

18+

Павел Сергеевич Авдеев

Энциклопедия психотерапии

Том 1



Павел Авдеев

**Энциклопедия
психотерапии. Том 1**

«Издательские решения»

Авдеев П. С.

Энциклопедия психотерапии. Том 1 / П. С. Авдеев —
«Издательские решения»,

ISBN 978-5-00-605142-3

Данная книга представляет из себя обзор большинства направлений и методов психотерапии, начиная от классических психоанализа, гештальт-терапии и гипноза, заканчивая методами третьей волны когнитивно-поведенческой терапии (АСТ, DBT, CFT, схема-терапия, mindfulness и др.), ОРКТ и позитивной терапией, семейными расстановками, НЛП, тета-хилингом и многими другими. В данной книге приводятся не только теоретические аспекты различных психотерапий, но и конкретные техники, которые в них используются.

ISBN 978-5-00-605142-3

© Авдеев П. С.
© Издательские решения

Содержание

ВВЕДЕНИЕ	6
ПСИХОТЕРАПИЯ! ЧТО ЭТО ВООБЩЕ ТАКОЕ?	10
ОТЛИЧИЯ ПСИХОТЕРАПИИ, ПСИХИАТРИИ, ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ, ПСИХОКОРРЕКЦИИ	11
ПОНЯТИЕ ПСИХОТЕРАПИИ И ЕЕ ЦЕЛИ	14
КТО ТАКОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТ?	22
КТО ТАКОЙ КЛИЕНТ?	28
КАК РАБОТАЕТ ПСИХОТЕРАПИЯ?	33
НАПРАВЛЕНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ	37
ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ	42
ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ	42
ТЕОРИЯ ДИССОЦИАЦИИ И БЕССОЗНАТЕЛЬНОЕ	42
ПСИХИЧЕСКАЯ ТРАВМА	47
ПОНЯТИЕ ЭНЕРГИИ В ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ И ГЛУБИННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ	65
ВИДЫ КАТАРСИСА И ЕГО МЕХАНИЗМ	73
АНАЛИЗ КОГНИТИВНЫХ СХЕМ	76
Психоаналитическое течение	80
РОЖДЕНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ	80
РЕГРЕССИВНАЯ ТЕРАПИЯ	84
Конец ознакомительного фрагмента.	93

Энциклопедия психотерапии Том 1

Павел Сергеевич Авдеев

© Павел Сергеевич Авдеев, 2024

ISBN 978-5-0060-5142-3 (т. 1)

ISBN 978-5-0060-5143-0

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero



ВВЕДЕНИЕ

Данная книга является результатом долгих изысканий и анализа в области истории психотерапии и ее современных направлений, которые выразились, в том числе, в видеокурсе по психотерапии на YouTube канале «SimplePsychology».

На самом деле, я долго думал, в каком формате подать данную книгу, ведь изначально она задумывалась, как достаточно строгое научное пособие по истории психотерапии, которое могло бы быть достойно лучших высших учебных заведений нашей страны. Но потом я вспомнил, что во время моего собственного обучения в аспирантуре, для меня не было ничего более раздражающего, как внимание «научных деятелей» к формальностям. Приоритет формализма и оформления над смыслом и содержанием – это, наверно, одна из немногих вещей, которая способна вывести меня из себя, так как, на каком-то глубинном уровне, я воспринимаю такой подход, как неприятие личности человека, как неприятие того, что он хочет до тебя донести. А, так как, тема неприятия является одной из центральных в моей жизни (возможно, именно поэтому я и занимаюсь данной писаниной – чтобы люди выказали мне, некоторое признание за нее и оценили ее по заслугам), я решил, как истинный гуманистический психолог и гештальтист, признать свои чувства и самопредъявиться перед тобой, мой дорогой читатель.

Это означает, что в данной книге, в отличие от большей части научной и учебной литературы, ты вполне сможешь встретить личные местоимения (типа «Ты» и «Я»), как это произошло буквально пару слов назад, а также субъективные суждения и оценки, которые не всегда совпадают с общепринятой научной парадигмой, и которые вполне способны меняться с течением времени.

Все же я попытался достаточно четко отделить свою личную позицию от объективных данных, полученных в «лабораториях», так что наверняка вы сможете найти интересующие вас ссылки. Да, так или иначе, формализм коснулся и меня, поэтому я постарался сгладить многие углы, которые часто «выпирают» в личном общении со мной, в моих лекциях и видеозаписях. Однако, даже в этом случае, я понимаю, что не застрахован от критики в свой адрес, так как, уж не знаю почему (хотя знаю, это обусловлено эффектом концентрации на негативе), люди, из всей той информации, которую ты даешь, склонны обращать внимание именно на тот самый 0,1%, где ты позволяешь себе высказать хотя бы минимальное критическое замечание в сторону их любимого направления. Таким образом, пытаясь хоть немного обезопасить себя на будущее, сделаю несколько заявлений.

Я не считаю, что существует, какое-то самое эффективное направление в психотерапии, а, считаю, что разным людям подходят разные направления.

Я не считаю, что все настолько принципиально определяется направлением, но в большинстве случаев эффективность терапии обусловлена межличностным контактом между двумя конкретными людьми.

Хотя я достаточно часто критикую когнитивно-поведенческое направление, моя критика направлена в большей мере на повышение объективности людей, которые меня слушают. Несмотря на данную критику, я признаю, что на сегодняшний день, когнитивно-поведенческая терапия является наиболее доказательным направлением. Однако, я считаю, что к направлению, которое в качестве основного маркетингового преимущества использует доказательность (а, это именно маркетинг) должны предъявляться и наиболее высокие требования.

Я считаю, что эффективность психотерапии в целом достаточно низка, если мы говорим о серьезных психических расстройствах. А, во многих других случаях – она высока за счет эффекта плацебо, а не реальных механизмов работы.

Хотя я выше сказал, что паритетно отношусь ко многим направлениям в психотерапии, это относится лишь к традиционным и научно обоснованным направлениям, в то время как направления, созданные мошенниками и шарлатанами, заслуживают прямой критики, а такая критика является одним из непосредственных требований психологической этики.

И, еще раз, некоторые мои высказывания в сторону того или иного направления, могут показаться достаточно обидными для людей, не терпящих критики. Однако, вы должны понимать, что, такими высказываниями, я пытаюсь не «разоблачить» метод, а, просто, взглянуть на него объективно, рассмотрев как его достоинства, так и недостатки. И, даже если я в какой-то момент шучу над теориями Фрейда или Юнга, вы должны понимать, что в тоже время я признаю и их вклад в развитие психологии (просто часто этот вклад бывает не таким большим, по сравнению с тем количеством заблуждений, которые породили данные авторы).

Если вы ко всему этому не готовы, то быть может и вам стоит посетить сеансы психотерапии и узнать, почему вас так глубоко трогает мнение незнакомого вам человека. Но, если вы готовы встретиться с тем, что я только что описал, тогда вас ждет захватывающий мир психотерапии.

Цели книги

Если вы приобрели данную книгу, то, наверняка, и без меня разберетесь зачем она вам нужна. Все же автор (коим все еще являюсь я), закладывал достаточно простую цель: ознакомить читателя с большинством направлений психотерапии и сделать это наиболее наглядно, понятно и увлекательно. Но это, еще не все...

Если вы уже практикуете тот или иной метод, данная книга поможет вам взглянуть на него объективно, в сравнении с другими методами. Она также может помочь вам обогатить ваш арсенал техник и дать вам общую теорию психотерапии. Последний пункт, крайне важен, так как многие современные специалисты не проходят полноценного обучения и не получают теоретических знаний в полном объеме, порой даже не понимая, чем они занимаются, и к какому направлению относится конкретно их метод.

В тоже время, книга не ставит себе целью научить кого-то психотерапии, и если вы, начитавшись техник, описанных здесь, уже бежите причинять всем вокруг «добро», то рекомендую вам замедлиться на парочку лет, пока вы не пройдете полноценное обучение.

О чем данная книга?

Немаловажным вопросом является и то, о чем данная книга, ведь в ее названии стоит слово «психотерапия». И, как ни странно, данная книга не совсем об этом, поскольку под психотерапией сегодня понимается именно медицинская помощь, которая подразумевает и лекарственное воздействие. Более того, направления типа метода Сильвы и остеопатии, которые также рассматриваются в данной книге к психотерапии отнести никак нельзя.

Однако, мы все-таки будем обсуждать психотерапию. «Ты сам себе противоречишь!» скажете вы. А я отвечу: «НЕТ!». Просто мы будем говорить о той психотерапии, которую представляет себе обычный человек, включающий в нее все виды психологической помощи, от медитаций до советов цыганки, и часто, наоборот, вычитающий из нее психиатрическую помощь и фармакологию. Таким образом, под психотерапией мы будем понимать помогающее (будь то в рамках лечения болезни или консультации по жизненным вопросам) психологическое (а не фармакологическое) воздействие, базирующееся на психологических, физиологических или околопсихологических воззрениях (таким образом вычеркиваем религию и магию вуду). Да, это определение может быть не всем по нраву, однако, для наших целей оно сгодится, так как, исходя из него, уже можно разобраться с понятиями.

Во-первых, хотя первый раздел и посвящен разделению понятий «психотерапия», «психологическое консультирование» и «психиатрия», в будущем мы не будем делать принципиальных различий между данными понятиями, так как, это не окажет какого-то принципиального влияния на понимание смысла книги. Более того, при обсуждении антинаучных методов, сюда могут добавиться и понятия «целительства», «энерговодействия» и пр. Соответственно, и не будет разницы между понятиями «терапевт», «психолог», «психиатр», «целитель» и др. (хотя «целитель», все же будет говориться, скорее, в негативном ключе по аналогии со словом «вредитель»). Этот подход еще более актуален, учитывая, что границы между медицинской и немедицинской психотерапией постепенно размываются.

Во-вторых, несмотря на трепетное отношение некоторых людей к данным терминам, также не будет разницы между словами «пациент» и «клиент».

