреждала родителей, готовя их к необходимости довольно продолжительной работы. Такое быстрое исчезновение симптоматики, по нашему опыту, имеет смысл рассматривать как подтверждение «правильности» терапевтического процесса. Как правило, симптомы потом возвращаются, чтобы исчезнуть впоследствии – уже устойчиво. К этому времени ребенок уже изменяется как человек. «Необходимость» в тех или иных «нарушениях» отпадает.

Встречи с родителями проводились не регулярно, как это принято в ССРТ (одна родительская консультация на 3-5 встреч с ребенком), а в тех случаях, когда возникала необходимость – у родителей или специалиста.

На периодических консультациях с родителями мы говорили о природе невротических страхов, обсуждали изменения, которые происходили с ребенком.

Некоторые эти изменения сразу воспринимались близкими как положительные. Это были факты, говорившие о возрастающей свободе мальчика в обычной жизни, его большей раскованности, общительности с незнакомыми людьми. Иногда же поведение ребенка озадачивало родителей – они удивлялись тому, что он стал перечить им в каких-то вопросах обыденной жизни. Моей задачей в таких случаях становилось объяснение поведения мальчика его крепнущей уверенностью в себе, способностью распознавать свои чувства и попыткой выразить их.

Задачами родителей в таких случаях становились:

- 1) принятие чувств ребенка
- 2) помощью ему в выражении этих чувств социально приемлемым способом.

В течение терапии с ребенком я дважды приглашала маму на совместные детско-родительские встречи, где предлагала упражнение из арт-терапевтического арсенала. Необходимо было взять по мелку определенного цвета и пообщаться на листе бумаге А-3, никак не общаясь друг с другом вербально. Первый рисунок, предложенный маме с мальчиком, был выполнен в самом начале терапии. Их совместная работа оказалась очень напряженной. Мальчик стал так активно работать на листе своим мелком, что, в конце концов, практически вытолкнул руку ошеломленной мамы с листа бумаги. Так, что в какой-то момент она просто отстранилась от работы, немного отсев от стола. В конце работы мальчик, почти отирая пот со лба, сказал, что был вынужден взять на себя роль сил зла. Эта роль – злодея – понадобилась мальчику для

того, чтобы выразить гнев по отношению к маме. Очень вежливый и воспитанный, он смог это сделать только в такой символической форме. Интересно, что А. И. Захаров в своей работе «Игра в лечении неврозов» приводит пример работы мальчика с теми же невротическими страхами. Только там он предложил робкому ребенку сыграть роль хищного волка, а маме – робкого зайчика. В случае же, который привожу я, ребенок сам нашел возможность выразить накопленные чувства в сочиненном им же сюжете. Он сделал это так, как хотел, и тогда, когда захотел. Хотя с моей стороны, все же было предложение – задание, задающее формальную рамку для выражения чувств и проявляющих характер взаимоотношений матери и ребенка.

К концу учебного года страхи уже давно не беспокоили ни мальчика, ни его близких. Мальчик изменился как человек, его возросшая уверенность в себе читалась и по поведению, и по телесным проявлениям.

Поначалу встречи проводились дважды в неделю, позже – сокращены до одной, а на завершающем этапе мы встречались раз в две недели, плавно завершив наши отношения.

В течение всего этого времени работы психолог в традиционном смысле «не делал ничего». Глядя со стороны, можно было увидеть спокойное доброжелательное общение двух людей. Четко соблюдался принцип недирективности. И, скорее, это было разделение специалистом выбранного ребенком способа быть в отведенное время.

В 2016 году М.В. Берхин защитил в МГППУ магистерскую диссертацию «Критерии оценки микродинамики психотерапевтического процесса», в которой нескольким педагогам и психологам, в том числе и игровым терапевтам, было предложено дать обратную связь на видеозапись нашей работы с мальчиком семи лет.[5] В этой записи отражен как раз тот, начальный опыт работы в игровой терапии, без применения техник и активной вербализации. Запись была сделана в том же психологическом центре, в которой приходил ребенок с невротическими страхами, о котором идет речь. И если игровые терапевты в этом исследовании видели и отмечали наличие отношений специалиста и ребенка, их динамику, то педагогам было «непонятно, что делает специалист». [5] Специалист, действительно, как будто бы ничего не делал. Общепринятое ожидание от работы психолога с ребенком в таких случаях разбивается в пух и прах.

Если попытаться навести «роджерсианскую» оптику на этот случай и концептуализировать его, то можно сказать следующее.

Изменения в состоянии и поведении мальчика последовали вслед за тем, как он попал в условия безоценочных отношений, почувствовал себя тотально принятым. Это вызвало все большую и большую свободу самовыражения на наших встречах, а вскоре – и вне этих занятий. Мальчик стал увереннее, смог открыто выражать свои чувства дома. Важным была и возможность выразить свои чувства по отношению к маме. При этом стоит отметить, что я не называла вслух чувств мальчика, не проявляла эмпатическое понимание вслух. Думая о своем собственном состоянии, могу сказать, что ни малейшего импульса как-то повлиять на ребенка у меня не было. Мне было очень комфортно пребывать рядом с ребенком, проявляющимся так, как он считал нужным и возможным. У Карла Роджерса есть сравнение процесса терапии

с нахождением клиента в амниотической жидкости [51]. Работа с детьми в подобном ключе неизменно вызывала у меня ассоциации то ли с докармливанием, то ли с донашиванием. Мне надо было просто быть рядом, отдавая ребенку все свое внимание и доброжелательность. Скорее, если брать за основу характеристику терапевтических отношений Кларка Мустакаса, это были креативные терапевтические отношения.

3.3.2. Краткосрочный курс игровой терапии с мальчиком одиннадцати лет

Случай работы с Сережей (11 лет).

Так вышло, в ситуации, когда никто из взрослых не ожидал опасности, крупный домашний пёс покусал мальчика, сбив его с ног. Раны пришлось зашить, и всё бы ничего, но маму стала пугать вдруг появившаяся агрессивность ребенка. Добрый обычно мальчик стал вслух мечтать о том, как перестреляет всех вокруг, и настойчиво уговаривал близких купить ему оружие. Из беседы с мамой выяснилось, что ребёнок жалуется на флэшбэки – навязчивые появления перед глазами мальчика (в его воображении) некоторых деталей нападения собаки. Он также часто словно бы слышал её лай, и видел её пасть.

Во время первой встречи с мальчиком я обратила внимание, что он доброжелательно настроен, вежлив, склонен - по собственной инициативе - помогать психологу (сложить в коробку краски, убрать в папку бумагу), хотя это не требуется. И в то же время был активен, проявлял инициативу в творческих занятиях, что радовало. Если бы мальчик был пассивен, замкнут, работа, скорее всего, потребовала бы больше времени. В данном же случае Сережа уже был готов к работе. Его агрессивность в жизни, которую отмечала мама, и его активность на первой же встрече говорили о том, что ребенок активно ищет способы справиться с травматическим переживанием. Надо было просто помочь ему в этом, понимая происходящее и создавая соответствующие условия для работы.

В первый раз мальчик выбрал для работы черную гуашь и белые листы бумаги разного формата. Все рисунки мальчика, назовем его Серёжей, отличались напряжённо – тревожной тональностью. Он изображал бурю, ураган, летящий над землей огненный шар (для этого мальчик использовал не только черную, но и оранжевую краску). С рисунков словно бы дул холодный ветер, а в пасмурном небе хлопали крыльями черные вороны. В конце занятия Сережа слепил ещё и черную розу.

На рисунках он изобразил стихийные угрожающие силы... сметающие все на своем пути ... словно бы еще раз встретился с тем, что так напугало его, застало врасплох, причинило боль.

На протяжении всей встречи мальчик был грустен, даже подавлен, разговорившись с психологом, сетовал, что ему теперь ничего нельзя, он не может гулять с ребятами, а выбирается из дома только в магазин, за компанию с кем-нибудь из взрослых.

Дело в том, что до нападения собаки мальчик получил еще и компрессионный перелом, несколько месяцев не посещал школу, и во время нашего общения находился в корсете. На второй сессии мальчик первым делом

потянулся за простым карандашом и бумагой. Его рисунки на этот раз были полны изображений супергероев, вооруженных до зубов и преувеличенно сильных – с мускулистыми телами, доспехами, пращой, дубиной, цепями.

Снова пережив на предыдущем занятии напугавшее его событие, теперь мальчик внутренне готовился к сопротивлению, хотел чувствовать себя сильным, вооруженным, готовым защищаться.

Потом стал лепить большую собаку из пластилина, приговаривая – как я хочу забыть её, чтобы не вспоминать больше!

Потом мальчик немного поиграл собакой на поверхности стола, то есть держа её в руке, изображал, что она угрожающе бежит и прыгает. «Я так хочу ее забыть поскорее!» - заявил мальчик. Мой ответ не был отражением чувств. Я сказала, что забыть, может и не получится, а вот вспоминать спокойнее – это да, бывает.

Вскоре мальчик слепил из фигуры собаки фигуру человека и в оставшееся время сессии играл с этим человеком. Он долго и неумолимо щёлкал пальцем по лицу пластилинового человека (щелчки были сильные – и для человечка в том числе). Потом человечек стал кряхтеть и постанывать, страдая от действия какой-то внешней не персонифицированной силы. Он был сотрясаем внешними ударами, безуспешно пытался увернуться от них, как будто кто-то или что-то невидимое объявило ему бой не жизнь, а на смерть. Человечек падал, поворачивался то одним, то другим боком, волочился по земле... Ближе к концу встречи мальчик оживленно воскликнул: «О! на следующий раз я сделаю ещё одного, и они будут сражаться».

Мальчик играл с этой фигуркой ожесточенно, весело и очень увлеченно. Удовлетворённая ремарка мамы после первой сессии: «Ну вот, совсем в другом настроении вышел».

В конце сессии мальчик заботливо уложил фигурку человека в коробочку, уложив в эмбриональную позу. Эта процедура будет повторяться на протяжении всей работы с мальчиком, пока будут задействованы пластилиновые фигурки. Он будет заботливо укладывать их в коробочку, и вынимать в начале следующего занятия. Нечего и говорить, что после каждого занятия я убирала коробочку в шкаф, с тем, чтобы Сережа мог найти своего человечка в том же состоянии на следующий раз.

Впоследствии мальчик изготовил ещё одну фигуру – на этот раз другого цвета, и несколько большую по размеру, чем фигура первого человечка. Между ними началось ожесточенное сражение - фигуры нападали друг на друга, ударяли так, что отлетали в разные стороны. При этом мальчик включал в движения не только кисти рук, он очень активно задействовал все руки от плеча, отводя их в стороны, много поворачивался. То есть активно включал в движение тело, что важно. Тело помнит пережитый травматический опыт, и в полной мере изжить пережитое – значит справиться с этим и телесно. На мальчика напала крупная собака, скорее всего, у ребёнка не было шансов ответить на нападение активными действиями. И вот здесь, в игровой комнате была запущена реакция активной борьбы, более чем естественная для ситуации, в которую попал ребенок.

На одной из встреч мальчика осенила мысль использовать пластмассовые стеки для пластилина в качестве холодного оружия для фигурок. Те-

перь пластилиновые персонажи не только ударяли друг друга, но и протыкали насквозь, рубили, кололи. Игра опять-таки шла очень жесточно, весело, азартно.

Пятая сессия выдалась особенно драматической. Сначала мальчик поиграл с маленькими фигурками динозавров. Перебрав несколько фигурок, он выбрал две, сказал, как они называются, и инсценировал сражение между двумя динозаврами. Одна фигурка била другую, потом наоборот. При этом, когда удары обрушивались на длиннеего динозавра с маленькой плоской головой, мальчик сопровождал происходящее эпитетами, указывающими на скудомыслие последнего, скажем так. Потом фигуры пластилиновых человечков снова жесточно колотили друг друга. Но в этот раз за десять минут до окончания сессии мальчик – в пылу потасовки сжал фигуры одну с другой, плотно сомкнув ладони. При этом щёки его дрожали, руки тряслись. И сам мальчик был напряжён. Превратив эти две фигуры в одну, он с доверительной интонацией, как бы признаваясь мне, сообщил: Я никогда так раньше не делал.