В-третьих, сами психотерапевтические подходы будут подвергнуты авторской классификации по течениям в психотерапии, так как стандартное разделение на психодинамическое, гуманистическое и поведенческое направление уже не соответствует всему многообразию методов. В то же время, даже с более широкой классификацией те или иные методы будет непросто определить в то или иное течение, и часто такой выбор будет являться компромиссом, так что в ряде случаев, вы вполне можете со мной не согласиться.

И еще пара терминологических аспектов.

Имена зарубежных авторов будут приводиться в российской транскрибации. Чаще всего, на этих авторов будут приводиться ссылки в списке литературы, так что уже там вы сможете ознакомиться с оригинальным написанием.

Для ряда терапий могут использоваться как иностранные наименования, так и российские транскрибации (например, «ДПТ» и «DBT»).

В конце каждой главы, посвященной тому или иному виду психотерапии будет приводиться заключительный раздел, который будет называться либо «заключение», либо «эффективность и критика». Если раздел называется «заключение», то, скорее всего, по данному направлению просто не нашлось каких-либо современных исследований эффективности, и все что я могу сделать – это привести свое субъективное мнение. Если же мы обсуждаем какой-либо современный метод, то тогда я буду приводить более объективные данные, ссылаясь на исследования, и потому раздел и будет называться «эффективность и критика».

Сами подходы будут приводиться, скорее, в логической последовательности, нежели исторической. Таким образом, закончив чтение раздела, посвященного психодинамической психотерапии, на интенсивной краткосрочной динамической терапии, которая была создана совсем недавно, и перейдя к следующему разделу, вы обнаружите, что снова вернулись назад в прошлое – к клиент-центрированной терапии. Хотя такой подход и не соответствует временной перспективе, он позволяет намного лучше усваивать материал.

Важное замечание по теоретическому разделу глубинной психотерапии

В современном мире глубинная психотерапия часто критикуется, как несведущими обывателями, так и учеными из области психологии, за ее абстрактные и малодоказуемые представления (энергия либидо, связь вытесненной травмы и симптома и др.). Это является одной из причин почему целый раздел в данной книге посвящен теоретическому обоснованию ряда значимых положений психодинамического направления.

Второй значимой причиной является то, что идея психодинамики лежит не только в основе психоанализа, как принято считать, но и в основе всех направлений психотерапии, которые не относятся к когнитивно-поведенческому и которые также опираются на понятия внутреннего конфликта, энергии и тревоги (телесного возбуждения), механизмов защиты психики и прерываний, психической травмы, фиксаций на тех или иных стадиях развития. Именно поэтому, даже если вам совершенно не интересен психоанализ, но, например, инте-

ресна экзистенциальная психотерапия или гештальт, перед чтением глав, посвященных этим направлениям, вам настоятельно рекомендуется прочитать теоретический раздел психодинамической психотерапии.

Более того, стоит понимать, что базовые течения не существуют отдельно друг от друга, а, скорее, последовательно заимствуют друг у друга теоретические положения. Практически все направления гуманистической терапии признают идею внутреннего конфликта и травмы, а также влияния прошлого на нашу текущую жизнь. А большая часть направлений психотерапии сегодня опирается на гуманистические принципы взаимодействия с клиентом, разработанные Карлом Роджерсом.

Современная психотерапия, о каком бы направлении мы не говорили, имеет тенденцию к интеграции и эклектизму. Кого-то подобные заимствования могут выводить из себя, однако, надо понимать, что это вполне естественный путь развития во многих отраслях нашей жизни: вбирать лучшее из разных методов и сфер. И это является еще одним поводом для изучения общей теории психотерапии.

ПСИХОТЕРАПИЯ! ЧТО ЭТО ВООБЩЕ ТАКОЕ?

Наша книга будет большей частью посвящена именно обзору различных методов в области психологической помощи, однако, перед этим нам необходимо разобраться, а о чем, собственно, идет речь. Так что, несмотря на более историческую направленность данной работы, мы поговорим и об общих основах психотерапии.

ОТЛИЧИЯ ПСИХОТЕРАПИИ, ПСИХИАТРИИ, ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ, ПСИХОКОРРЕКЦИИ

В начале нашей книги мы уже сказали о том, что будем рассматривать психотерапию в самом общем смысле слова – как различные методы психологической помощи. Однако, наше мнение далеко не всегда может совпадать с мнением нашего государства и правовым регулированием, так что давайте коснемся и этого вопроса, несмотря на то, что наша основная цель сейчас – это рассмотреть различия таких понятий как психология, психотерапия, психиатрия, консультирование.

Все должно быть в рамках закона!

Здесь и далее мы будем опираться именно на российское законодательство, которое в своей запутанности, как и всегда, оставляет желать лучшего. Ведь практически у каждого посетителя психологических курсов возникают вопросы по типу «А буду ли я иметь право на ведение психотерапии после окончания данного обучения?», «Нужно ли мне предварительное образование в области психологии или медицины?», «Кто имеет права назначать и отменять фармакотерапию?» и т. д.

Психологические услуги в нашей стране регулируются в основном двумя документами: Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 02.07.1992 N 3185—1 и законопроектом «О психологической помощи населению РФ», на который, хотя он еще и не принят, очевидно, можно ссылаться в тех или иных спорных ситуациях. Вполне вероятно, что на момент, когда вы читаете данную книгу, последний документ, все же утвердили, так что вместо того, чтобы очередной раз задавать вопросы о том имеет ли право ваш психолог предлагать вам отказ от традиционного лечения на видеохостингах и форумах, стоит обратиться именно к официальным данным.

Категории психологической помощи

Сейчас мы будем рассматривать психотерапию больше с позиции первого закона, где психотерапия, как и любая сфера со окончанием «-терапия» относится к сфере медицинских услуг, чтобы вам там не говорили ваши преподаватели по психоанализу про «немедицинскую психотерапию» (эту тему мы тоже позже обсудим). Так вот специалистов в сфере психологической помощи можно разделить на следующие типы.

Психиатр – это человек, получивший медицинское психиатрическое образование, который работает с тяжелыми патологиями и психотическими симптомами. Например, к психиатру обращаются люди с шизофренией, тяжелой депрессией, неконтролируемыми аффективными состояниями и др. Основная задача психиатра состоит в том, чтобы поставить четкий и правильный диагноз на основе различных диагностических процедур, а затем назначить медикаментозное лечение.

Например, психиатр может назначить больному шизофренией нейролептики, которые позволят избавить его от психотических приступов и галлюцинаций. И, несмотря на все заявления псевдопсихологов о том, что шизофрению можно вылечить, просто предложив больному поговорить со своей галлюцинацией на пустом стуле, на сегодняшний день фармакотерапия – это единственный способ сдерживать развитие данной болезни.

Психотерапевт – это тоже человек с медицинским образованием, который к тому же прошел переподготовку в том или ином направлении психотерапии. То есть, даже если вы закончили какие-нибудь курсы по гештальт-терапии или психоанализу, и даже получили

диплом по клинической психологии, вы все равно не можете называть себя психотерапевтом, пока у вас не будет медицинского образования. Психотерапевт имеет все те же возможности, что и психиатр, однако, он также может проводить с пациентом и лечение психологическими методами, т.е. делать то, что мы обычно и подразумеваем под психотерапией. Например, больному шизофренией он может не только прописать нейролептики, но и помочь ему с адаптацией к социуму. Сама психотерапия бывает краткосрочной (до 20 сеансов для простых проблем и до 60 для сложных) и долгосрочной (более 60 сеансов).

Психолог – это человек с психологическим образованием, который имеет право осуществлять так называемую психокоррекцию. Такие специалисты оказывают помощь исключительно психологическими методами воздействия и не имеют права проводить какое-либо лечение или выписывать лекарства. Психолог работает либо с обычными жизненными сложностями, типа низкой самооценки, познания себя, постановкой и достижением целей, либо помогает в социальной адаптации людям с более серьезными психическими расстройствами, сопровождая работу психиатра.

Консультант – это человек, который решил, что достаточно развит в той или иной сфере, чтобы обучать этому других. Это шуточное определение на самом деле подразумевает, что консультант занимается психологическим консультированием – деятельностью, которая никак и никем не регулируется. Таким людям совершенно необязательно иметь хоть какое-то образование. К сожалению, большинство специалистов, которые сейчас в социальных сетях пишут, что они те или иные терапевты, на самом деле являются не более чем консультантами.

Если вы откроете учебники по консультированию, то там будут явно прослеживаться отличия от той же психотерапии. Ведь основная задача консультирования – это понять проблему клиента, а затем дать ему совет на основе психологических знаний, который клиент будет реализовывать. А как вы помните правильный психолог советы не дает. Так что сегодня психолог-консультант обычно использует ровно те же методы, что и любой терапевт, что идет в разрез с книжной теорией.

Обычно психологическое консультирование длится до шести сеансов. И на консультировании, опять же в соответствии с учебниками, люди в основном обращаются для решения жизненных проблем, в стиле повысить свою эффективность, научиться знакомиться с девушками, наладить отношения в семье. Опять же в реальной практике к консультантам обращаются с теми же проблемами, что и к психиатрам и психотерапевтам.

К этому уровню психологической помощи, можно отнести, большинство наименований с приставками терапевт или аналитик, например, гипнотерапевт, гештальт-терапевт, психоаналитик – это не психотерапевты как таковые, если у них нет соответствующего образования психолога или врача – это, в лучшем случае психологи-консультанты. Сюда же относятся различные «маги», «экстрасенсы» и другие шарлатаны.

Про медицинскую и немедицинскую психотерапию

Сейчас выделяется такая категория как немедицинский психотерапевт, соответственно, большинство новоиспеченных консультантов сразу заявляют, что они психотерапевты, только «немедицинские».

Надо понимать, что это чисто теоретическая категория, которая используется для описания различий между медицинской и психологической моделями помощи. Официально же никакой немедицинской психотерапии не существует. Точнее существует, но не в России.

Соответственно, если вы, будучи обычным консультантом, начнете «лечить» человеку его панические атаки, и в итоге нанесете ему вред, то можно лишь пожелать вам удачи в суде, когда вы будете доказывать, что занимались проблемами клиента абсолютно официально, потому что вы, видите ли, немедицинский психотерапевт.

Зачем нужны все эти глупости?!

В каком-то смысле это вполне справедливый вопрос, ведь, действительно, деление на медицину и психологию в рамках законодательства часто доходит до абсурда, да и просто не соответствует современной практике. Большая часть людей, которые оказывают услуги психологической помощи без медицинского образования делают это ровно точно также как и люди, имеющие его. Так почему нам нельзя назвать какого-нибудь тета-хилера таким же психотерапевтом, как врача в поликлинике, который однажды удачно прошел обучение тета-хилингу и теперь применяет его на каждом втором клиенте вместо того, чтобы использовать фармакотерапию? Почему с паническими атаками, как с симптомом психического расстройства не имеет право работать немедицинский психолог, если в сети полно отзывов об успешных излечениях от панических атак за пару сеансов с помощью методов регрессии или эмоционально-образной терапии? Почему мы должны заставлять людей придумывать пространственные наименования для своей деятельности типа «гипнолог» и «регрессолог», если они используют ровно те же самые методы, инструменты и последовательности действий, какие применяют врачи?!

Эти вопросы долгие годы занимают умы обычных психологов и «колдунов», ведь так хочется приписать себе заветное слово «терапевт». Но ответ здесь достаточно прост, и он содержится в принципе «Не навреди!».

Сколько было случаев, когда клиенты приходили с паническими атаками к психологам и экстрасенсам, и те пытались им лечить эти панические атаки. Правда потом оказывалось, что паническая атака – это лишь симптом – симптом опухоли мозга, к лечению которой приступили слишком поздно, из-за того, что больной годами пытался устранить свои панические атаки у психолога.

Проблема в том, что профессия психотерапевта – это действительно профессия врача. И только врач, в отличие от всех заявлений одухотворенных психологов, сегодня способен работать в рамках принципа холизма и системности. То есть только он, как правило, обладает достаточным багажом знаний, понимая, что тот или иной симптом может быть порожден не только скрытыми и глубинными психотравмами, а, например, банальным изменением гормонального фона, сторонними заболеваниями и условиями жизни. Только он может провести полноценную диагностику и направить клиента к нужному специалисту. И только у него есть многолетнее и общесистемное образование, а не обычная подготовка в виде двух дней тренинга, где из него сделали «успешного коуча для миллионеров».

Данная проблема могла бы легко решиться, если бы в любом обучающем курсе по психотерапии давалась нормальная подготовка по психиатрии и дифференциальной диагностике, но этого не происходит по ряду причин. Во-первых, предполагается, что психотерапевтами становятся люди с медицинским образованием, а потому у них такая подготовка изначально есть, тем же у кого такой подготовки нет давят на здравый смысл, который тоже есть далеко не всегда. Во-вторых, типичное обучение часто ведется такими же неспециалистами, которых все в их практике устраивает, а потому они не видят смысла проводить дополнительную подготовку по психиатрии. В-третьих, такое дополнение к стандартным курсам сильно бы повысило их стоимость.

Так что не стоит думать, что стремление лицензировать психологическую деятельность – это просто попытка некоторых людей найти для себя новый источник дохода. Нет, это вполне закономерное развитие событий, которое должно хотя бы в минимальной степени повысить качество психологической помощи.

ПОНЯТИЕ ПСИХОТЕРАПИИ И ЕЕ ЦЕЛИ

Мы выделили психотерапию среди других направлений и настала пора поговорить, что же она из себя представляет.

Психотерапия с греческого переводится как «лечение души» ($\psi\upsilon\chi\eta$ «душа, дух» + $\theta\epsilon\rho\alpha\lambda\epsilon\iota\alpha$ уход, лечение) или, если по-современному, то лечение психики. В медицине же психотерапия определяется как система лечебного воздействия на психику и через психику на организм человека¹. То какие меры воздействия будет применять психотерапевт зависит от модальности психотерапии, в которой он работает, коих выделяется огромное множество.

Цели психотерапии

Глобально в зависимости от основных направлений психотерапии выделяется три цели, к достижению которых стремится психотерапевт в работе с пациентом.

1. Осознание. Чаще всего, люди думают, что под осознанием имеется в виду именно воспоминания о травмах детства, легших в основу симптома. Это действительно является одним из вариантов осознания, но далеко не единственным, ведь осознанию могут поддаваться любые реакции человека, которые ранее не попадали в область его внимания. Например, клиент в процессе терапии может осознать свои чувства и мысли, которые он не замечал раньше. С помощью терапевта он может осознать свои паттерны поведения, например, когда терапевт указывает клиенту, что тот постоянно опаздывает или обижается на определенную форму слов. Клиент в процессе терапии может осознать какие-то свои невротические реакции, например, что он сжимает кулак, говоря о том, как любит свою маму. Он также может осознать свои телесные ощущения и мышечные зажимы. Такое осознание является первейшим условием для того, чтобы начать движение к исцелению, ведь очень часто люди даже не могут понять в чем конкретно состоит их проблема.

2. Реализация потребностей клиента. Здесь подразумевается еще и реализация фрустрированных потребностей клиента, которые образуют его базовый конфликт. И это не обязательно конфликт между сексуальным стремлением к собственной матери и запретом на инцест, как это любят в психоанализе. Под конфликтом подразумевается именно невозможность реализовать свои потребности в текущей жизненной ситуации. Например, если клиенту в детстве не додала любви мама, он будет стремиться получить именно такую материнскую безусловную любовь от своих девушек, что будет приводить к разладу отношений. В итоге у него оказываются фрустрированными сразу две потребности: потребность в безусловной любви от матери и потребность в интимной любви от девушек. Задача терапии – помочь человеку реализовать обе эти потребности. Первая из них может быть реализована за счет различных методов: катарсиса, метафорических и образных техник и техник связанных с рескриптингом и когнитивной реструктуризацией (*да, понимаю слова сложные, но об этом позже*). Вторая подразумевает поиск нового, более адаптивного, поведения, которое позволит наладить отношения именно в текущей жизненной ситуации.

3. Социальная адаптация. Для реализации этой цели психотерапевт помогает клиенту овладеть определенными жизненными навыками и способами взаимодействия с другими людьми. Например, если у клиента не получается построить взаимоотношения с девушками, терапевт может помочь ему поработать с его коммуникацией и уверенностью, разработать правильную стратегию ухаживания и т. д. Если клиент не умеет отстаивать себя, терапевт может воссоздать ситуацию, где этот навык необходим и помочь клиенту смоделировать наиболее адекватный способ поведения. Здесь применяются различные ролевые игры, а также, обуче-

¹ Карвасарский Б. Д. Психотерапия. – М.: Медицина, 1985. – 304 с.

ние и информирование клиента, работа с пустым стулом, экспозиционная терапия и другие методы.

Вы могли заметить, что среди целей нет самой главной – исцеления человека. Дело в том, что разные направления считают именно эти цели аналогом исцеления. И раньше можно было достаточно четко классифицировать направления психологии по этим целям.

Например, единственной целью психоаналитиков всегда было осознание, и предполагалось, что после осознания симптом отпадет сам собой. Идеалом психоанализа был человек, который знает, что причиной его фобии является его сексуальное влечение к матери, и обычно их мало волновало то, что изначально клиент пришел с запросом фобии собак.

Целью гуманистической терапии, например, ортодоксального гештальта раньше всегда была реализация потребностей. Именно поэтому под влиянием гештальт-терапевтов люди во времена New Age постоянно устраивали сексуальные оргии и принимали не самые полезные вещества, не обращая внимания на социальную адаптацию.

Наконец, когнитивно-поведенческое направление всегда концентрировалось на социальной адаптации и на разрешении симптома, поэтому были в ходу методы типа терапии авersive-ными стимулами, когда алкоголика кодировали от алкоголя, и он действительно переставал пить, но затем быстро расставался со своей жизнью, потому что его потребности были неудовлетворены, а без алкоголя он погружался в депрессию.

В целом это, конечно, курьезные примеры, хотя они вполне имеют под собой основания, так что на сегодняшний день большинство современных направлений терапии и большинство адекватных специалистов совмещают все три цели терапии, правда опять же делают это чуть по-разному. Например, в процессе когнитивно-поведенческой терапии человек вряд ли будет глубоко осознавать причины проблемы, но он осознает свои мысли, которые раньше не замечал. Регрессивная гипнотерапия, хотя и работает в основном с осознанием и катарсисом, все-таки требует реального практического результата в виде поведенческих проверок и домашних заданий, чего не требовали в свое время те же психоаналитики. Так что все три цели, рассмотренные нами в этой главе, сегодня характерны для любого адекватного психотерапевтического метода.

Задачи психотерапевта

Психотерапевт в процессе консультирования добивается решения следующих задач с целью помощи клиенту.

1. Формирование рабочего альянса. Первейшая задача психотерапевта – это сформировать рабочий альянс с клиентом, на основе чувства доверия, эмпатии и признания авторитета психолога. Подобные отношения являются важнейшим условием для всей остальной работы.

2. Анализ и диагностика клиента. Вторая задача психотерапевта состоит в диагностике проблемы клиента и в формировании рабочей гипотезы, которая в последующем будет видоизменяться и трансформироваться. Диагностика в психотерапии – это нечто иное чем диагностика в медицине, она различается в зависимости от модальности. Например, когнитивный терапевт будет диагностировать у клиента когнитивные искажения, а гештальт-терапевт – прерывания цикла контакта. При этом где-то диагностика осуществляется один раз перед консультированием и один раз для оценки результата, а где-то она проходит сквозь всю терапевтическую работу.

3. Помощь в постановке цели и принятии решения. Исходя из диагностики и запроса клиента, психолог помогает человеку поставить цели терапии. Очень часто перед приходом к психологу у людей создаются нереалистичные ожидания по поводу терапии, или их цели не совпадают с их реальными потребностями, именно в этом случае и требуется помощь

психолога. Также часто людям в принципе сложно принять решение, и терапевт помогает клиенту и в этом деле.