После этого, он стал закладывать мелкие кусочки пластилина внутрь в образовавшийся кусок пластилина, сообщая, что он заглатывает эти кусочки. При этом мальчик смеялся. Смех этот казался принудительным. Мальчик сохранял критическое отношение к нему, время от времени сообщая: «Ой, что-то смех меня разбирает» и как бы извиняясь. Это не помешало ему помочь убрать психологу материалы в конце занятия.

Выйдя к няне, которая привела мальчика на сессию, мальчик первым делом попросил воды, и всё ещё пребывая в возбужденном состоянии, посетовал на свой смех. У них были дальнейшие планы на день, они собирались куда-то на прогулку. Тон няни был, как и обычно, простецки свойским. Они ушли из кабинета, обсуждая что-то свое, а я подумала о том, что телесный рисунок смеха похож на телесный рисунок рыдания – при этом задействованы одни и те же мышцы, которые естественным образом перестают блокировать сдерживаемые чувства.

Готовясь к следующей сессии, я уделила особое внимание своему состоянию. У меня осталась некоторая тревога, я понимала, что работа мальчика над своими проблемами идет на очень глубоком уровне. Вместе с коллегами мы вспомнили, что при работе с травмой важно сначала активизировать ресурсы человека, с тем, чтобы у него была возможность выйти на переработку травматического опыта. Это общее положение для работы с травмой. Специфика игровой терапии, центрированной на ребенке, заключается в том, что ребенок выходит на работу с теми или иными своими переживаниями, когда внутренне готов к этому. **Таким образом, не я как специалист работаю с травмой ребенка, а ребенок работает со своей травмой – так и тогда, когда становится готов к этому.** В некоторых случаях допустимо переключить внимание ребенка – только тогда, когда специалист понимает, что ребенок не справляется с актуальным переживанием и его проигрывание травматической ситуации словно бы носит принудительный характер. Это так называемая травматическая игра, не приносящая облегчения. Я внимательно вспомнила детали последней сессии. Серёжа встретился с сильнейшими переживаниями, при этом активно действовал, и нет, не попал в их плен,

а, наоборот, отважно сражался с призраками былого, испытывая при этом сильные чувства.

Гарри Лэндрет, живой классик игровой терапии, центрированной на ребенке, писал, что чувства игрового терапевта по отношению к ребенку важнее мыслей о нем [26]. В этот раз мне пришлось уделять особое внимание своему состоянию - на предстоящей встрече с мальчиком мне нужно было быть спокойной, а не тревожащейся – куда же дальше будет развиваться процесс работы Сережи?

Мальчик пришел на следующую сессию совершенно другим. Впервые мы много – естественно, по его инициативе - разговаривали. До этой сессии мальчик самозабвенно играл, и главным были манипуляции с пластилином, реже - с красками, и все разговоры велись, в основном, вокруг игр с пластилиновыми фигурками. В эту же встречу он впервые предстал передо мной как одиннадцатилетний мальчик, который может не только играть. Он вдруг заговорил о школе, поделившись своими соображениями о том, что ему надо наверстать упущенное по ряду учебных предметов в школе, сказал, что опасается, как бы его не выгнали из школы, потому что он много пропустил, пока сидел дома. Дальше много говорил о любимом виде спорта, поделился сомнениями, что врач может разрешить играть с любимой командой в новом учебном году. Рассказал о правилах игры, о самой сильной команде в мире. Поделился тем, что не очень хочет ездить в художественную школу, куда записывает его мама. При этом подчеркнул, что это «мама же решила, не я».

Ближе к концу занятия мальчик вспомнил о своей поделке. Он вынул однородный кусок пластилина, который заглатывал более мелкие в предыдущий раз. И слепил одну, крупную, фигуру человека.

После этой сессии бабушка, забиравшая на этот раз мальчика, посетовала на то, что мальчик дома играет в ужасные игры. То есть лепит пластилиновых человечков, и то головы им сносит, то протыкает насквозь. Спросила, можно ли разрешать так играть?

На следующую сессию мальчик принес большую поделку из дома. Большой пластилиновый человек, о котором он раньше рассказывал. Была игра и с этим пластилиновым человеком, в которого тоже вонзались пластмассовые стеки для пластилина. Это тоже была игра в сражение, но не столь ожесточенная как раньше, без такой тревожной окраски, как прежде. Кроме того, некоторую часть последних сессий стали занимать другие занятия - в частности изготовление «мирных» поделок из плавающего пластилина, разговоры о том, как мальчик играет с друзьями на даче, о том, какие игры любит на компьютере. Настроение в последние сессии было весёлым, Серёжа понемногу стал шутить, озорничать, в то же время проявляя покровительственное отношение к психологу.

Последний рисунок, которым мальчик решил завершить цикл встреч, отличался от рисунков, сделанных на первой встрече, как летний день в средней полосе России отличается от океанского ценой, сметающего все живое и неживое на своем пути. На этом, последнем рисунке, было много жизни лесных обитателей на фоне природы - паучок с паутиной на дереве, гнездо с птенчиками, муравьи.

Это пример краткосрочной терапии. С самого начала все участники процесса были в курсе, что может состояться только десять занятий - при двух встречах в неделю работа заняла чуть больше месяца. И хотя, на мой взгляд, можно и нужно было работать с Сережей дальше, острота его реакции на травматическое происшествие, безусловно, была снята. С помощью игровой терапии, центрированной на ребенке, он смог конструктивно переработать травматический эпизод, случившийся в его жизни. И более того, вышел в своей работе на более ранний по времени эпизод учебы в начальной школе, когда ему пришлось подвергнуться некорректному поведению педагога. И эти, активизировавшиеся травматические переживания также были проявлены во время этого небольшого цикла терапии.

Что можно сказать, учитывая проделанную работу?

Ребенок пережил сильнейший испуг. Вскоре после травматического эпизода родители обнаружили возросшую агрессивность ребёнка. «Ближе к всего было сильнейшее чувство гнева, которое мальчик не мог выразить в жизни. При наличии средств для самовыражения и принимающего психолога, ребенок сначала стал воспроизводить собаку - то, что напугало. Очень быстро эта собака превращается в человека, человека обижал кто-то (или что-то), он падал, кричал, гнулся. Вскоре после этого появляется другой человек - рыжий, и долго-долго дрался с серым, в итоге побеждая его. Специалист не только не направлял ребенка к каким-либо действиям, не было даже отражения чувств. Я не старалась способствовать пониманию ребенком происходящего. Я сопresentствовала, и была захвачена происходящим. В этой встрече ребенок старался переработать свои впечатления. И это стремление изжить напряжение, справиться с тяжелым опытом рождалось у ребенка изнутри. Никто не предлагал ему «поработать с травматическими переживаниями». Это удивительное стремление человека изжить болезненные впечатления, мешающие чувствовать себя активно действующим, проявляющимся, защищающимся от угрозы.

Обращаясь к терминам человекоцентрированного подхода, можно сказать следующее. В безопасной принимающей атмосфере терапевтических отношений Сережа встретился с травматическим опытом во всей его полноте. Первый пласт этого опыта был связан с недавним травматическим событием - неожиданным нападением собаки. Мальчик не мог сопротивляться, был напуган. В кабинете специалиста смог выразить всю полноту впечатлений, снова - в безопасных отношениях - пережил травматическую ситуацию. Правда, теперь вместо страха - что неудивительно - был выражен гнев, предприняты активные попытки справиться с ситуацией на символическом уровне. Присвоив этот опыт, Сереже обратился к впечатлениям двухлетней давности. Он вспоминал брань, унижительные определения, которыми награждала его учительница в начальной школе. Я ничего не знала об этих переживаниях, в кабинете не было школьной доски, пеналов, тетрадок - ничего, что напрямую говорило бы о школьных занятиях. Тем не менее, к чувствам, связанным с нападением собаки, подключились заблокированные прежде чувства по отношению к учительнице. Стремление выразить протест, гнев по отношению к обидчице проявился очень ярко. Мальчик встретился с подавленными переживаниями в полной мере, при поддержке специалиста. И это не было

волевым интеллектуальным решением. Ребенок выражал себя, не ставя себе целей работы. Это удивительное направление движения ребенка в терапии – словно бы по встроенному внутреннему навигатору каждый раз изумляет меня. Стремление гармонизировать свое состояние, найти внутренний баланс – вот что движет неизменно ребенком в терапии. Базовых условий терапии оказывается достаточно.

Оба, представленные выше случая, могут быть рассмотрены как яркое свидетельство способности человека перерабатывать свои актуальные впечатления, выражать содержание своего внутреннего мира, стремиться гармонизировать свои впечатления и переживания. Условиями активизации такой работы стали и в том, и в другом случае – отношения, лишённые оценки, контроля, желания руководить, принятие, транслируемое, скорее паравербальными и невербальными способами, нежели словесными средствами.

(Вместо выводов к третьей части).

Развитие игровой терапии как отдельного направления практической психологии /немедицинской психотерапии в нашей стране только начинается. Мы показали, с какими трудностями встречается становление этого подхода в нашей стране.

Использование игры в отечественной психологии традиционно подразумевало направление этой игры взрослым. Игра вводилась в программы развития, лечения, коррекции, воспитания для целей, поставленных взрослым. Сами по себе эти цели исходили из наилучших побуждений. Не предполагалось только то, что ребенок в самом себе имеет возможности для саморазвития и самосовершенствования. И это не разница в методиках, а разное отношение к ребенку, к человеку вообще, к движущим силам его развития.

Игровая терапия, центрированная на ребенке, видит источники развития в самом ребенке и создает для этого ряд условий.

На взгляды отечественных практиков повлияло традиционное отношение к ребенку, как к человеку, которому надо формировать.

Ряд специфических сложностей именно нашей страны связан еще и с тем, что подробной литературы о подходе на русском языке до сих пор нет. Учебные пособия, созданные в последние десять лет, и отражающие современное состояние вопроса до сих пор не переведены на русский язык. Признанным центром развития подхода являются США, соответственно, язык актуальной литературы и учебных пособий – английский.

Тем не менее, в стране уже работают игровые терапевты, ставящие во главу недирективный подход. При этом работа в идеологии одного подхода может сочетаться с практическими методами, заимствованными из другого направления терапии, что порождает странное соединение разнородных по сути элементов.

Методологическая неразбериха отражается и в использовании названий. Игровая терапия, центрированная на ребенке, относится к недирективным подходам. Но недирективной, к примеру, является также работа в русле теории объектных отношений. Широко используемый на русском языке термин «недирективная игровая терапия» включает в себя игровую терапию, центрированную на ребенке, но является более широким понятием.

Особенности развития игровой терапии в нашей стране требуют ясности в разграничении этих двух подходов.

На наш взгляд, отечественным специалистам не хватает конкретных параметров, по которым можно было бы оценивать и продвижение клиента в игровой терапии, и свою собственную работу без заимствования элементов и идеологии других подходов. В отсутствии таких критериев чрезвычайно затруднена и самоидентификация специалиста, и популяризация подхода, и его эффективная реализация. Работу в русле игровой терапии, центрированной на ребенке, логично объяснять ее собственной идеологией, а не положениями из психоанализа, к примеру.

(Вместо заключения.)

Итак, в материале кратко представлены история и современное состояние игровой терапии, центрированной на ребенке. Показано, как необходимые и достаточные условия клиентоцентрированной терапии нашли свое выражение в базовых принципах игровой терапии, предложенных Вирджинией Экслейн, а потом и в конкретных «приемах» работы с детьми. Игровая терапия, центрированная на ребенке, родственна клиентцентрированному/человекоцентрированному подходу. Выраженная технологичность подхода (наличие развитого инструментария) в его современном состоянии, что как будто бы противоречит базовым установкам Карла Роджерса, объясняется целым рядом причин, проанализированных нами в первой части материала.