4. Контроль результатов. Психолог осуществляет контроль и оценку промежуточных и конечных результатов психотерапии. Здесь также могут быть свои нюансы, особенно когда результат сложно измерим. Например, клиент может не замечать результатов терапии и обесценивать их, и тогда психолог должен донести до него эти результаты. Может быть обратная ситуация, когда клиент переоценивает терапию и видит результаты там, где их нет. В этом случае, терапевт также обязан донести эту идею до клиента и прекратить консультирование или передать клиента другому специалисту. Также в процессе промежуточного контроля могут выявляться какие-то иные проблемы, о которых тоже необходимо рассказывать клиенту и спрашивать у него разрешение на работу с ними.

5. Подбор и применение техник. Исходя из диагностики, целей клиента и научных данных, терапевт подбирает для клиента рабочую технику. К сожалению, очень многие психологи сегодня ограничены в своем понимании техник терапии и всю жизнь применяют одну и ту же методику, которую они когда-то зазубрили. Этот подход неправильный и не соответствует индивидуальному подходу к психологической помощи.

6. Мотивация и мобилизация. На протяжении всего процесса консультирования терапевт также стимулирует и мотивирует клиента на изменения. Он отбирает правильные интервалы и интенсивность выполнения техник, чтобы клиент не разочаровался. Он осуществляет поддержку, если все-таки у клиента что-то не получилось. Сюда же относится мобилизация ресурсов, когда речь идет о внутренней опоре, которую находит в себе клиент. Например, если клиент не верит, что он сможет справиться с задачей, психолог может помочь ему вспомнить ситуации, когда он решал даже более сложные проблемы.

7. Информирование. Информирование может относиться и к разделу техник, но, в целом, оно служит и самостоятельной задачей, которую выполняет психотерапевт в соответствии с этическим кодексом психолога. Так, психолог обязан честно ответить на вопросы клиента, прояснить для него его же проблему и дать необходимые знания для решения этой самой проблемы.

8. Планирование терапии. Исходя из диагностики, терапевт делает прогноз на длительность лечения и вероятность положительного исхода, о чем информирует клиента.

9. Обучение клиента и сепарация от терапевта. Терапевт должен создать все условия для того, чтобы клиент мог самостоятельно решать свои проблемы и не зависеть от психолога по окончании терапии. Терапевт должен в процессе работы обучить клиента техникам и способам, с помощью которых он сможет справляться с проблемами и предупреждать рецидивы, уже после окончания психотерапии.

10. Преодоление сопротивления. Психолог должен стремиться преодолеть сопротивление при работе с клиентом. Такое сопротивление может быть обусловлено многими факторами, например, отсутствием мотивации или реакцией переноса, но могут быть и какие-то внутренние запреты, в стиле «Нельзя показывать свою слабость». Психолог также анализирует тип сопротивления и помогает справиться с ним.

11. Этическо-правовая функция. Психолог должен следить за соблюдением безопасности клиента и окружающих его людей, а также может принимать участие в судебных экспертизах.

12. Организационная функция. Психолог организует сам процесс психотерапии, включая время и место встречи, а также помещение. Правда, чаще эту функцию берут на себя поликлиники, арендодатели или сами клиенты.

Мишени психотерапии

Мы изучили цели и задачи терапии, настала пора поговорить и про то, на что она может быть направлена.

1. Симптом. Самый очевидной целью психотерапии является непосредственно заявленная клиентом проблема, которая может проявляться на поведенческом, когнитивном, эмоциональном и телесных уровнях. В этом случае задача психотерапевта – изменить конкретные паттерны поведения клиента и убрать симптом, на который он жалуется. Например, если клиент заявляет проблему страха собак, то нашей задачей будет убрать этот страх. Примерно на этом уровне работает когнитивно-поведенческая терапия.

2. Отношение к проблеме. Второй тип, с которым в основном работает гуманистическая и психодинамическая терапии – это отношение к проблеме. Данная мишень обусловлена тем, что далеко не все проблемы в нашей жизни решаемы и далеко не все из них вызваны психологическими факторами. Самым банальным примером является наша самооценка и наше отношение к себе. Да, наверно если человек постарается, то он может стать чуть лучше, но в большинстве случаев люди не особо меняются (по крайней мере не за пару сеансов у психолога), не говоря уже о том, что даже хорошие люди себя часто оценивают неадекватно. В итоге в случае, когда человек не удовлетворен собой, мы вряд ли можем изменить этого человека, зато мы можем поменять его отношение к самому себе и сделать его более адекватным. Также мишень актуальна и, если человек болеет неизлечимым заболеванием. Мы не можем вылечить заболевание, но мы можем помочь нормально справиться с ним и продолжать получать радость от жизни. Если человек от природы тревожный, мы не уберем эту тревогу, но можем помочь направить эту тревогу в нужное русло.

3. Социальная адаптация. Очень часто мы не можем излечить то или иное расстройство, но можем помочь человеку адекватно жить с этим расстройством и взаимодействовать с социумом. Например, сюда можно отнести такие расстройства как шизофрения и тяжелая депрессия. Эти расстройства невозможно исцелить только психологическими средствами и основное лечение здесь производится с помощью фармакотерапии, однако психолог может оказывать поддержку и помогать таким людям в адаптации.

4. Личность. Конечно, часто личность является и первичным запросом (в стиле «Переделайте меня из замкнутого в общительного»), но иногда изменение личности является и побочным эффектом от долгой психотерапии конкретных проблем. Изменение личности подразумевает прежде всего разрешение базового конфликта человека и устранение его основной невротической тенденции. Например, если мы имеем дело с истероидным пациентом, то его тенденция будет состоять в постоянном поиске внимания от других людей. В условиях психотерапии возможно восполнить базовый конфликт такого человека, который состоит в страхе неприятия и отказе во внимании и таким образом связанное с тенденцией поведение может оказаться ненужным. Однако, надо понимать, что работа с личностью, все же редко осуществляется глобально и напрямую, а чаще опирается на конкретные ситуации и поведение в них, как и в случае работы с симптомом, просто в этом здесь психотерапевт видит за симптомом и личность клиента.

Также помимо основной классификации мы можем поделить мишени психотерапии **по направлению воздействия на:**

– сознательные процессы – когда мы корректируем сознательные мышление и поведение клиента, в основном с помощью методов убеждения, интерпретации и формализации способов принятия решения;

– бессознательные процессы, когда мы корректируем причины проблемы, например с помощью техник катарсиса, метафор и работы с образами.

По уровню опосредованности воздействия мы можем выделить.

– Воздействие непосредственно на личность клиента и его проявления.

– Воздействия на среду, в которой функционирует клиент. Например, когда больным ожирением предлагают устранить с видных мест различные вкусности, чтобы они их не соблазнили.

– Воздействие на социальную систему, например, когда мы работаем с социальной системой в семейной психотерапии.

Опять же здесь мы рассматривали именно немедицинскую психотерапию, где не применяется фармакотерапия иначе бы классификация выглядела иначе. Грамотный психолог должен четко понимать, какую мишень выбрать для данного конкретного клиента и какое воздействие произвести.

Краткосрочная и долгосрочная терапия

Мы уже сказали пару слов про длительность психотерапии, однако, данный вопрос требует более подробного рассмотрения. Многие из вас знают, что есть краткосрочные виды терапии типа когнитивно-поведенческой терапии, которые обещают избавить вас от болезни за 10—20 сеансов, а есть долгосрочные по типу психоанализа, которые могут длиться годами, если не всю вашу жизнь.

И, конечно, узнав об этом вы подумали: «А какой вообще смысл обращаться к какому-нибудь гештальт-терапевту или психоаналитику, если вот „здесь“ могут решить мою проблему намного быстрее и эффективнее?». И это крайне распространенный миф в психотерапии...

Дело совсем не в том, что в разных направлениях необходимо разное количество времени для устранения проблемы, дело в том, что проблемы и мишени в разных терапиях разные, а при работе с одной и той же проблемой, скорее всего, не будет и никакой разницы во времени (если, конечно, речь не идет об очень специфических проблемах и видах воздействия на них).

Таким образом получается, что длительность психотерапии обусловлена не ее эффективностью, а чем-то еще, и это «что-то» проявляется в следующих пунктах.

– **Симптом/Личность.** Краткосрочная терапия направлена непосредственно на запрос клиента и на заявленный им симптом. Если клиент заявил проблему фобии, мы работаем с фобией, если проблему знакомств, мы работаем со знакомствами. Долгосрочная терапия направлена на развитие личности и часто запрос клиента здесь носит второстепенный характер. Например, если клиент жалуется на панические атаки, терапевт будет работать не непосредственно с паническими атаками, а скорее с теми условиями и причинами, которые эти панические атаки вызывают. Если клиент заявляет проблему знакомств, то терапевт может работать с осознанием необходимости знакомств как таковой.

– **Результат/процесс.** Краткосрочная терапия направлена на результат, т.е. все шаги в каждом сеансе направлены на достижение конечного результата и именно той цели, которую ставили изначально. Долгосрочная терапия больше ориентируется на процессуальные проявления, т.е. на то, как человек ведет себя «здесь и сейчас» и какие проблемные паттерны проявляет. Например, в случае панических атак, терапевт может сконцентрироваться на том, как клиент проявляет тревогу прямо в процессе психотерапии и какие механизмы защиты психики он использует.

– **Поверхность/Глубина.** Краткосрочная терапия концентрируется на поверхностных проявлениях клиента, а, проще говоря, опять же на симптоме. Если клиент заявил проблему фобии, то терапевт не будет обращать внимания на то, что клиент имеет какие-то невротические паттерны или на то, что личность клиента не является целостной. Он не будет обращать внимания на мотивы и причины поведения клиента, а будет работать непосредственно с фобией. Истории и биографии клиента здесь уделяется мало внимания. Долгосрочный терапевт будет смотреть в «глубину» и будет пытаться разглядеть, что стоит за различными проявлениями клиента и какие мотивы им движут. Например, при работе с фобией терапевт может проанализировать когнитивную схему, которая лежит в основе этой фобии и заставляет

человека испытывать тревогу. Здесь уже уделяется большое внимание истории и биографии клиента. Такой терапевт также будет обращать внимание скорее на скрытые нежели явные проявления поведения клиента. Например, он может обратить внимание на то, как клиент сжимается, говоря о какой-то теме или на какую-то странную оговорку или ассоциацию.

– **Техники/общие факторы.** В краткосрочной терапии большее значение имеет именно техническая часть терапии. Там не так важен личностный контакт, а порой даже и не важно доверие, клиент просто должен выполнять задания, которые в конце должны избавят его от проблемы, если он будет относиться к своей работе добросовестно. В долгосрочной терапии на первый план выходят именно общие факторы эффективности психотерапии, то есть контакт, доверие, эмпатия и принятие. Все эти факторы не направляют изменения, а скорее создают условия для них.

– **Структура/Следование.** В краткосрочной терапии обычно ведущую роль занимает психотерапевт, он объясняет, структурирует и направляет клиента. При этом четко определяются рамки и сроки самой терапии. В долгосрочной терапии терапевт чаще следует за клиентом и его проявлениями. Задача терапевта отразить эти проявления для того, чтобы клиент их осознал и смог изменить самостоятельно. Рамки же самой терапии часто абстрактны и не определены.

– **Объем проблемного паттерна.** В краткосрочной терапии чаще работают с достаточно очевидной, конкретной и явной проблемой, которая затрагивает определенную область жизни клиента, (например, сюда относятся те же фобии). В долгосрочной терапии все немного иначе. В перспективе мы стремимся развивать личность клиента, однако, в процессе самой терапии это проявляется в изменении достаточно мелких и незаметный паттернов поведения. Например, шизоидный клиент может реагировать на какие-то слова дистанцированием и уходом от контакта с терапевтом. Терапевт должен подметить это и обратить внимание клиента на то, что он может поступить как-то по-другому.

– **Отбор клиентов.** В краткосрочной терапии происходит достаточно жесткий отбор клиентов. И это касается не только гипнотерапии, где отбирают только гипнабельных, но и когнитивно-поведенческой терапии, где отбирают только мотивированных. Это не является минусом, а скорее отражает реалистичность подхода терапевта, который честно признает, что за короткий срок можно помочь человеку только при определенных условиях и особенностях самого человека. В долгосрочную терапию, как правило, берут практически всех, потому что здесь любое качество человека, предполагающее сопротивление, само по себе становится поводом для анализа и проработки. Например, отсутствие внушаемости может отражать глубинное недоверие клиента к миру, а отсутствие мотивации, может предполагать, что симптом отражает копинг-стратегии клиента, с которыми он уже свыкся или от которых получает ту или иную выгоду.

– **Изменение/Принятие.** Краткосрочная терапия сосредоточена на изменении конкретного проблемного паттерна, который заявил клиент. Долгосрочная терапия предполагает осознание и принятие своих паттернов и самого себя, что, в дальнейшем, также приводит к поведенческому изменению, а, еще чаще, к устранению фрустрации.

Это деление достаточно условно, так как, чаще всего, психологи, особенно частные, работают ровно так как их научили работать. И если кто-то обучался в краткосрочной терапии он, скорее всего, будет либо пытаться решить проблему в краткие сроки, что часто невозможно, либо вообще будет отрицать наличие проблемы, в которой нет явного поведенческого компонента.

С другой стороны, многие из тех, кто учился в долгосрочных модальностях типа психоанализа или гештальт-терапии, наоборот, начнут проводить долгосрочную терапию там, где она совсем неуместна, например, где клиент просит убрать обычную фобию. В итоге пока тера-

певт узнает всю историю жизни человека и проработает его личность пройдет уже 60 сеансов, а фобию он так и не уберет.

Это, конечно, неправильный подход. Грамотный психолог должен проявлять гибкость, и подстраиваться под проблему клиента, что сделать вполне реально, так как сейчас существуют, как краткосрочные формы глубинной терапии, так и долгосрочные формы когнитивно-поведенческой психотерапии.

Я также считаю, что и ценовая политика в отношении этих двух видов терапии должна отличаться, потому что долгосрочная терапия все-таки занимает непомерное количество сеансов в то время, как на каждом сеансе разрешаются не столь явные проблемы.

Надо понимать, что хотя большинству людей и хочется решать все проблемы за 1—2 сеанса, именно долгосрочная терапия дает вам намного большие возможности познания личности другого человека.

Медицинская и психологическая модели психотерапии

В теоретическом плане разделяют медицинский и психологический подход к психотерапии, что зовется соответственно медицинской или психологической моделями. И обычно выделяются следующие различия данных подходов.

1. Восприятие проблемы клиента. Медицинская модель направлена на разрешение симптома. Психологическая модель может быть использована и для разрешения симптома и для работы с личностью в целом. Такое разделение происходит, поскольку в медицине основной упор делается на нозологию, синдромологию, клиническую картины расстройств. Врач должен четко понимать диагноз чтобы назначить правильное лечение. К психологу же люди редко обращаются с болезнью, скорее психолог работает на повышение эффективности здоровой личности, на работу со стандартными жизненными проблемами, помогая их легче решать или проживать негативные чувства, связанные с ними, если решение невозможно.

2. Критерии здоровья и болезни. В медицине присутствуют четкие критерии болезни и здоровья, которые описаны в специальных классификациях. В психотерапии таких критериев часто нет, либо их очень сложно измерить объективно. Например, нельзя измерить степень осознанности человека, степень реализации его потребностей и степень его счастья. Поэтому в немедицинской психотерапии основная ориентация идет не на объективные показатели, а на самоотчеты клиента.

3. Временной разрез. В медицинской модели происходит оперативная работа с симптомом, а психологическая модель имеет стратегическую направленность. Например, психиатр может назначить таблетки от депрессии, которые будут подавлять симптом больного пока он их принимает, а психолог будет обучать человека справляться со своей депрессией самостоятельно и даже тогда, когда психолога не будет рядом.

4. Отношение к болезни. Если для врача болезнь – это всегда проблема и враг, которого нужно победить, то для психолога проблема может выступать в том числе и источником ресурсов для роста клиента. При этом психолог понимает, что любая проблема – это часть человеческого существования, также, как и страдание – это неотъемлемая часть жизни, вопрос в восприятии этого страдания и отношения к нему.

5. Источник исцеления. В медицине болезнь считается чем-то чужеродным по отношению к больному, и лечится она также сторонними способами, например, с помощью таблеток или с помощью четких инструкций психотерапевта. В психологии болезнь считается частью личности клиента, которую психолог пытается интегрировать. Основное внимание уделяется переживанию, исследованию проблемы и возможности получить из нее ресурсы для роста.

6. Ориентация внимания. Врач центрирован на болезни, психолог центрирован на человеке. Для психолога важна личность в целом, ее переживания и ее системные взаимоотношения с миром, выражением которых и является заявленный симптом.

7. Взаимоотношения с больным. Для врача больной – это пациент, т.е. к врачу человек приходит вынуждено или по направлению, приходит как к специалисту, который должен с помощью определенных процедур вылечить больного. Для психолога больной – это клиент, который приходит по своей воле для того, чтобы получить те или иные инструменты и рекомендации для решения проблемы, и здесь ответственность за решение проблемы лежит и на психологе и, даже в большей мере, на самом клиенте, так как именно ему предстоит выполнять рекомендации психолога.

8. Методы оздоровления. В медицине это фармакотерапия и универсальные апробированные рекомендации, и методики. В психологической модели техники чаще отходят на второй план, но используются индивидуальный подход к клиенту, личностный контакт и определенным образом построенные взаимоотношения.

Резюмируя, стоит сказать, что такое деление очень условно, и все что здесь сказано про психологическую модель в намного большей мере относится именно к психодинамической или гуманистической долгосрочной терапии. Полно направлений, где даже немедицинские психотерапевты работают примерно также как в медицинской модели. Например, в когнитивно-поведенческой терапии работают именно так, применяя универсальные методики и протоколы для разных запросов и пользуясь в том числе и медицинской классификацией болезней. Также работает и большинство гипнотерапевтов, которые один раз заучили один единственный алгоритм и используют его на всех клиентах, получая стандартный статистический результат.

Оба подхода имеют свои преимущества и недостатки, многое зависит именно от проблем, с которыми обращаются клиенты: некоторые требуют медицинского подхода, а некоторые именно работы психолога. Можно также сказать, что существуют отдельные области, предназначенные для медицины, отдельные для психотерапии и некая пограничная область. Например, с заболеваниями типа шизофрении будет работать только психиатр и никогда не должен работать психолог (имеется в виду именно лечение заболевания, так как психолог все же может помогать психотическим больным в адаптации к социуму), а с жизненными проблемами, типа расстройства из-за расставания будет работать психолог и никогда не должен работать психиатр, однако, такие заболевания как панические атаки часто служат камнем преткновения для специалистов разных областей и вряд ли кто-то сможет правдиво ответить, кто же работает с заболеванием эффективнее.

КТО ТАКОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТ?

Казалось бы, вы все уже знаете ответ на этот вопрос. Точнее, имеете представление о том каким по вашему мнению «должен!» быть психолог. И это, наверно, одна из самых главных проблем в жизни самого психолога – все знают лучше каким он должен быть, чем он сам. Все ожидают от психолога внимания, понимания и то, что он с радостью будет слушать ваши рассказы про семейные проблемы в течении трех часов во внерабочее время. Однако, помимо ваших личных представлений о том, какими должны быть другие люди, существуют и более объективные требования к психологам, которые формировались десятилетиями на основе теории и практики психотерапии.