Дискуссионным остается поставленный нами в третьей части работы вопрос о возможности терапии ребенка, с соблюдением достаточных и необходимых условий работы в соответствии с взглядами Карла Роджерса. Наша многолетняя практика и единичные представленные в литературе случаи убеждают нас в том, что это возможно. Для доказательства с цифрами в руках, конечно же, требуются соответствующие исследования. При наличии современной техники и возможности вести записи сессий с детьми, это легко осуществимо при наличии заинтересованных специалистов. Исследовательский вопрос при этом может быть нацелен на возможность сравнить работу двух видов. В одном случае – это, как уже указано выше, специалист «оснащен» только эмпатическим пониманием, безусловным положительным отношением и конгруэнтен, не только осознает, но и проявляется «из себя» во время работы с ребенком. Во втором – работает в соответствии со всеми разработанными в сегодняшней игровой терапии, центрированной на ребенке, правилами. Реагирует на проявления ребенка «как положено», предписано. В этом случае не идет речи о внесении специалистом своего содержания в пространство сессии. Специалист – незамутненное зеркало, отражающее представления ребенка.

Такая исследовательская работа может разрешить еще одну проблему, лежащую под выше указанной. За двумя возможными стилями работы скрыт вопрос о возможности работать на благо ребенка без того, чтобы вести его к пониманию себя. Ведь одна из целей активной вербализации в ССРТ – это показать ребенку его самого (в ситуации полного принятия специалистом). Возможность ребенка разрешать свои проблемы без направления специалистом. В первой части работы приведено мнение о том, что специалист постоянно направляет ребенка на пути к самосознанию.

Возможности ребенка самостоятельно - в условиях принятия специалистом - изживать свои проблемы, продвигаясь к своей сущности, очень много говорят нам о природе ребенка.

В первой части работы мы привели несколько направлений терапии, которые разные авторы сравнивают с игровой терапией, центрированной на ребенке.

На наш взгляд, игровая терапия в варианте Кэтрин А. Мун, Кларка Мустакаса, и работа автора диссертационного исследования в первый период профессиональной деятельности больше всего похожа на те виды терапии, где вербализации и сознательная активность клиента не приоритетны.

Игровая терапия, центрированная на ребенке, в первую очередь, имеет сходство с теми направлениями психотерапевтической практики, которые предоставляют клиенту возможность свободного серфинга в своем внутреннем мире.

При этом достигаются изменения, которые впоследствии влияют на жизнь человека, но далеко не всегда осознаются им. В первую очередь, это терапия экспрессивными искусствами Натали Роджерс. А также - голотропное дыхание, практика аутентичного движения, «сны наяву» Жоржа Ромэ, танцевдвигательная, телесная и арт-терапия – в вариантах отсутствия «заданий», когда человек проявляется свободно, из внутреннего источника активности. Практически все перечисленные нами направления предполагают некую последующую вербальную активность клиента и его терапевта (или партнера, ситтера), направленную либо на осознание того, что произошло, либо - часто – на получение обратной связи. По нашему многолетнему опыту – и клиентскому, и терапевтическому, положительные изменения могут быть достигнуты без осознания.

Карл Роджерс верил в позитивную природу человека, во врожденную тенденцию человека к актуализации. Но психика человека не сводится к сознательной части. Практически все перечисленные выше направления предполагают минимальную активность левого полушария. Если человеку удастся «отпустить» самоконтроль (в известной мере), то его воображение, телесные, вокальные проявления словно бы начинают жить своей жизнью. Источники этой жизни – в самом человеке, хотя он не решает сознательно – двигаться, «звучать», использовать краски так или иначе.

Более того, признаком хорошей работы считается именно «отпускание» контроля сознания – в известных пределах. Известно, что при телесном дискомфорте и невозможности моментального получения скорой медицинской помощи испытывающий страдание человек будет искать возможность лечь, встать, двигаться или наоборот, замереть в той позе, которая в данной ситуации является оптимальной. Человек делает это инстинктивно. Психика человека не сводится к активности высокоразвитого сознания.

На наш взгляд, в спонтанной игровой активности ребенок, будучи свободен от страха оценки и желания соответствовать чьим-либо ожиданиям, как раз и попадает в такое состояние «свободного плавания» в своём психическом. И это психическое стремится к гармонии, к высвобождению своего потенциала, к встрече с болезненными переживаниями, блокирующими тенденцию к актуализации.

Карл Роджерс писал об особом состоянии, в котором он иногда обнаруживает себя во время сессий с клиентами. «И тогда, - пишет он, - чтоб я ни делал, это оказывается целительным». [40, с. 39]

Особое состояние, на наш взгляд, иногда отличает и детей, находящихся в игровой комнате с понимающим доброжелательным специалистом. Это именно легкое трансовое состояние, которое ни в коем случае не наводит специалиста. Это естественно возникающее у ребенка состояние, чувствующего себя спокойно, в безопасности, и полностью отдающегося спонтанному «плаванию» в игре. Это захватывающее переживание, вызывающее трепет и уважение к возможностям человеческой природы. При такой работе ребенок не знает, что он работает над проблемами. Он просто проявляется наиболее органичным для себя в текущий момент образом. И только изменения в его поведении, о которых специалист узнает от родителей, свидетельствуют о том, что «терапия работает».

Анализ зарубежного и отечественного опыта в области игровой терапии позволяет нам обозначить отсутствие специфической профессиональной «оптики», сквозь призму которой можно было бы рассматривать происходящее в игровой терапии, центрированной на ребенке. Зарубежная литература дает некоторые примеры следования исследователем/практиком за ребенком, исходя из логики подхода. Это, как правило, акцент на создании условий (среды) для тенденции актуализации ребенка. Современная профессиональная литература на русском языке практически не имеет такой интенции, но остро нуждается в ней. В результате практикующие специалисты, нацеленные на работу в области игровой терапии, центрированной на ребенке, пытаются осмыслить свою работу в терминах других терапевтических, а то и педагогических подходов.

Литература

1. Авдулова, Т. П. Психология игры: учебник для академического бакалавриата / Т. П. Авдулова. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2018. — 232 с.
2. Александрова О. В. Оказание психологической помощи детям от 8 до 12 лет с тяжелыми и неизлечимыми заболеваниями на примере недирективной игровой терапии, центрированной на ребенке // Журнал практического психолога. №1, 2015, с. 90-95.
3. Баркевич А. А. Пестрый мир игровой психотерапии // Журнал практического психолога. №1, 2015, с. 11- 23.
4. Берхин М. В. Критерии оценки микродинамики психотерапевтического процесса, 2015. Магистерская диссертация. МГППУ, кафедра детской и семейной психотерапии. Научный руководитель Ф.М. Василюк. Москва, 2015/ рукопись.
5. Богина Е. В. Теория и практика игровой терапии. Метод свободной игры: метод. пособие. 2018. 144с.
6. Божович Л. И. Личность и её формирование в детском возрасте. - СПб.: Питер, 2008.- 400с.

7. Возрастно-психологический подход в консультировании детей и подростков: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Г. В. Бурменская, Е.И.Захарова, О.А.Карабанова и др. — М.: Издательский центр «Академия», 2002. — 416 с.
8. Гончарова В. С. Символика детской игры с позиции теории объектных отношений (опыт работы в недирективной игровой терапии)/ Журнал практического психолога. №1,2015, с.78-99.
9. Гончарова М.Э. Опыт недирективной игровой психотерапии с девочкой, имеющей проблемы психического развития/ Игровая психотерапия. Сборник статей. Научно-практическое издание. - М.:ООО «Адвансед салюшнз», 2016, 21-33 с.
10. Горбачева Е. Г. Детско-родительские отношения в процессе ролевой игры в недирективной домашней игровой терапии, центрированной на ребенке/ Игровая психотерапия. Сборник статей. Научно-практическое издание. - М.:ООО «Адвансед салюшнз», 2016, 34-59 с.
11. Губкина С.В. Опыт применения недирективной игровой терапии детей с резидуально-органическим поражением ЦНС/ Игровая психотерапия. Сборник статей. Научно-практическое издание.-М.:ООО «Адвансед салюшнз», 2016, 72-81 с.
12. Детская и подростковая психотерапия: учебник для вузов. / Е.В.Филиппова [и др.]; Под ред. Е.В. Филипповой. - Москва: Издательство Юрайт,2020.-430 с.
13. Дружинина Н.Ю. Организация игрового терапевтического процесса в работе с детскими страхами/ Журнал практического психолога. №1,2015, с. 105-109.
14. Жуковская Р. И. Воспитание ребенка в игре. –М.:Педагогика, 1963 -216 с.
15. Захаров А. И. Игра как способ преодоления неврозов у детей. Изд-во КАРО, 2006.- 408 с.
16. Игумнов С. А. Психотерапия и психокоррекция детей и подростков – М.: Изд-во Института психотерапии, 2000.- 112 с.
17. Карабанова О. А. Доронова Т. Д. Соловьева Е. В. Развитие игровой деятельности детей 2-8 лет. Методическое пособие. М., 2015,- 64 с.
18. Б.Д.Карвасарский: Психотерапевтическая энциклопедия.-3-е издание, Питер, 2006, 944с. (Золотой фонд психотерапии)
- 19.Катин-Ярцева И. Е. Травля как отравление. Опыт проведения недирективной игровой терапии с девочкой, страдающей психосоматическим расстройством/ Игровая психотерапия. Сборник статей. Научно-практическое издание.-М.:ООО «Адвансед салюшнз», 2016, - с.82-96
19. Карл Роджерс и его последователи. Психотерапия на пороге XXI века. Москва. Когито-центр, 2005, 315 с.
20. Клиентцентрированный?Человекоцентрированный?/Консультативная психология и психотерапия, 2010.№4. С. 166 – 174. с.
21. Колпачников В. В. Человекоцентрированный и экзистенциальный подход в консультировании и психотерапии: близость или различие? Консультативная психология и психотерапия. 2011.№4. с. 91-106.

22. Кочарян А. С. Рефлексия клиентцентрированной психотерапии // Психотерапия. – 2010. - №10 (94). – С.76-80.
23. Кравцов Г.Г., Кравцова Е. Е. Психология игры. Культурно-исторический подход.- М.: Издательство «Лев».-344 с.
24. Крафт А., Лэндрет Г. Родители как психотерапевты. Прислушаться к игре своего ребенка: пер. с англ. - М.: Московский психолого-социальный институт, 2000 – 196 с.
25. Лэндрет Г. Игровая терапия: искусство отношений: Пер. с англ. Л.Р.Мошинской /Предисл. А. Я. Варга - М.: Международная педагогическая академия, 1994. — 368 с.
26. Осипова А.А. Общая психокоррекция. Учебное пособие, М.: Сфера, 2002 - 510 с.
27. Меновщиков В. Ю., Колпачников В.В., Введение в человекоцентрированный подход и клиент-центрированную психотерапию: Взгляд из России. М.: Институт консультативной психологии и консалтинга (ФПК-Институт), 2019 – 116 с.
28. Мищенко О. С. Иногда самое сложное, чтобы человеку было комфортно/ Журнал практического психолога. №1,2015, с. 120 -124.
29. Мэш Э., Вольф Д. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка.-Спб.: прайм – ЕВРОЗНАК, 2003.-384с.
30. Мустакас К. Игровая терапия. Речь,2000. 281с. ("Psychotperapy with children. The living relationship" 1959.)
31. Некрылова Н. В. Основные направления современной клиент-центрированной психотерапии/ Журнал практического психолога, посвященный клиент-центрированной терапии.,2012 г.,№1, с.81-82.
32. Нельсон-Джоунс Р. Теория и практика консультирования – СПб.: Издательство «Питер», 2000. – 464с.
33. О'Коннор К. Теория и практика игровой психотерапии. — С-Пб., 2002.- 464 с.
34. Новые направления в игровой терапии: проблемы, процесс и особые нарушения/Под ред.Г. Лэндрета. Пер.с англ.-М., Когито_Центр, 2007.-479 с.
35. Орлов А. Б. Обобщенный портрет ревизиониста./ Журнал практического психолога.2012 №1.с. 131-134.
36. Орлов А.Б. Психология личности и сущности человека: Парадигмы, проекции, практики: Учеб.пособие для студ. психол. фак. Вузов. -М.: Издательский центр «Академия», 2002. — 272 с.
37. Орлов А. Б. Психотерапевтическое завещание К.Роджерса / Вопросы психологии.2012.№6.с.117-121.
38. Орлов А. Б. Психотерапия в процессе рождения. Психология. Журнал Высшей школы экономики,2006. Т.3. № 1. С. 82-96.
39. Орлов А. Б. Человекоцентрированный подход в психологии, психотерапии, образовании и политике (к 100-летию со дня рождения К. Роджерса)/Вопросы психологии, 2002.№2. с.64-84.