Этика психолога

При обсуждении психотерапии стоит поговорить и об этике психолога, которой он обязан придерживаться в своей деятельности и, при несоблюдении которой, он мало того, что не должен считаться компетентным так и в целом обязан быть исключен из психологического сообщества. Но почему речь идет о психологическом сообществе?

Дело в том, что все правила, установленные для психотерапевтов, которые выходят за пределы законодательства представляют из себя субъективные пожелания от тех или иных сообществ или организаций. Не существует никакого единого и общего этического кодекса для психотерапевтов, все этические правила, о которых вы слышали, либо выводятся через опыт психотерапевтов, которые пишут классические учебники по психотерапии, либо являются формальным требованием тех или иных психологических ассоциаций. Именно поэтому принадлежность психолога к той или иной ассоциации, так и цениться, ведь она подтверждает, как квалификацию психолога, так и то, что он соблюдает определенные этические рамки.

Чаще, однако, ассоциации (особенно, мелкие) существуют лишь для того, чтобы создать лишний источник дохода для их основателей, так как большая часть их деятельности состоит в том, чтобы требовать ежегодный сбор от участников ничего взамен не предоставляя, кроме возможности повысить свой статус за счет надписи «Состою в сотне психологических ассоциаций». Поэтому, если вы когда-то решите стать членом той или иной ассоциации, убедитесь, что вам это действительно нужно, и что данная ассоциация существует не только на бумаге, но осуществляет реальную деятельность в виде супервизий, аттестаций, проверки повышения квалификации участников, организации научных конференций и т. д.

Все же, несмотря на некоторые принципиальные этические различия в противоположных направлениях (в стиле того, что психоаналитик должен быть максимально холоден и отстранен и не вмешиваться в личную жизнь клиента, а диалектико-поведенческий терапевт может и обняться, и подвезти клиента на машине до кабинета), большая часть основных положений сходится в ряде пунктов.

1. Психолог должен иметь соответствующее образование для тех услуг, которые он обещает оказать, а также он должен постоянно проходить повышение квалификации также, как и любой врач. Этому принципу наверно не соответствует процентов 80% частных психологов, потому что они, как правило, называют себя терапевтами тех или иных направлений, не имея при этом медицинского образования. Многие даже не имеют образования психологического, т.е. не имеют права проводить и психокоррекцию, но так как клиенты обычно дипломов не спрашивают, это ни у кого не вызывает возмущения.

2. Психолог должен применять только апробированные методики, отвечающие современным общенаучным стандартам. С этим пунктом все еще хуже, потому что даже те психологи кто получил образование в основном получали его именно для галочки и для того, чтобы официально вести свою деятельность. Большинство частных психологов в наши дни либо работают по абсолютно непонятно откуда взятым методикам, либо вообще придумывают какие-то свои методы. Все эти методы не проходят никакой научной проверки и апробации, а, следовательно, и вы как клиент мало на что можете рассчитывать.

Удивительно, но это касается и представителей когнитивно-поведенческой терапии. В частности, многие из них предпочитают лечить фобии, работая с мыслями, не занимаясь экспозиционной терапией, хотя именно эта техника и показывает наибольшую эффективность в работе с такими расстройствами². Именно поэтому дополнительным требованием к психологу является постоянное повышение квалификации.

3. Конфиденциальность. Психолог не имеет права разглашать информацию о вас как о своем клиенте третьим лицам, в том числе вашим друзьям и родственникам, Этот принцип может быть нарушен только в случаях возможной угрозы жизни клиента или третьим лицам в соответствии с законодательством. В этом случае информация о клиенте может быть передана родным, этим самым третьим лицам или правоохранительным органам. Также психолог имеет право обсуждать ваш случай в психологическом сообществе, не указывая ваши персональные данные. И, конечно, психолог имеет право разглашать информацию о вас, если вы сами дали на это согласие.

4. Психолог должен отказаться от любых проявлений дискриминации и унижения чести и достоинства клиента. К сожалению, полно психологов особенно среди гипнотерапевтов, кто нетерпимо относится, например, к людям со своеобразными половыми воззрениями, людям иных политических взглядов и религий. Наверняка есть и психологи, которые готовы гнобить своего клиента, потому что считают, что это пойдет ему на пользу. Так вот, даже если вы так считаете, делать этого все равно нельзя.

5. Психолог должен оградить клиента от своих собственных проблем. Это касается как нерешенных психологических проблем, так и вообще жизни психолога в целом, о которой клиенту знать не нужно. Например, клиенту совершенно необязательно знать, что вы опоздали на сеанс, потому что поссорились с женой или устроили драку из-за того, что кто-то обошел вас в очереди.

6. Психолог должен заранее обозначить организационные и денежные рамки отношений. Не должно быть так, что стоимость меняется с каждым сеансом. И не должно происходить какого-либо бартера, в стиле «Я продвину твои социальные сети, а ты мне проведи консультацию». Такой обмен негативно сказывается на психологических отношениях. Подарки же и благодарность клиента возможны только на завершающем этапе консультирования, но никак не в его процессе.

7. Психолог должен прекратить работу с клиентом, если ему стало ясно, что клиент не нуждается больше в его услугах и/или дальнейшая работа не приносит результата, а ее продолжение может нанести вред клиенту. Думаю, здесь не требуется каких-то пояснений. Надо лишь понимать, что огромное число психологов до последнего тянут деньги из своих клиентов под предлогом в стиле «Он еще сопротивляется», «Ему нужно больше времени» и «Мы почти докопались до причины, еще пару лет и он исцелится».

8. Психолог должен стараться всеми силами избегать неформальных отношений с клиентом и тем более отношений сексуальных. По поводу этого принципа вы можете спросить: «А что, если у психолога и клиента возникла пламенная любовь?». А ведь

² Chambless, D.L.; Ollendick, T.H. (2001). «Empirically supported psychological interventions: Controversies and Evidence». *Annual Review of Psychology*. 52 (1): 685—716.

таких случаев было множество в истории, взять хотя бы Карла Юнга с Сабиной Шпильрейн или гипнотизеров, которые постоянно водили с собой «истеричек». Что можно здесь сказать? Во-первых, скорее всего, такая любовь обусловлена переносом как со стороны клиента, так и со стороны терапевта, и как только терапевтические отношения закончатся закончится и сама любовь. А, во-вторых, если вы все-таки влюбились, то вы вполне можете быть со своей суженой или суженым, однако, придется закончить процесс психотерапии и отправить клиента к другому специалисту.

9. **«Не навреди».** Понятно, что психолог должен не только не навредить, но и сделать все возможное, чтобы помочь своему клиенту, исходя из своих знаний, умений и опыта. К сожалению, 90% психологических методов сейчас носят антинаучный характер и вполне могут навредить клиенту, чего только стоят семейные расстановки с их сектантской идеологией и регрессии в прошлые жизни³.

В завершении стоит сказать, что на самом деле в этике психолога не все так просто и часто встречаются спорные вопросы по типу тех, что возникают и в медицине, например, стоит ли держать человека в состоянии комы или все-таки провести эвтаназию.

Вот курьезный пример. Был один психотерапевт, который считал, что для того, чтобы вылечить пациенток ему было необходимо удовлетворить их фрустрированные сексуальные потребности, проще говоря, заниматься с ними сексом. Получается, что, если он будет это делать, то он будет нарушать принцип интимных отношений, а если не будет, то он и не будет делать все возможное для исцеления. (*Ну а что? Никто же не проверял, может его метод действительно эффективен*).

Это, конечно, шутка и понятно, что человек явно удовлетворял какие-то свои потребности. Но вот, например, другая дилемма: должны ли мы работать с запросом и симптомом клиента или мы должны обращать внимание на причины его проблемы. И тут уже все сложнее... Например, в гипнозе принята точка зрения, что мы работаем исключительно с запросом, и даже если в процессе работы всплывает какой-то иной материал, мы прекращаем работу или отгораживаемся от него. А вот в гештальт-терапии никто на ваш запрос даже не посмотрит, и терапевт будет исследовать что-то свое и разрешать те конфликты, которые у вас увидел лично он сам. Встает вопрос, кто из этих людей поступает более этически правильно, если оба делают все возможное для решения вашей проблемы?

Качества психолога

Грамотный психолог или психотерапевт должен обладать не только формальными атрибутами, в стиле образования и врачебной должности, но и обладать определенными личностными стремлениями и качествами.

1. **Принятие.** Психолог должен безоценочно относиться к любой позиции, точке зрения или реакциям клиента. И даже если у психолога есть свой взгляд на какие-то вещи он должен оставлять его за пределами рабочего кабинета. Может вам не нравятся ленивые клиенты и нытики? Может вам не нравятся бывшие преступники? Может вам не нравятся люди, которые придерживаются иных политических взглядов и взглядов на сексуальную ориентацию чем вы? Может тогда вам просто не стоит быть психологом? К вашей радости, это требование имеет свое ограничение, и вы все же имеете право не любить кого угодно будучи психологом. Все что вам нужно делать в таком случае – это отказывать подобным клиентам в работе.

2. **Целеполагание.** Психолог должен пытаться реализовать именно цели клиента, а не свои собственные. А ведь это очень частая ситуация. Например, к психоаналитику клиент приходит с проблемой фобии, но терапевт видит внутренний конфликт, который за ней стоит и считает, что прежде необходимо разрешить именно его, о чем клиент совсем не просил. Или

³ R.T. Carroll The Skeptic's dictionary. Past life regression

вот к поведенческому терапевту клиент пришел, чтобы поплакать, и чтобы его выслушали, но тот зачем-то настаивает на решении конкретных проблем.

3. Разносторонность. Психолог должен быть открыт к применению различных методов психотерапии, а не упираться только в одно выбранное направление. По крайней мере пока никто не изобрел метода психотерапии, который был бы самым эффективным и подходящим для всех. В то же время, применение тех или иных методов должно быть ограничено традиционной или научной парадигмой. Если вы до этого стремились расформировывать условные рефлексы клиентов, а тут решили, что пора бы и чакры почистить, то будьте аккуратны, чтобы постепенно не сменить полностью сферу своей деятельности.

4. Осознанность и отстраненность. Психолог должен быть отстранён и осознан во время психотерапии. Под отстраненностью имеется в виду именно то, что психолог должен быть способен посмотреть как на собственные процессы, так и на процессы клиента со стороны, не вовлекаясь в них и не поддаваясь переносу. Вы, конечно, можете выбежать в слезах из кабинета, услышав трагическую историю своего клиента, но тогда уже не совсем понятно, кто же на самом деле в этом кабинете психотерапевт.

5. Эмпатичность. Отстранённость совсем не означает, что психолог должен быть черствым и бесчувственным. Психолог должен тонко чувствовать состояние и переживания клиента, но при этом не вовлекаться в них и уж тем более не реагировать на них также как это делают другие люди в жизни клиента. Психолог должен осознать, что чувствует клиент, указать ему на эти чувства и проработать их. Противоположным этому примером часто являются регрессивные гипнотерапевты, которые пропускают мимо слезы клиента в поисках «самой глубокой травмы», а, когда ее находят, радуются, хотя клиент уже давно витает в облаках.

6. Принятие собственных ограничений. Сейчас полно молодых психологов, которые берутся за решение любых проблем. И самый частый пример – это онкологические заболевания, ведь кто-то неожиданно решил, что их можно вылечить с помощью психотерапии. Понятно, что если человек отказывается от традиционного лечения, то все это приводит к печальным последствиям. Но сюда же входят и менее печальные примеры. Ведь вполне может быть, что у психолога, например нет достаточного опыта или квалификации для работы с тем или иным расстройством, но он продолжает работать с человеком, не принося ему никакой пользы.

7. Глубинная ориентация. Это качество состоит в ориентации на личность и проблему клиента в процессе психотерапии. Как пример можно привести ситуацию, когда клиент приходит и вместо обсуждения проблемы начинает вести дружескую беседу с психологом и говорить не по теме. В этом случае психолог должен не поддерживать такое общение, а понять, что за ним кроется и какую проблему оно скрывает. Данное правило касается как глубинных, так и поведенческих психологов, так что, совершенно не важно ищите вы внутренние конфликты или глубинные убеждения, важно работаете ли вы с тем, что действительно значимо для человека, либо с тем, чем он просто прикрывает свои реальные трудности.

8. Гибкость. Так как и сами клиенты и их проявления крайне разнообразны в процессе терапии, психолог должен уметь быстро и гибко среагировать на поведение клиента и найти правильное решение для каждого. Это качество принципиально отличает тех, кто имеет полноценное психотерапевтическое образование от тех, кто прошел обычный двухдневный тренинг и в течении всей своей жизни практикует одну и ту же методику.

9. Сдержанность. Важным качеством клиента является отказ от советов и нравоучений. Даже если вы точно знаете способ решения проблемы, далеко не факт, что именно этот способ подойдет вашему клиенту. Помимо этого, любые советы и нравоучения вызывают реактивное сопротивление и вероятность того, что клиент выполнит такую рекомендацию намного ниже, чем если бы он сам пришел к точно такому же решению. К сожалению, каждый второй

«психолог» сейчас дает прямые советы в стиле «Бросай своего мужа» или «Тебе просто нужно помолиться». Можете сами оценить практичность таких рекомендаций.

10. Чувство границ. Психолог должен уметь поддерживать на оптимальном уровне границы между собой и клиентом. Отношения между психологом и клиентом должны быть достаточно близкими для того, чтобы клиент мог раскрыться, но при этом они не должны переходить в интимную связь или дружбу и не должны выходить за пределы кабинета психолога. При этом стоит избегать двойных отношений, и если вашим клиентом по совместительству является ваша бабушка, ваш юрист или ваш тренер, то рекомендуется отправить его к другому специалисту.

11. Гуманность. Психолог должен придерживаться гуманизма, ставя в приоритет именно личность и жизнь человека. Он должен оказывать заботу и дружелюбное отношение к клиенту, помогая ему реализовать себя и свои потребности.

Наверняка, существует не так много психологов несогласных с этими принципами, однако на практике придерживаться их намного сложнее.

Стили поведения психотерапевта

На сегодняшний день известно, что эффективность психотерапии отчасти зависит и от того насколько личность клиента сочетается с личностью терапевта. Однако, не существует какого-то универсального поведения психотерапевта, так что нам необходимо обсудить каким вообще может быть психолог.

Первая категория поведенческих стилей психотерапевта будет касаться стиля поведения психолога во время психотерапии.

– **Директивный стиль.** Здесь психолог выступает как эксперт, который знает ответы на все вопросы. Соответственно, он дает четкие инструкции и рекомендации по действиям клиента, чаще всего без их обоснования (такие инструкции все же должны отличаться от личностных советов в стиле «Бросай своего мужа!»), как это было описано чуть выше, но касаться, скорее, техник и методов работы с самим собой, а также вариантом избавления от конкретных симптомов). Психолог выступает как авторитет в доминирующей роли, а клиент лишь следует его указаниям. Такой стиль характерен для классических гипнотерапевтов и поведенческих психологов.

– **Рассудительный стиль.** Рассудительный психолог не дает прямых рекомендаций, но старается найти вместе с клиентом способ решения проблемы, например, задавая определенные вопросы, информируя его об определенных фактах, совместно с клиентом анализируя его проблему. Такой психолог предлагает гипотезы, которые клиент может как принять, так и отвергнуть, и тогда будет необходим поиск новых гипотез. Подобный стиль характерен для когнитивных терапевтов и коучей.

– **Эмпатичный стиль.** Эмпатичный психолог концентрируется не на проблеме и не на способах ее решения, а на чувствах и эмоциях клиента, оказывая поддержку в их проживании и ассимиляции. Эмпатичный психолог в целом и сам достаточно эмоционален ведь он на своем примере показывает какие эмоции испытывает клиент и может даже заплакать над его проблемой (но сделать это осознанно, а не просто реагируя на проблему). Такой стиль характерен для гештальт-терапевтов.

– **Рефлексирующий стиль.** Рефлексирующий психолог также сконцентрирован не на самой проблеме, а на отражении различных проявлений клиента, который сам их не замечает, тем самым помогая клиенту в осознании. Например, он может сделать предположение о чувствах клиента, но не моделируя их на себе. Он может указать на мышечные зажимы клиента или на то, что тот сжимает кулаки, когда говорит о своей матери. Такой стиль характерен для аналитической терапии.

– **Попустительский или отсутствующий стиль**. Такой стиль можно выразить фразой одного психоаналитика, которая сказала, что «для психоанализа идеально консультирование по скайпу, потому что пока клиент лежит и рассказывает что-то с закрытыми глазами можно пойти и заняться дома своими делами». При этом стиле психолог принимает минимальное участие во взаимодействии с клиентом, давая ему возможность самостоятельно выплеснуть накопившийся у него материал. Лишь изредка психолог с помощью вопросов стимулирует клиента на дальнейшее выражение. Этот стиль характерен для ортодоксального психоанализа.

Можно также разделить психотерапевтов и по способу принятия решения.

– **Структурирующий психолог** – это тот, кто будет планировать ход сеанса, опираться на знания и осознанный опыт, будет анализировать проблемы клиента и пытаться применить оптимальное решение, исходя из фундаментальных или практических знаний. Он также будет структурировать мысли и чувства, и поведение самого клиента. Это стиль характерен для аналитических и когнитивно-поведенческих терапевтов.

– **Спонтанный психолог** – это тот, кто работает по наитию и по ощущению. Он исходит не из каких-то базовых или теоретических знаний, а из своих собственных откликов на ситуацию. Например, если он почувствует сексуальное возбуждение в процессе терапии, он может указать клиентке на то, что именно ее поведение вызывает такое ощущение, что особенно актуально если клиентка пришла с проблемой насильственных отношений с мужчинами. Такой стиль характерен для гуманистических терапевтов.

Психологов можно поделить и по степени конфронтации в их методах работы.

– **Психологи, ориентированные на поддержку и успокоение**. Такие психологи пытаются снизить накал страстей, успокоить клиента и поддержать его в его проблемах. Чаще они более эмпатичны.

– **Психологи, ориентированные на конфронтацию** ставят человека лицом к лицу с его проблемой, не боятся провоцировать конфликтную ситуацию в процессе терапии для последующего анализа, прямо указывают на невротические проявления клиента.

Наконец психологов можно подразделить по уровню поддержания границ.

– **Близкие границы**. Очевидно, что есть психологи, которые будут стараться сблизить границы, например, входя в искренние и дружеские отношения с клиентом.

– **Далекие границы**. Есть психологи, которые удерживают границы как можно дальше, скорее принимая на себя роль отсутствующего эксперта, первейшее значение придавая не общению и контакту, а техникам и знаниям и поддерживая максимально формальный контакт.

Надо понимать, что нет никаких четких предписаний какой конкретно стиль должен быть самым эффективным, а разным клиентам могут быть нужны абсолютно различные психотерапевты. Именно поэтому один клиент уйдет от вас в восторге, а другой – в полном разочаровании.

Правда все-таки есть данные, что клиенту лучше работать с тем психологом, с которым они сходятся по когнитивному стилю и личному опыту⁴. Однако, эксперименты показывают, что и психолог с прямо противоположным когнитивным стилем может быть эффективен так как позволяет взглянуть на ситуацию совершенно по-новому.

Также можно предположить, что стиль терапевта во многом определяется и его модальностью. Например, когнитивно-поведенческий психолог скорее будет директивным и рассудительным, а гештальт-терапевт – эмпатическим и рефлексивным. Однако, это тоже далеко не всегда так и в одном и том же направлении вы можете встретить психологов абсолютно разных стилей.

⁴ Weiner MF, Crowder JD. Psychotherapy and cognitive style. Am J Psychother. 1986 Jan;40 (1):17—25.

КТО ТАКОЙ КЛИЕНТ?

Раз уж мы обсудили личность психотерапевта, то стоит поговорить и о том, кем является клиент. Данный раздел во многом опирается на субъективное мнение автора, которое, однако, совпадает с мнением большинства психологов.