40. Орлов А. Б., Лэнгле А., Шумский В.Б. Экзистенциальный анализ и клиентцентрированная психотерапия: сходство и различие. С. 21-36./Вопросы психологии. Ноябрь 2007.
41. Паттерсон С., Уоткинс Э., Теории психотерапии.- 5-е изд.- СПб.: Питер, 2003.
42. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Карвасарского Б.Д.; 2-е изд. – СПб.: Питер, 2002. - 1024 с. – (Золотой фонд психотерапии)
43. Пиотровская Е. А. Краткий словарь–справочник по игровой терапии, центрированной на ребенке// Игровая психотерапия. Сборник статей. Научно-практическое издание. - М.:ООО «Адвансед солюшнз», 2016, с. 208 – 248.
44. Пиотровская Е. А. Стадии процесса игровой терапии, центрированной на ребенке. Обзор существующих моделей// Игровая психотерапия. Сборник статей. Научно-практическое издание.- М.:ООО «Адвансед солюшнз», 2016, с. 122 – 131.
45. Пиотровская Е. А. Игровая терапия в России//Журнал практического психолога. Специальный выпуск. Игровая терапия: недирективный-подход, №1, 2015.- с.48-53
46. Пиотровская Е. А. Игровая терапия, центрированная на ребенке // Журнал практического психолога. Специальный выпуск. Игровая терапия: недирективный подход, №1, 2015.- с.54-68.
47. Роджерс К. Клиентоцентрированная психотерапия.- М.,1997,78 с.
48. Роджерс К. Консультирование и психотерапия. - М.: ЭКСМО-Пресс,1999, 254 с.
49. Роджерс К. Теория терапии, личности и межличностных отношений, разработанная в рамках клиентоцентрированной психотерапии/ Ежегодник по клиентоцентрированной психотерапии и человекоцентрированному подходу. Под ред.А. Б Орлова, В. В Колпачникова, В.Ю. Меновщикова – М.: Институт консультативной психологии и консалтинга (ФПК-Институт) 2019.Том 1. 7 -76 с.
50. Роджерс К. Клиентоцентрированный/человекоцентрированный подход в психотерапии/ Ежегодник по клиентоцентрированной психотерапии и человекоцентрированному подходу.Под ред.А. Б Орлова, В. В Колпачникова, В.Ю. Меновщикова – М.: Институт консультативной психологии и консалтинга (ФПК-Институт) 2019.Том 1. 77- 84с.
51. Роджерс Н. Творческая связь. Исцеляющая сила экспрессивных искусств / Пер. с англ.А.Орлова. - М.: Манн, Фабер, Иванов, 2015.-336 с.
52. Романов А. А. Игровые задачи для детей. Перечень, цели, классификация: Пособие для детских психологов, педагогов, дефектологов, родителей. – М.: «Плэйт», 2004. – 352 с.
53. Ромэ Жорж. Свободный сон наяву. Новый терапевтический подход.Когито-Центр, 2013.
54. Роот Т. В. Циркунова И. К. Применение концепций французской психоаналитической школы в практике недирективной игровой терапии/ Журнал практического психолога. №1,2015, с. 110-119.
55. Руководство играми детей в дошкольных учреждениях / Сост. Е. И. Тверитина, Л.С. Барсукова/ Под ред. М. А. Васильева.- М. Просвещение, 1986.-210 с.

56. Смирнова Е. О. Общение и его развитие в дошкольном возрасте: учебное пособие для вузов/ Е. О. Смирнова.-2-е изд., пераб., и доп.- Москва: Изд-во Юрайт, -2020.- 163с.
57. Смирнова Е. О. Психология и педагогика игры: учебник и практикум для вузов/Е. О. Смирнова, И. А. Рябкова. – Москва: Изд-во Юрайт,2020.- 223 с.
58. Спиваковская А.С. Психотерапия: игра, детство, семья. Том 1, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. - 301 с.
59. Тенькова З.Ф.Оказание психологической помощи детям, воспитывающимся в замещающих семьях, в рамках недирективной игровой терапии/ Игровая психотерапия. Сборник статей. Научно-практическое издание. - М.: ООО «Адвансед солишнз», 2016, с. 106-117
60. Филипова Е.В. Ред. Детская и подростковая психотерапия, Юрайт, 2020, 430с.
61. Хьелл Л.,Зиглер Д. Теории личности.- 3-е изд.-СПб.:Питер, 2013.-607 с.:ил.-(Серия мастеров психологии).
62. Экслейн В. Игровая терапия. - М.: Изд-во Института Психотерапии, 2007. – 426с.
63. Экслейн В. Диббс в поисках себя. — М.: Апрель Пресс, Изд-во Эксмо, 2003. — 384 с. (Серия «Психологическая коллекция»)
64. Эльконин Д.Б. Психология игры.- 2-изд.-М.:Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС , 1999.- 360 с.
65. Bratton, S. C., Ray, D. C., Edwards, N. A., & Landreth, G. (2009). Child-centered play therapy (CCPT): Theory, research, and practice. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 8(4), 266-281.
66. Child –centered play therapy. Daniel S. Sweeney & Garry L. Landreth / Schaefer, C. (Ed.).(2011). *Foundations of play therapy* (2nd ed.).New Jersey, NJ: John Wiley & Sons, Inc., 129-152 p.
67. Cochran, N.H., Cochran J.L., Nordling W. J. (2010) *Child-Centered Play Therapy : A Practical Guide to Developing Therapeutic Relationships with Children*. John Wiley & Sons.-464 p.
68. Cochran, Jeff L., Cochran Nancy H., Ashley Cholette, Nordling William J. / *Limits and Relationship in Child-Centered Play Therapy: Two Case Studies/ International Journal of Play Therapy* 2011, Vol. 20, No. 4, 236–250.
69. GuernyB.,Jr.(1964) Filial therapy: description and rationale. *Journal of consulting psychology*,28(4), p.303-310.
70. Guerny.,Lousie .Filial therapy into the 21st century.*International Journal of play therapy*9(2), 2000, p.1-17.
71. *Handbook of play therapy / Kevin O'Connor, Charles Schaefer, Lisa D. Braverman. – Second edition(2016).*,-701 p.
72. *Interational Journal of Play Therapy*, 2009 - 2018 гг. <https://psycnet.apa.org/PsycARTICLES/journal/pla/18/1> (дата обращения 10. 04. 2020)
73. Kenney-Noziska, S. G., Schaefer, C. E., & Homeyer, L. E. (2012). Beyond directive or nondirective: Moving the conversation forward. *International Journal of Play Therapy*, 21(4), 244–252.

74. Kottman, Terry. (2011) *Play therapy: basics and beyond*. Second Edition. Alexandria, VA: American Counseling Association, -344 p.
75. Landreth, G. L. (2012). *Play therapy: The art of relationship* (3rd ed.). Routledge/Taylor & Francis Group - 422 c
76. Meadows Ernest / Person-Centered approach in Organisational Relationship/ *Организационная психология*. 2014. Т. 4. №2. С. 46 – 52.
77. Moon, Kathryn A. Non directive client –centered therapy with children / *The Person – Centered Journal*, Volume 8, Issue 1, 2001, 43 – 52 p.
78. Moon, Kathryn A. A dearth of suds for Davey: a therapist's thoughts during a child therapy session/ *The Person-Centered Journal*, Volume 9. Issue 2, 2002, 116-139 p.
79. Moustakas Clark, *Relationship play therapy/* Rowman & Littlefield Publishers, Inc., 1997, 233 p.
80. Ray, Dee. *Advanced Play Therapy: Essential Conditions, Knowledge, and Skills for Child Practice*. NY.: Routledge Taylor and Francis Group, 2011. – 352 p
81. Rodgers, Carl. *The clinical treatment of the problem child, 1939/* (Дата обращения - 20.04.2020)
82. Rogers, Carl R. *A way of being*. Boston: Houghton-Mifflin, 1980.
83. Schaefer, C. (Ed.).(2011). *Foundations of play therapy* (2nd ed.).New Jersey, NJ: John Wiley & Sons, Inc.- 402 p. <http://www.a4pt.org/?page=PTMakesADifference> (дата обращения 16.05. 2020)
84. Scheeringa, Michael S. .D. PTSD, Play Therapy, and the Lack of Research
85. Responding to my post, some play therapists doubled down with conflated claims. <https://www.psychologytoday.com/us/blog/stress-relief/202004/ptsd-play-therapy-and-the-lack-research> (Дата обращения - 16.05.2020)
86. The Efficacy of Play Therapy with Children: A Meta-Analytic Review of Treatment outcomes.// Sue C. Bratton, Dee Ray, Leslie Jounes // *Professional play therapy*, 2000, № 1, 47 –
87. The future of Play therapy Elevating Credibility Trough Play Therapy Reseach// *International Psychology: Research and practice* 2005, vol.36, №4, 376 – 390.
88. White, Andrea S., “The benefits of child-centered play therapy and filial therapy for pre-school-aged children with reactive attachment disorder and their families” (2014). *Theses, Dissertations, and Projects/Smith College School for Social Work*, 2014. Includes bibliographical references (pages 173-188)
89. Why Play Therapy is Appropriate for Children with Symptoms of PTSD: 6 Reasons Why Play Therapy is an Effective Treatment Choice for Children with Trauma BY ASSOCIATION FOR PLAY THERAPY BOARD OF DIRECTORS, APRIL 2020 https://cdn.ymaws.com/www.a4pt.org/resource/resmgr/publications/Why_Play_Therapy_is_Appropri.pdf (Дата обращения 13.05 2020)
90. What the research show about play therapy. Sue Bratton, Dee Ray.// *International Journal of Journal of Play therapy*, 2010. Vol.19.No 1. 4-12.

А.Е. Айви, Т. Дэниелс
Нейронаука, эмпатия и навыки слушания¹³

Эмпатию обычно описывают, как умение ставить себя на место клиента, не забывая о том, что ваши переживания и опыт разделены. Карл Роджерс придавал эмпатии центральное положение в сфере оказания помощи, а Юджин Гендлин (Джендлин), известный как выдающийся наследник роджерсианской традиции, отмечает (1970, стр. 32):

Если произнести, то же, что сказал клиент, то произойдет нечто новое, клиент вскоре скажет нечто новое, и тогда мы сможем на это прореагировать. Проявляя чувствительность при каждом маленьком и специфическом шаге, ... терапевт продвигает вперед не только то, что клиент сказал, но и то, что он пережил, его опыт.

Нейронаука, однако, выводит на новый уровень наше понимание значения и ценности эмпатии. Сегодня у нас есть результаты применения функциональной магнитно-резонансной томографии (фМРТ) при исследовании головного мозга, имеющие теоретическое и прикладное значение в психологии и в области коммуникации. Приведенная ниже дискуссия иллюстрирует сложность понимания и переживания внутреннего мира других людей.

Sprunt (2013) указывал на важность зеркальной системы головного мозга (в частности, зеркальных нейронов) для понимания места эмпатии в процессе общения. Система зеркальных нейронов была впервые идентифицирована Rizzolatti с коллегами [2004; Rizzolatti, Fadiga, Fogassi, Gallese, 1996]. Эти нейроны обеспечивают нам способность «читать» и чувствовать психику и язык тела других людей. В свою очередь, это понимание дает нам возможность переживать эмпатию. Основы функционирования системы зеркальных нейронов легче всего понять с точки зрения обучения на основе наблюдения. Представьте себе юного австралийского аборигена, который учится бросать бумеранг. Наблюдение за отцом, бросающим бумеранг, активирует участки мозга наблюдателя. Активированные зоны головного мозга, входящие в зеркальную систему, включают: премоторную корковую зону, дополнительную моторную зону, первичную соматосенсорную кору и нижнюю теменную зону. Заметим, что моторные зоны коры, как правило, являются центральными как для обучения на основе наблюдения, так и для эмпатии. Когда во время просмотра волнующего фильма наши руки сжимаются, сердце бьется сильнее, и изменяется ритм дыхания, мы физически тронуты тем, что видим. Мы только начинаем понимать связь между моторным обучением и эмпатией. Ivey et al. (2014, стр. 75) делают следующее обобщение:

Авторы одного из первых исследований, посвященных связи между зеркальными нейронами и эмпатией, попросили одного из двух состоящих в близких отношениях партнеров наблюдать (через одностороннее зеркало), как другой получает несильный удар электрическим током. Исследование

13 Отрывок из статьи Систематические микронавыки интервьюирования и нейронаука: наведение мостов между областями психологии общения и психологического консультирования. *Systematic Interviewing Microskills and Neuroscience: Developing Bridges between the Fields of Communication and Counseling Psychology International Journal of Listening*, 30: 99–119, 2016

показало, что головной мозг партнера, получившего удар током, отреагировал импульсами в двух зонах – одной, отражающей физическую боль, и второй, отражающей эмоциональную боль. В то же самое время, зона эмоциональной боли головного мозга наблюдающего партнера также испустила импульсы в момент наблюдения того, как партнер испытывает физическую боль от удара током (Singer et al., 2004).

Исследования достоверно подтверждают, что зеркальные нейроны детей, подростков и взрослых с диагнозом антисоциального личностного расстройства или нарушения поведения в подобных ситуациях не активируются [Decety, Jackson, 2004]. Более того, есть свидетельства о том, что многие лица с этими диагнозами проявляют удовольствие, наблюдая, как другой человек испытывает боль.

Основные результаты исследований многократно и по-разному повторялись. Например, Marci, Ham, Moran и Orr (2007) выявили, что электропроводность кожи в парах пациент-психотерапевт параллельно повышалась, когда они оба сообщали о переживании эмпатического взаимопонимания. При общении это может проявляться в двух направлениях. Вербальное общение представляет собой совместную деятельность, и в исследовании с использованием фМРТ было обнаружено, что подобного рода «нейронная связь» исчезает, когда понимание истории оказывается неэффективным. Когда навыки слушания применяются не достаточно успешно, эмпатия распадается.

Два типа эмпатии

В многочисленных литературных источниках, посвященных эмпатии и головному мозгу, делается вывод, что на исходном уровне существует два вида эмпатии – когнитивная и аффективная – связанных с разными зонами головного мозга. Это было убедительно показано в мета-анализе 40 исследований с применением фМРТ [Fan, Duncan, de Greck, Northoff, 2011].

Когнитивная эмпатия состоит в понимании эмоций и действий другого человека, она преимущественно связана с работой тех участков коры головного мозга, где локализуются различные когнитивные функции (например, средней части поясной извилины и дорсомедиальной префронтальной коры). Благодаря этому мы видим мир глазами другого человека и понимаем его мир. С другой стороны, аффективная эмпатия связана с усиленной активностью коры островка – области головного мозга, которая, по-видимому, придает эмоциональный контекст полученным сенсорным данным и помогает нам переживать эмоциональное состояние другого человека. Вероятно, островок играет центральную роль в опосредованном переживании эмоций [Eres, Decety, Louis, Molenberghs, 2015]. Указанные авторы выявили, что у лиц с высокими тестовыми показателями аффективной эмпатии, была повышена плотность серого вещества в области островка по данным фМРТ. У лиц, более склонных к когнитивной эмпатии плотность серого вещества была повышена в средней части поясной извилины и в дорсомедиальной префронтальной области.

Здесь особенно интересен тот факт, что нейронаука эмпатии имеет четкие параллели с исследованиями в области микро-консультирования, давая [физиологическое] обоснование для понимания данных по эмпатии, полу-

ченных в этих исследованиях. Их результаты (включая работы Daniels, 1972, 1987) показывают, что при обучении основной последовательности слушания (ОПС), проходящие обучение лица начинают проявлять эмпатию. Двумя основными навыками ОПС, имеющими отношение к данной теме, являются «перефразирование» и «отражение чувств». Перефразирование – это точное понимание консультантом «содержательного» компонента сообщения клиента и демонстрация клиенту этого понимания. Следует полагать, что в этом прослеживаются явные параллели с нейронаукаей «когнитивной эмпатии». Отражение чувств – это точное понимание консультантом «аффективного/эмоционального» компонента сообщения клиента и демонстрация клиенту этого понимания. Здесь, по-видимому, прослеживаются четкие параллели с нейронаукой (нейробиологией) «аффективной эмпатии». Когда эти два навыка ОПС в тесной последовательности используются в консультативном диалоге (как это часто и бывает), неудивительно, что консультант, прошедший микро-тренинг, получает высокие баллы по показателю эмпатии. С точки зрения нейронауки, эти навыки, вероятно, также активируют [буквально – «озаряют»] головной мозг.

Модель психического состояния человека (МПСЧ, Theory of Mind). Эта Модель тесно связана с когнитивной эмпатией и ассоциируется с «ментализированием» – распознаванием психических состояний других людей (т.е. пониманием их намерений, убеждений, когнитивных/эмоциональных перспектив). Модель временами бывает противоречивой, она связана с общей философией; существует много областей головного мозга, связанных с подобными феноменами. Одной из зон, возможно, имеющих к этому отношение, является место соединения височной и теменной долей мозга, поскольку функция данной зоны состоит в интегрировании информации многих различных областей мозга, включая те, что заняты обработкой данных, поступивших из внешней среды и изнутри организма. Из других причастных к подобным феноменам участков головного мозга, следует упомянуть медиальную префронтальную кору, связанную с принятием исполнительных решений и регуляцией эмоций посредством тесных связей с миндалевидным телом. С другой точки зрения, Модель психического состояния человека можно назвать «моделью работы психики».

Внимание, слушание и эмпатия. Слушание и внимание, конечно, являются предпосылками как когнитивной, так и аффективной эмпатии. В тщательно спланированном японском исследовании был разработан Показатель Активного Слушания (ПАС), тесно связанный с измерением уровня микронавыка «внимающего поведения», включающего, например, вербальное слушание, взгляд, выражение лица, кивки головой, позу, жесты [Anne et al., 2013].

ПАС был использован в значимом японском исследовании с применением фМРТ, посвященном изучению нейронаучных (нейробиологических) коррелятов активного слушания. Испытуемые описывали под видеозапись эмоциональные переживания, связанные с эпизодом из своей жизни. На каждый видеоклип с описанием эпизода из жизни, позже давали реакцию участники исследования, игравшие роль слушателей, применявших или не

применявших технику активного слушания. Головной мозг испытуемых (рассказчиков) исследовался с помощью МРТ во время того, как они слушали позитивные и негативные отклики на свой рассказ. Результаты фМРТ показали, что активное слушание дает подкрепление и «озаряет головной мозг». Точнее, была активирована система вознаграждения вентрального полосатого тела (являющегося, как известно, частью системы вознаграждения или внутреннего подкрепления). В свою очередь, активировалась также медиальная префронтальная кора, связанная с когнитивной эмпатией. Наконец, передняя часть правого островка, связанная с аффективной эмпатией и эмоциональной оценкой, также проявляла активацию (см. Фиг. 2)

На Фигуре 2 мы видим результаты влияния активного слушания на систему вознаграждения вентрального полосатого тела, центр эмоциональной оценки в передней части правого островка и центров «ментализирования» в области медиальной префронтальной коры и верхней височной извилины. Таким образом, мы видим, что эмпатическое активное слушание воздействует как на когнитивные, так и на аффективные эмпатические зоны, а также на области головного мозга, связанные с Моделью психического состояния человека.

Практическая значимость для общения и консультативной практики

Слушание и эмпатия, несомненно, тесно взаимосвязаны, как и более абстрактная Модель психического состояния человека. Что из этого следует?

1. По-видимому, эмпатическое активное слушание влияет как на когнитивную и аффективную области головного мозга, так и на весь мозг в целом; это концептуализирует Модель психического состояния человека.
2. Слушание «озаряет головной мозг». Более того, результаты выше упомянутого исследования Eres et al. (2015) позволяют предположить, что количество серого вещества может увеличиваться благодаря эмпатическому слушанию. Обычно это понимают, как корреляцию с обучением и более сложными формами поведения. Другие люди, слушающие наши высказывания, активируют области головного мозга, связанные с «ментализацией» (МПСЧ), эмпатией и когнитивным/ аффективным пониманием.
3. Для помогающих отношений и рабочего альянса важна как когнитивная, так и аффективная эмпатия. Если выделять каждую ее разновидность в отдельности, в частности при консультировании, то аффективная эмпатия может служить фундаментом для когнитивного развития и дальнейших изменений поведения.
4. Временами для фокусировки на когнитивных аспектах эмпатии и развития более четкой и ясной точки зрения на них, полезно обратиться к концепциям Модели психического состояния человека. Следует признать полезность открытий в этой области для общения и консультирования.
5. Общение является адаптивным и потенциально позитивным процессом развития с, казалось бы, неограниченным потенциалом. Более того, теория и результаты исследований показали, что эмпатия, как правило, является краеугольным камнем качественного общения, как в клинических, так и в неклинических условиях. С другой стороны,

общение, в котором отсутствует эмпатия и понимание, не только не оказывает помощи, но и рискует привести к негативным и потенциально вредным последствиям. Нетрудно представить себе сложности во взаимоотношениях, которые могут возникнуть из-за неправильно общения или отсутствия эмпатии. Если позитивное и продуктивное (в нашем понимании) общение помогает позитивной и продуктивной адаптации, то и обратное утверждение может тоже оказаться правильным – негативное общение рискует привести к изменениям неадаптивного характера.

НЕКОТОРЫЕ ДАЛЬНЕЙШИЕ РАЗРАБОТКИ, ПОСВЯЩЕННЫЕ НЕРВНЫМ И НЕЙРОННЫМ ПУТЯМ / СТРУКТУРАМ, ЗАДЕЙСТВОВАННЫМ В СЛУШАНИИ И ЭМПАТИИ

Работа в области нейронауки подтвердила многие концепции, касающиеся микронавыков и общения, в частности, внимания и слушания. Как исследования коммуникации, так и психологическое консультирование / психотерапия уделяли особое внимание оценке эмпатии как способу изучения качественных аспектов интервью. Spunt (2013) отмечал важность системы зеркальных нейронов головного мозга, как основы понимания людьми друг друга вообще. Эти концепции, несомненно, важны для психологов-консультантов и психотерапевтов. Когда мы слушаем другого человека или смотрим на него, определенные зоны нашего мозга испускают импульсы, давая нам возможность понимать его и испытывать эмпатию. Модель психических состояний – это одна из концепций, поясняющих механизмы ментализации и когнитивного понимания мыслей и чувств другого человека. Система зеркальных нейронов обладает сенсомоторными аспектами, проявляющиеся в том, что мы способны почувствовать ощущения другого человека в своем теле.

В настоящем разделе расширяются пределы системы зеркальных нейронов с включением некоторых важных структур и проводящих путей головного мозга, участвующих в процессе слушания. В самой основной и элементарной форме, восприятие (например, сообщения) начинается со зрительных и слуховых ощущений. При достаточно сильной стимуляции нервные импульсы проходят через зрительный бугор (коммутатор и ретранслятор информации в головном мозге) и проводящие пути, активирующие часть лимбической системы (миндалевидное тело), связанную с защитными (так называемыми «негативными») эмоциями, такими, как страх и агрессия. Возбужденные нейроны миндалевидного тела посылают импульсы через зрительный бугор и далее к другим ключевым областям коры головного мозга, связанным с дальнейшей обработкой эмоций (передней части коры поясной извилины и префронтальной коре). Одновременно активируется вся лимбическая система (связанная с мотивацией, эмоциями, памятью и обучением), преимущественно под действием изменяющих настроение гормонов и связанных с ними других химических веществ. В частности, активируется гиппокамп – часть лимбической системы, которая хранит информацию (воспоминания) и передает её различным другим областям мозга. Следует, однако, отметить, что существуют тесные возбуждающие связи между миндалевидным телом и префронтальной корой (основным вместилищем позитивных эмоций).

С повседневной функциональной точки зрения, следующий пример удачно иллюстрирует взаимодействие между внешней стимуляцией в форме общения и структурами, и проводящими путями головного мозга. Внешний стимул, например, чье-то высказывание, сначала воспринимается миндалевидным телом и лимбической системой, где формируется негативная эмоция базального страха и ее производные в форме печали, гнева и отвращения. Информация затем передается в префронтальную кору, роль которой состоит в исполнительном функционировании и принятии решений, а также в регуляции эмоций, исходящих из менее предсказуемых миндалевидного тела и лимбической системы. Однако префронтальная кора получает информацию немного позже, поскольку структурно расположена дальше от миндалевидного тела, поэтому она может не успеть сыграть свою роль, особенно в угрожающих жизни ситуациях. Тогда миндалевидное тело доминирует, и нередко это бывает вполне целесообразно.

Лимбическая система играет в нашем общении и жизни как положительную, так и отрицательную роль. Отрицательная ее сторона проявляется, когда лимбическая система со своим страхом или гневом «берет верх» над более рациональной префронтальной корой, и в результате контроль импульсов ослабляется и возникают неуместные вспышки страха или гнева. Вместе с тем, как верно показано в популярном мультфильме «Головоломка» (англ. *Inside Out*, дословно «Наизнанку»), эти так называемые отрицательные эмоции могут в случае нужды эффективно защитить. Реакция «бей или беги» (гнев или страх) бывает весьма важна, помогая нам либо бежать, либо, защищая себя, агрессивно драться (хотя обе эти формы поведения могут породить проблемы). Возможно, лучшим примером доминирования защищающего миндалевидного тела над медлительной префронтальной корой служит ситуация, когда человек видит автомобиль, едущий прямо на него. У него нет времени на размышления, он реагирует автоматически – вот когда миндалевидное тело может спасти!

Подводя итог, мы так сказать, «меняем проводку» в мозгу тех, с кем общаемся. Очевидно, что основные концепции общения и психологического консультирования становятся понятнее и убедительнее благодаря пониманию физиологии и функций головного мозга.

Литература

1. Anme, T., Tokutake, K., Tanaka, E., Mochizuki, Y., Wu, B., Watanabe, T., & Sadato, N. (2013). Validity and reliability of the index of active listening (IAL). *Journal of Applied Medical Sciences*, 2, 21–29. doi:10.1038/nrn1884
2. Baker, S. B., & Daniels, T. G. (1989). Integrating research on the microcounseling program: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 213–222. doi:10.1037/0022-0167.36.2.213
3. Baker, S. B., Daniels, T. G., & Greeley, A. (1990). Systematic training of graduate-level counselors: Narrative and metaanalytic reviews of three major programs. *The Counseling Psychologist*, 18, 355–421. doi:10.1177/0011000090183001

4. Bavelas, J., & Gerwing, J. (2011). The listener as addressee in face-to-face dialogue. *International Journal of Listening*, 25, 178–198. doi:10.1080/10904018.2010.508675
5. Bennett, B. (1981). Human growth: Effects of a human development course on criminal justice personnel. *Psychological Reports*, 48, 511–517. doi:10.2466/pr0.1981.48.2.511
6. Bernstein, E. (2015). Tp How 'Active Listening' Makes Both Participants in a Conversation Feel Better. *Wall Street Journal*, January. <http://www.wsj.com/articles/how-active-listening-makes-both-sides-of-a-conversation-feel-better-1421082684>
7. Bensing, J. (1991). Doctor-patient communication and the quality of care. *Social Science & Medicine*, 32, 1301–1310. doi:10.1016/0277-9536(91)90047-G
8. Bensing, J., & Dronkers, J. (1988). Instrumental and affective aspects of physician's behavior. *Medical Care*, 30, 283–298. doi:10.1097/00005650-199204000-00001
9. Bodie, G. (2013). *Interpersonal communication*. Dubuque, IA: Kendall Hunt.
10. Bodie, G., Vickery, A., Cannava, K., & Jones, S. (2015). The role of "active listening" in informal helping conversations: Impact on perceptions of listener helpfulness, sensitivity, and supportiveness and discloser emotional improvement. *Western Journal of Communication*, 79, 151–173. doi:10.1080/10570314.2014.943429
11. Bodie, G., Vickery, A., & Gearhart, C. (2013). The nature of supportive listening I: Exploring the relation between supportive listeners and supportive people. *International Journal of Listening*, 27, 39–49. doi:10.1080/10904018.2013.732408
12. Bogels, S. (1994). *Teaching and assessing diagnostic interviewing skills*. Maastricht, The Netherlands: Universitaire Pers Maastricht.
13. Cameron, B. (1990). The modification of authoritarianism traits in police officers through the teaching of human development, personal growth concepts, and microcounseling skills. *Dissertation Abstracts International*, 52, 427A.
14. Carr, J. D. (1983). The microcounseling paradigm in the teaching of senior high school students attending behavior. *Dissertation Abstracts International*, 44, #7.
15. Daniels, T. G. (1972). *Microcounseling: Training for accurate empathy in lay personnel* (Unpublished master's thesis). St. Francis Xavier University, Antigonish, NS, Canada.
16. Daniels, T. G. (1987). *Microcounseling: Training is skills of therapeutic communication with R.N. diploma-program nursing students*. Ann Arbor, MI: University Microfilms International.
17. Daniels, T. G. (2015). *Review of research on microcounseling*. Corner Brook, Newfoundland, Canada.

18. Daniels, T. G., Denny, A., & Andrews, D. (1988). Using microcounseling to teach R. N. nursing students skills of therapeutic communication. *Journal of Nursing Education*, 27, 246–252. doi:10.3928/0148-4834-19880601-04
19. Daniels, T. G., & Ivey, A. E. (2007). *Microcounseling: Making skills training work in a multicultural world*. Springfield, IL: Thomas.
20. Decety, J., & Jackson, P. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3, 71–100. doi:10.1177/1534582304267187
21. Decety, J., & Jackson, P. (2006). A social-neuroscience perspective on empathy. *Journal of Association for Psychological Science*, 15, 54–58. doi:10.1111/j.0963-7214.2006.00406.x
22. DeVoe, M. W., & Sherman, T. S. (1978). A micro technology for teaching prosocial behavior to children. *Child Study Journal*, 8, 83–91.
23. Duys, D., & Headrick, T. (2004). Using Markov chain analyses in counselor education research. *Counselor Education and Supervision*, 44, 108–120. doi:10.1002/j.1556-6978.2004.tb01864.x
24. Duys, D., & Hedstrom, S. (2000). Basic counselor skills training and counselor cognitive complexity. *Counselor Education and Supervision*, 40, 8–18. doi:10.1002/j.1556-6978.2000.tb01795.x
25. Eres, R., Decety, J., Louis, W. R., & Molenberghs, P. (2015). Individual differences in local gray matter density are associated with differences in affective and cognitive empathy. *NeuroImage*, 117, 305–310. doi:10.1016/j.neuroimage.2015.05.038
26. Fan, Y., Duncan, N., de Greck, M., & Northoff, G. (2011). Is there a core neural network in empathy? An fMRI based quantitative meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35, 903–911. doi:10.1016/j.neubiorev.2010.10.009
27. Fedesco, H. (2015). The impact of (in)effective listening on interpersonal interactions. *International Journal of Listening*, 29, 103–106. doi:10.1080/10904018.2014.965389
28. Floyd, K. (2014). Empathic listening as an expression of interpersonal affection. *International Journal of Listening*, 28, 1–12. doi:10.1080/10904018.2014.861293
29. Forbes, W. D. (1978). Effects of microcounseling training on junior high school student's knowledge, attitudes and behavior related to interpersonal conflict reduction. *Dissertation Abstracts International*, 2752–A.
30. Fukuhara, M. (1983,1986). *A Study of Personal Communication* (1) (2) (In Japanese). Paper presented at the annual convention Japanese Psychological Association.
31. Fukuhara, M. (2007). *History of microcounseling in Japan*. Tokyo, Japan: Kawashima Shoten.
32. Fukuhara, M. (2012). *Perspectives of microcounseling in Japan*. Tokyo, Japan: Kawashima Shoten.

33. Fukuhara, M., Ivey, A. E., & Ivey, M. (2004). *Microcounseling, theory and practice*. Tokyo, Japan: Kazama Shobo.
34. Fukuhara, M., McPherson, R. Hamilton, R. (1998). A comparative analysis of verbal behavior and physiological responses among Japanese and American counselors and client. Paper presented at the 24th Convention, International Applied Psychology, San Francisco, CA.
35. Gallagher, M. (1993). Evaluation of an integrative approach to training paraprofessionals in counseling using the problem solving inventory. *Counseling Psychology Quarterly*, 6, 27–38. doi:10.1080/09515079308254490
36. Gendlin, G. (1970). A short summary and some long predictions. In J. Harr & T. Tomlinson (Eds.), *New directions in client-centered therapy* (pp. 544–562). Boston, MA: Houghton Mifflin.
37. Gluckstern, N., Ivey, A. E., & Forsyth, D. (1978). Patterns of acquisition and differential retention of helping skills and their effect on client verbal behavior. *Canadian Counsellor*, 13, 37–39.
38. Hargie, O. D. (1984). Training teachers in counseling skills: The effects of microcounseling. *British Journal of Educational Psychology*, 54, 214–220. doi:10.1111/j.2044 8279.1984.tb02581.x
39. Hearn, M. T. (1977) Three models of training counselors: A comparative study. *Dissertation Abstracts International: Section B. Sciences and Engineering*, 37(10), 5353.
40. Ivey, A. E. (1973). Media therapy: Educational change planning for psychiatric patients. *Journal of Counseling Psychology*, 20, 338–343. doi:10.1037/h0034810
41. Ivey, A. E. (1976). *Helpen en vormen door Microcounseling: [Microcounseling: Innovations in interviewing training]*. Amsterdam, The Netherlands: Nelissen.
42. Ivey, A. E., & Gluckstern, N. (1986). *Basic attending skills*. Tokyo, Japan: Maruzen. (Videotapes originally in English with Japanese voice-overs).
43. Ivey, A. E., & Hurst, J. (1971). Communication as adaptation. *Journal of Communication*, 21, 199–207. doi:10.1111/j.1460-2466.1971.tb00918.x
44. Ivey, A. E., Ivey, M., & Zalaquett, C. (2014). *Intentional interviewing and counseling: Facilitating client development in a multicultural society*. San Francisco, CA: Brooks Cole/Cengage.
45. Ivey, A. E., Normington, C., Miller, D., Morrill, W., & Haase, R. (1968). Microcounseling and attending behavior: An approach to pre-practicum training. *Journal of Counseling Psychology*, 15(Pt. 2), 1–12. doi:10.1037/h0026129
46. Ivey, A. E., & Van der Molen, H. T. (1994). *Verbeteren van de interpersoonlijke communicatie. Hoe u uw prestaties kunt verbeteren door effectieve communicatietechnieken [Improvement of interpersonal communication. How you can improve your performance through effective communication techniques]*. Den Haag, The Netherlands: Bratt Benelux.

47. Ivey, A. E. & Van der Molen, H. T. (1995). *Verbeteren van de interpersoonlijke communicatie*. [Improvement of interpersonal communication]. Den Haag, The Netherlands: Bratt Benelux.
48. Jinno, D., Kanazawa, S., & Fukuhara, M. (2013). Brain activities and effect of open/closed questions. Paper presented at the 6th Annual Conference, JAMC.
49. Kabura, P., Fleming, L., & Tobin, D. (2005). Microcounseling skills training for informal helpers in Uganda. *International Journal of Psychiatry*, 51, 63–70. doi:10.1177/0020764005053282
50. Kelley, J. (1971). The use of reinforcement in microcounseling. *Journal of Counseling Psychology*, 18, 268–272. doi:10.1037/h0030857
51. Klock, E. (1978). The development and testing of microtraining program to enhance empathic communication by parents of young children. *Dissertation Abstracts International*, 38, 4687, 4688–A.
52. Marci, C., Ham, J., Moran, E., & Orr, S. (2007). Physiologic correlates of perceived therapist
53. empathy and socialemotional process during psychotherapy. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 103–111. doi:10.1097/01.nmd.0000253731.71025.fc
54. Moreland, J., Ivey, A. E., & Phillips, J. (1973). An evaluation of microcounseling as an interviewer training tool. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 294–300. doi:10.1037/h0035136
55. Nagano, H. (2000). Empathic understanding: Constructing an evaluation scale from the microcounseling approach. *Nursing and Health Sciences*, 2, 17–27. doi:10.1046/j.1442-2018.2000.00035.x
56. Nerdrum, P., & Ronnestad, M. (2002). The trainees' perspective: A qualitative study of learning empathic communication in Norway. *The Counseling Psychologist*, 30, 609–629. doi:10.1177/00100002030004007
57. Nwachuku, U., & Ivey, A. E. (1992). Teaching culture-specific counseling using microtraining technology. *International Journal for the Advancement of Counseling*, 15, 151–161. doi:10.1007/BF00116486
58. Pasupathi, M., & Billitteri, J. (2015). Being and becoming through being heard: Listener effects on stories and selves. *International Journal of Listening*, 29, 67–84. doi:10.1080/10904018.2015.1029363
59. Poitras-Martin, D., & Stone, G. (1977). Psychological education: A skill-oriented approach. *Journal of Counseling Psychology*, 24, 153–157. doi:10.1037/0022-0167.24.2.153
60. Rizzolatti, G., Fadiga, L., Fogassi, L., & Gallese, V. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cognition and Brain Research*, 3, 131–141. doi:10.1016/0926-6410(95)00038 0
61. Rizzolatti, G., & Sinigaglia, C. (2010). The functional role of the parieto-frontal mirror circuit: Interpretations and misinterpretations. *Nature Reviews Neuroscience* 11, 264–274.

62. Rogers, C. (1942). *Counseling and psychotherapy*. Boston, MA: Houghton-Mifflin.
63. Russell, M. (1986). Teaching feminist counseling skills. *Counselor Education and Supervision*, 25, 320–331. doi:10.1002/j.1556-6978.1986.tb00684.x
64. Savin, A. (1976). Multi-media group treatment with socially inept adolescents. *Clinical Psychologist*, 29, 14–17.
65. Sharpley, C. F., & Guidara, D. (1993). Counsellor verbal response mode usage and client-perceived rapport. *Counseling Psychology Quarterly*, 6, 131–142. doi:10.1080/09515079308254500
66. Sharpley, C. F., Jeffrey, A. M., & McMahan, T. (2006). Counselor facial expression and client-perceived rapport. *Counseling Psychology Quarterly*, 19, 343–356. doi:10.1080/09515070601058706
67. Singer, T., Seymour, B., O’Dougherty, J., Kaube, H., Dolan, R., & Frith, C. (2004). Empathy for pain involves the affective but not sensory components of pain. *Science*, 303, 1157–1161. doi:10.1126/science.1093535
68. Spruce, M. F., & Snyders, F. (1982). An assessment of a microcounseling model for nurse training in facilitative interpersonal skills. *South African Journal of Psychology*, 12, 81–87. doi:10.1177/008124638201200305
69. Spunt, R. (2013). Mirroring, mentalizing, and the social neuroscience of listening. *International Journal of Listening*, 27, 61–72. doi:10.1080/10904018.2012.756331
70. Tamase, K., Baker, S., & Ivey, A. E. (1999). Differences in effects of open and closed questions and types of open questions (Unpublished paper). Nara University of Education, Nara, Japan.
71. Toriello, P., & Strohmmer, D. (2004). Addiction counselors’ credibility: The impact of interactional style, recovery status, and nonverbal behavior. *Journal of Addiction and Offender Counseling*, 25, 43–57. doi:10.1002/j.2161-1874.2004.tb00192.x
72. Van der Molen, H. T. (1984). *How to deal with shyness: A course instead of psychotherapy*. Deventer, The Netherlands: Van Loghum Slaterus.
73. Van der Molen, H.T. (1985). *Hulp als Onderwijs. Effecten van cursussen voor verlegen mensen. [Treatment as Education. Effects of courses for shy people]*. Groningen, The Netherlands: Wolters-Noordhoff.
74. Van der Molen, H. T. (1990). Being bored with shyness: A replication study. *De Psycholoog*, 25, 520–526.
75. Van der Molen, H. T., Gramsbergen-Hoogland, Y., Wolters, F., & Meyer, M. D. (1987). Effects of communication skills training for (marital) couples. *Tijdschrift Voor Psychotherapie*, 13, 114–127.
76. Van der Molen, H. T., Hommes, M. A., Smit, G. N., & Lang, G. (1995). Two decades of cumulative microtraining in The Netherlands: An overview. *Educational Research and Evaluation: An International Journal on Theory and Practice*, 1, 347–387. doi:10.1080/1380361950010403

77. Van der Molen, H. T., Lang, G., Trower, P., & Look, R. (2014a). Psychological communication. Theories, roles and skills for counsellors. Den Haag, The Netherlands: Eleven International Publishing.
78. Verhaak, P. F. (1988). Detection of psychologic complaints by general practitioners. *Medical Care*, 26, 1009–1020. doi:10.1097/00005650-198810000-00009
79. Woodside, M. R. (1982). The effectiveness of micro technology in teaching cooperative behavior to elementary children. Technical Report, (ERDS Document # 143).

НАШИ АВТОРЫ

Айви Алан (англ. Allen E. Ivey) - получил докторскую степень по консультированию в Гарвардском университете, является почетным профессором Массачусетского университета в Амхерсте, профессором по подготовке консультантов Университета Южной Флориды, Тампа.

В прошлом он был президентом и членом Общества консультативной психологии Американской психологической ассоциации, Общества изучения психологии этнических меньшинств АПА, Азиатско-американской психологической ассоциации и Американской консультативной ассоциации. За свою карьеру Айви получил множество наград, является автором более 40 книг и 200 статей. Его произведения переведены на 23 языка. Недавняя работа А. Айви была сосредоточена на применении развивающего консультирования, терапии и нейробиологии (нейросайенс) для анализа и лечения серьезных психологических расстройств.

Амхерст, Тампа, США.

Арнольд Кайл (англ. Kyle Arnold) - доктор философии, психолог в больнице округа Кингс в Бруклине, Нью Йорк, и клинический инструктор в Медицинском центре SUNY Downstate. Он изучал фокусинг-ориентированную психотерапию в Институте Фокусинга. Его предыдущие публикации включают статьи о Теодоре Рейке, бессознательном, и психобиографии.

Нью Йорк, США.

Барбоса Юнис (англ. Eunice Barbosaa) - CINEICC - Центр когнитивно-поведенческих исследований, Университет Коимбры.

Коимбра, Португалия.

Гонсалвеш Мигель (англ. Miguel M. Gonçalves) - Отделение психотерапии и психопатологии, Исследовательский центр психологии, Школа Психологии, Университет Минью.

Брага, Португалия.

Гринберг Лесли С. (англ. Leslie Samuel Greenberg) - доктор философии и психологии, директор клиники Фокусированной на эмоциях терапии в Торонто, почетный профессор Йоркского Университета.

Является одним из создателей и основных разработчиков эмоционально-ориентированной терапии для отдельных лиц и супружеских пар. Его исследования касались вопросов, касающихся эмпатии, психотерапевтического процесса, терапевтического союза и эмоций в человеческом функционировании.

Вместе со своим наставником Лорой Норт Райс, которая училась у Карла Роджерса в Чикагском университете, он начал проводить исследования процесса психотерапии, пытаясь математически смоделировать взаимодействия терапевта и клиента и используя методы анализа задач. Первоначально обученный клиентоориентированному подходу к терапии, затем он обучался гештальт-терапии и с годами познакомился со многими другими подходами, включая системно-интерактивную, психодинамическую и когнитивную терапию.

Гринберг опубликовал множество статей и является соавтором основных книг по подходам к психотерапии, ориентированным на эмоции. Он является одним из основателей Общества изучения интеграции психотерапии (SEPI) и бывшим президентом Общества исследований психотерапии (SPR), от которого он получил в 2004 году Премию за выдающиеся заслуги в области исследования. Канадская психологическая ассоциация присудила ему Профессиональную премию за выдающийся вклад в психологию как профессию, а Американская психологическая ассоциация наградила его премией APA за выдающийся профессиональный вклад в прикладные исследования и премией Карла Роджерса. Он был членом редакционной коллегии многих психотерапевтических журналов, в том числе Journal of Clinical Psychology, Journal of Consulting and Clinical Psychology, Journal of Family Psychology, Journal of Marital & Family Therapy, Journal of Psychotherapy Integration and Psychotherapy Research.

Йорк, Канада.

Джэндлин Юджин (англ. Eugene Gendlin; 25.12.1926 - 1.05.2017) - американский философ, психолог и психотерапевт, профессор Чикагского университета.

Хотя у него не было степени в области психологии, его углубленное обучение у Карла Роджерса, его многолетняя практика психотерапии и обширные работы в области психологии сделали его, возможно, более известным в этой области, чем в философии. Он учился у Карла Роджерса, основателя клиентоцентрированной терапии, в Чикагском университете и получил докторскую степень по философии в 1958 году. Теории Джэндлина повлияли на собственные убеждения Роджерса и сыграли роль в его взглядах на психотерапию.

Известен своими исследованиями в области феноменологической психологии. Он был трижды удостоен награды психолога года за развитие экспериментальной психиатрии. Являлся основателем и главным редактором журнала «Psychotherapy: Theory Research and Practice».

В психотерапевтическом мире наибольшую известность Джэндлину принесла разработка терапевтического метода фокусирования.

Чикаго, США.

Дэниелс Томас (англ. Thomas Daniels) - экс-профессор программы психологии в кампусе Гренфелл, учредитель ежегодно финансируемой премии для поддержки аспирантов Memorial University of Newfoundland

Сент-Джонс, провинция Нью-Фаунленд и Лабрадор, Канада.

Колпачников Вениамин Валентинович - кандидат психологических наук, доцент Высшей Школы Экономики, президент Общества человекоцентрированного подхода.

Член международного Центра исследования человека (г. Ла Хойа, США)-международного центра человекоцентрированного подхода, Член Международной группы специалистов по работе с персоналом организаций (Pajaro Group).

Москва, Россия.

Кунья Карла (англ. Carla Cunhab) - ISMAI - Университетский институт Майи и Центр психологии Университета Порту.

Порту, Португалия.

Меновщиков Виктор Юрьевич - кандидат психологических наук, доцент, ректор Института консультативной психологии и консалтинга (ФПК Онлайн-Института), президент Федерации Психологов-Консультантов России, супервизор и интернет-консультант Московской службы психологической помощи населению, автор руководств «Введение в психологическое консультирование», «Психологическое консультирование: работа с кризисными и проблемными ситуациями», «Психологическое консультирование и психотерапия в Интернете», член Международного Общества Психического Здоровья Онлайн (ISMHO, США), Член правления Общества человекоцентрированного подхода.

Москва, Россия.

Орлов Александр Борисович - доктор психологических наук, профессор кафедры психологии личности департамента психологии Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики» (НИУ ВШЭ), член редакционных советов научных журналов «Вопросы психологии», «Психология. Журнал Высшей школы экономики», «Консультативная психология и психотерапия», «Журнал практического психолога», президент Общества человекоцентрированного подхода, эксперт и скайп-консультант журнала «PSYCHOLOGIES».

Москва, Россия.

Орлова Наталия Александровна - кандидат философских наук, руководитель департамента социально-политических наук учебно-научного центра гуманитарных и социальных наук МФТИ (ГУ), старший научный сотрудник Института востоковедения РАН (ИВ РАН).

Москва, Россия.

Пиотровская Елена Альфредовна - практикующий (с 1994 года) психолог, преподаватель психологии, арт-терапевт, игровой терапевт, руководитель курса повышения квалификации по игровой терапии Международной Школы Психотерапии, одна из учредителей и президент Ассоциации Игровой Психотерапии (с 2014 года), участница и организатор конференций по игровой психотерапии (2014 - 2018, 2020 гг.)

Москва, Россия.

Роджерс Карл Рэнсом (англ. Carl Ransom Rogers; 8 января 1902 — 4 февраля 1987) - выдающийся американский психолог, один из создателей и лидеров гуманистической психологии (наряду с Абрахамом Маслоу). Автор клиент-центрированной психотерапии и человекоцентрированного подхода.

Сан-Диего, США.

Сальгадо Жоао (англ. João Salgado) --- ISMAI - Университетский институт Майи и Центр психологии Университета Порту
Порту, Португалия.

Сантос Анита (Anita Santos) - ISMAI - Университетский институт Майи и Центр психологии Университета Порту
Порту, Португалия.

Институт консультативной психологии и консалтинга (ФПК-Институт)

ФПК-ИНСТИТУТ — проект Общероссийской общественной организации «Федерация Психологов Консультантов», работает под научным руководством Виктора Юрьевича Меновщикова, кандидата психологических наук, доцента, академика Российской Академии Социального Образования, президента Федерации Психологов-Консультантов, одного из основоположников психологического консультирования в России, как отдельного метода, отличного от психотерапии.

Институт является единственным в России учебным заведением, ориентированным на стандарты Международного Совета по аккредитации образовательных программ в области консультирования (Council for Accreditation of Counseling and Related Educational Programs) и широко привлекает к преподаванию зарубежных специалистов.

Основные формы образовательной деятельности Института консультативной психологии и консалтинга (ФПК-Института) включают:

1. Программы дополнительного профессионального образования
 - Психологическое консультирование и транстеоретическая психотерапия
 - Клиент-центрированная психотерапия и человекоцентрированный подход
 - Интернет-консультирование и интернет-психотерапия
 - Кадровое консультирование и управление персоналом. HR-консалтинг и бизнес-психология
 - Управленческое консультирование. Консалтинг и коучинг для руководителей
2. Краткосрочные программы повышения квалификации Тренинги, учебно-практические семинары, авторские программы, в сфере консультативной психологии и бизнес-консалтинга
3. Дистанционное обучение Индивидуальное и групповое обучение с помощью современных средств телекоммуникации через Интернет, в т.ч. в режиме Интернет-семинаров и вебинаров.

Мы приглашаем к сотрудничеству в рамках любого из описанных направлений деятельности института.

Участие в краткосрочных образовательных программах, а также прохождение дистанционного обучения подтверждается сертификатом.

Слушателям краткосрочных образовательных программ, объем которых превышает 72 часа, выдается свидетельство о повышении квалификации в соответствующей области консультативной психологии или консалтинга.

Краткосрочные образовательные программы реализуются в форме тренингов, семинаров-тренингов, авторских программ продолжительностью от 1 до 3 дней.

Обучение по программам повышения квалификации и дополнительного профессионального образования рассчитаны на обучение в течение одного, двух или трех лет (очная и очно-заочная форма обучения) и сопровождаются выдачей диплома.

Адрес Института: Москва, ул. Борисовские пруды, д.8, корп.2.

Проезд: м. Борисово.

Тел./факс (495) 775-43-70

Тел.: 8-905-552-85-41

m.kosareva.psy@gmail.com

www.counseling.su

Уважаемые психологи!

Приглашаем вас на 1-й в России

Вводный курс по Фокусированной на Эмоциях Терапии / Emotion Focused Therapy,

который будет вести автор подхода - доктор Лесли Гринберг.

БОЛЬШОЙ ВВОДНЫЙ КУРС ONLINE

ДВА УИКЭНДА 17-18 / 24-25 октября 2020 г.

Сертификат Йоркского Университета Канады.

Расписание занятий 16:00 – 20:00 (перерыв 30 мин).

Ведущий курса - Лесли Сэмюэль Гринберг - ученый с мировым именем, живая легенда современной психотерапии. Создатель Фокусированной на Эмоциях Терапии / Emotion Focused Therapy. Доктор философии и психологии. Заслуженный профессор исследователь Йоркского Университета (Канада). Директор клиники Фокусированной на эмоциях терапии в Торонто.

Обладатель ряда профессиональных наград:

- Премия К.Роджерса от Американской Психологической Ассоциации (American Psychological Association).
- Награда за выдающиеся научные достижения от Общества Исследования Психотерапии.
- Профессиональная награда APA за выдающийся вклад в психологию как профессию .
- Награда APA за выдающийся профессиональный вклад в прикладные исследования.

Курс будет интересен профессиональным психологам и студентам психологических вузов, которые захотят освоить эффективный, научно-обоснованный психотерапевтический подход, применяемый при лечении депрессии, тревожных расстройств, терапии травмы, расстройств пищевого поведения и межличностных (семейных) проблем.

Основные темы курса:

- Эмоции и их роль в психотерапии. Адаптивные функции эмоций. Эмоциональные схемы и источники возникновения эмоций.
- Оценка эмоциональных состояний. Эмоциональный ассесмент - выявление оснований для дифференцированной психотерапевтической интервенции. Первичные адаптивные и неадаптивные эмоции. Вторичные реактивные эмоции. Эмоциональность клиента как терапевтический материал для работы. Показания и противопоказания для применения ФЭТ в работе с клиентом.
- Базовые процессы изменения эмоциональных состояний. Осознанность. Выражение (экспрессия). Регулирование. Трансформация. Рефлексия. Коррекция.

- Структура фокусированной на эмоциях интервенции (трех-фазная модель). Фаза выстраивания терапевтических отношений. Фаза пробуждения и исследования эмоций. Фаза реструктуризации эмоциональных схем и обретение нового эмоционально-смыслового понимания.
- Специализированные ФЭТ-методы: работа с подавленными эмоциями и нерешенными проблемами; работа с самокритикой; прощение и отпущение; применение ФЭТ для разных групп населения.

Стоимость курса 15 000 рублей.

Подробнее о курсе <https://experiencing.ru/greenberg>

**Общество человекоцентрированного подхода
Институт консультативной психологии и консалтинга
(ФПК-Институт)**

**представляют программу по клиент-центрированной психотерапии и
человекоцентрированному подходу**
(включает в себя базовый и профессиональный уровни)

Программа базового уровня

Предназначена для тех, кто уже имеет высшее образование любого уровня (бакалавр, специалист, дипломированный специалист) по любой специальности и хочет получить углубленное представление о клиентцентрированном подходе.

Основная задача - укоренение в подходе, освоение главных теоретических представлений и, что еще более важно, укоренение в тех установках и практических умениях, которые составляют ядро этого подхода, т.е. безусловное позитивное принятие, эмпатию и конгруэнтность

Объем программы 480 учебных часов (Из них 384 часа теоретического и практического исследования и 96 часов самостоятельной работы). Она реализуется в течение 2 лет в форме двухдневных (суббота и воскресенье) семинаров и одного вечернего занятия раз в месяц; за учебный год проводится 9 семинаров.

В программе будут подробно изучены:

- теория личности, межличностных отношений и психотерапии К. Роджерса и их современные приложения к клиентоцентрированной психотерапии и человекоцентрированному подходу;
- клиентоцентрированная психотерапия и человекоцентрированный подход как психотехнические системы;
- «работа» эмпатии, конгруэнтности и безусловного позитивного принятия;
- современное развитие человекоцентрированного подхода. Применение человекоцентрированного подхода в психотерапии, бизнесе, образовании, медицине, политике, разрешении конфликтов и др.;
- человекоцентрированный подход как культурное движение.

Кроме того, программа включает интенсивную практику и практикумы:

- группа встреч
- дискуссионный клуб
- групповые доклады
- приглашенные преподаватели
- постоянное партнерство
- демонстрационные сессии Карла Роджерса
- демонстрационные сессии с приглашенным клиентом
- работа в микрогруппах
- «переходящий» клиент
- супервизия случаев

- применение подхода в разных сферах
- ознакомление с разными течениями в рамках человекоцентрированного подхода

Стоимость обучения — 50 000 рублей за семестр (базовый уровень). Возможна рассрочка платежа.

Программа профессионального уровня

Предназначена для психологов, врачей и социальных работников, имеющих высшее психологическое образование и практический опыт работы. Ступень нацелена на реализацию и оттачивание уже существующей практики людей, которые определились в подходе, а также подготовка к профессиональной сертификации в рамках Российского общества ЧЦП и Европейской ассоциации человекоцентрированных организаций.

Объем программы 700 учебных часов. (Из них 576 часов теоретического и практического исследования и 124 часа самостоятельной работы). Она реализуется в течение 3 лет в форме двухдневных (суббота и воскресенье) семинаров один раз в месяц; за учебный год проводится 9 двухдневных семинаров. Основными формами обучения станут индивидуальные и групповые супервизии практической работы и анализ случаев психотерапевтической работы слушателей; сохранятся и формы работы, в которых проходит обучение на первой ступени, такие как дискуссионный клуб, групповые доклады, группы встреч, постоянное партнерство, применение человекоцентрированного подхода в разных сферах деятельности, «переходный» клиент, изучение демонстрационных сессий мэтров подхода, обучение с приглашенными отечественными и зарубежными специалистами, работа в микрогруппах.

По окончании обучения происходит защита работы «Описание случая». Кроме того необходимо пройти хотя бы 10 часов личной терапии у сертифицированного ЧЦП-специалиста.

При успешном прохождении программы выдается ДИПЛОМ установленного (государственного) образца о прохождении переподготовки по клиентцентрированной психотерапии и человекоцентрированному подходу в психотерапии и консультировании.

Слушатели также имеют возможность получить СЕРТИФИКАТ WAPCEPC (при прохождении установленного числа часов личной терапии и психотерапевтической работы под супервизией сертифицированного члена сообщества).

Для зачисления в учебную группу нужно пройти анкетирование и собеседование.

Стоимость обучения — 60 000 рублей за семестр (профессиональный уровень). Возможна рассрочка платежа.

По всем вопросам обращайтесь:

Телефон: +7(917)516-83-28 Марина Баженова

E-mail: pcarussa@gmail.com