Типы «неправильных» клиентов

Термин «неправильный» клиент, конечно, звучит страшно для любого гуманистического психолога, а еще страшнее – для самого клиента, который попадает в данную категорию. Однако, понимание того, кому стоит проходить терапию, а кому – нет, является залогом успешности этой самой терапии. Каким бы эффективным не был тот или иной метод, он просто не работает, если клиент не мотивирован и не желает меняться.

Но, прежде чем говорить о «неправильных» клиентах, давайте опишем идеального клиента психолога. Идеальный клиент – это клиент с конкретной и не зависящий от объективных обстоятельств проблемой (то есть проблема должна быть субъективной), мотивированный на ее решение. Это клиент, берущий на себя ответственность и готовый выполнять рекомендации психолога даже если для этого необходимо выйти из зоны комфорта. Это клиент, осознающий свою роль и позицию психолога и готовый доверять психологу как специалисту. И, наконец, это клиент, имеющий ресурсы для решения проблемы.

Также в разных направлениях могут быть и дополнительные критерии для идеального клиента. Например, в гипнотерапии клиент должен быть внушаемым и гипнабельным. В гештальт-терапии желательно, чтобы клиент был эмоциональным. А в клиент-центрированной терапии клиент не должен быть отстраненным и осознанным, иначе терапия по осознанию вряд ли окажет на него столь сильный эффект.

Но это идеальные клиенты, но что по поводу большинства клиентов, которые и приходят на психотерапию? Давайте разберем их типы и основные дезадаптивные мотивы похода на психотерапии, которые приведут не к решению проблемы, а лишь к большей фрустрации.

1. Любознательный клиент. Любознательный – это клиент, который приходит на терапию исключительно из интереса к ней. Ему хочется попробовать какой-нибудь интересный вид гипноза или новый способ лечения, а чтобы совместить приятное с полезным он еще и заявляет какую-нибудь проблему. Сюда же можно отнести клиентов, которые именно интересуются психотерапией и хотят обучиться ей вот таким вот образом, придя на сеанс. К чему это все приводит? Это приводит к тому, что человек сконцентрируется на процессе психотерапии, а не на решении задачи. Если это студент, то он вместо работы над проблемой будет постоянно рефлексировать те методы и фразы, которые применяет психотерапевт, что сразу же исключает возможность глубокого погружения в терапевтические отношения и состояние. В итоге клиент не решает своей проблемы и разочаровывается в методе.

2. Увлеченный клиент. Такой клиент приходит на терапию не просто ради интереса. Это, как правило, человек, который серьезно увлекается психологией и постоянно проходит всяческие терапии и тренинги. Делает он это, конечно, для того, чтобы создать видимость решения своей проблемы. Так, например поступают люди, которые ходят на бизнес-тренинги и не открывают свой бизнес, но зато рассказывают о том, как они теперь замотивированы. Если же такому человеку указать, на то, что он не решает проблему, он лишь разозлится на психолога и скажет, что тот некомпетентный и не умеет работать с людьми. И, конечно, грамотному терапевту необходимо крайне аккуратно подводить клиента к подобной мысли.

3. Искатели чуда. Это люди, которые откуда-то узнали, что, например гипнозом можно вылечить что угодно или что именно наши мысли формируют реальность. Часто это клиенты с серьезными болезнями, которые верят, что психотерапия – это последняя надежда. Это могут

быть инвалиды, которые не смогли примириться со своей судьбой и хотят, чтобы с помощью терапии им срастили перебитый позвоночник. Это могут быть люди недовольные своей внешностью и желающие, чтобы с помощью того же гипноза им отрастили какой-нибудь орган или заживили шрам. Это могут быть и психотические больные или люди в отчаянном жизненном положении, которые также верят, что психотерапия им поможет. К сожалению, ни в одном из этих случаев помощь психолога не будет полезна, и, если сказать об этом клиенту, он опять же усомнится в вашей компетентности. Ведь такие клиенты, в отличие от предыдущих, действительно мотивированы решить свою проблему, причем настолько, что неспособны принять реальность. Грамотный же психолог постарается поработать с подобным принятием реальности и принятием клиентом самого себя.

4. Нытики. Да, в некоторых классификациях их называют «жалобщиками», но в данной книге принято называть вещи своими именами. Это люди, от которых уже устали все их родственники, друзья и соседи по квартире. И это те люди, которые искренне верят, что психолог – это человек, который должен часами выслушивать их жалобы. Это также те люди, которые считают, что психолог – это своего рода друг и родственная душа, поэтому они часто склонны нарушать границы психолога и, например, звонить ему между консультациями, а затем негодовать что психолог просит перенести разговор на следующий сеанс. При этом психолог, по их мнению, всегда должен быть на их стороне и никогда не тыкать их лицом в их же проблему. Такие клиенты не хотят решать свои проблемы, они хотят, чтобы их кто-то слушал часами. Они верят, что именно от этого им станет легче, но не имеют ни сил, ни желания реально изменить свою жизнь. Как остроумно заметил один автор «таких клиентов лучше отправлять к психоаналитикам, потому что они готовы плакать годами, а психоаналитики готовы годами выслушивать и брать за это деньги».

5. «Уникальные». Это люди, на которых никакая терапия не работает, которые обошли уже сотню терапевтов и ни у кого ничего не получилось, но вот «конкретно у вас наверняка получится». Именно это они вам и скажут при обращении, что конечно же польстит вашему самолюбию, однако, вскоре вы и сами окажетесь среди тех психологов, которые оказались бесполезны. Такие клиенты имеют иные мотивы нежели решение проблемы, например, привлечь к себе внимание и показать свою уникальность. Иногда они таким образом решают базовый конфликт с родителями, через терапевта показывая своим маме или папе, свое негодование их отношением. Такой человек не будет делать ни домашние задания, ни погружаться в соответствующие техники, затем заявив, что ваша терапия просто бесполезна.

6. Зависимые клиенты. Это клиенты привыкшие с помощью терапии снимать свой временный стресс. То есть это люди, которые при возникновении любой реальной проблемы или при накоплении таких проблем, приходят на терапию чтобы поплакаться или пообниматься. Такую ситуацию можно часто видеть на семейных расстановках, где у людей происходит выплеск эмоций, и чисто физиологические механизмы приводят их к успокоению. Правда затем клиент снова приходит домой, где никого нет, в какой-то момент снова накапливает одиночество, и снова он идет на терапию чтобы найти там поддержку и общение. И, конечно, он скорее будет разрешать родовые травмы, чем попытается найти себе реального партнера.

Можно выделить и иные дезадаптивные типы клиентов, например, клиенты которых кто-то силком притащил на консультацию; клиенты, которые просто покупают внимание и заботу за деньги или клиенты, которые занимаются дефлексией т.е. всю терапию говорят без умолку и не по делу.

Понятно, что есть и смешанные типы, и даже «хороший» клиент может включать в себя и мотивы, описанные выше. И, конечно, какой бы опытный психолог не был, часто с этими типами просто бесполезно работать, потому что они не собираются ничего менять в своей жизни. Правда иногда психологу все-таки удастся пробиться через подобные неадекватные

проявления и добраться до сути проблемы, и в таких случаях человек все-таки может поменяться.

С каким запросами работает психолог?

С проблемами, с которыми обращаются к психотерапевту все достаточно просто и все они описаны в МКБ-10. Первый тип запросов – это все расстройства невротического спектра.

– Сюда относится весь спектр **тревожно-фобических расстройств**, т.е. это страхи, фобии, панические атаки, обсессивно-компульсивное расстройство и само тревожное расстройство. В принципе со всеми этими типами расстройств психотерапия справляется достаточно эффективно и в большинстве случаев нет необходимости заменять психотерапию на лекарства. Сложность может представлять только тревожное расстройство, так как часто тревожность – это просто свойство данного типа личности, и его изменить вряд ли получится, можно лишь снизить чувствительность к отдельным ситуациям, провоцирующим тревогу. С остальными расстройствами грамотный психолог будет работать с помощью экспозиционной терапии, которая доказала свою эффективность в лечении подобных заболеваний.

– **Расстройства, связанные с реакцией на стресс или травму**, здесь в первую очередь стоит упомянуть посттравматическое стрессовое расстройство. При этом расстройстве человек попадает в травмирующую ситуацию, что нарушает способ его адаптации к миру. Клиента начинают преследовать травматические воспоминания, флешбеки и автоматические реакции. Психолог может помочь справиться с таким расстройством, за счет поддерживающей терапии и помощи в интеграции травматического материала и ассимиляции опыта⁵.

– **Диссоциативные, конверсионные и психосоматические расстройства**. Диссоциативное расстройство – это потеря контроля над физической функцией, которая в обычном состоянии управляется нормально. Например, это случай психогенной слепоты, когда женщина не хочет видеть того кошмара, который творится у нее в семье. Психосоматические расстройства – это соматические расстройства, обусловленные прямым влиянием психики. И таких расстройств достаточно много, например, кашель, диарея, различные боли, зуд, дисменорея, психосоматические аллергии, повышенное потоотделение и другие. Однако, если вы уже собрались бежать со своей диареей к психологу, не спешите, возможно у вас просто дисбактериоз.

– К психотерапевту иногда обращаются с **бессонницей и кошмарами**, правда это стоит делать только если врач не нашел физиологических причин для расстройства сна.

– Также к психотерапевту обращаются с **психогенными психотическими расстройствами**, например, психогенной депрессией или психогенной шизофренией, когда симптомы депрессии или шизофрении вызваны каким-то травматическим событием. Хотя здесь все очень спорно и всегда в таких случаях необходимо обследование врача.

– К психотерапевту можно обратиться с **зависимостями**, но и здесь не так все просто и чем серьезнее зависимость, тем больше специалистов необходимо привлекать. Например, психолог может помочь вам справиться с любовной или игровой зависимостью, но с наркотической или алкогольной он уже вряд ли справится без помещения вас в клинику.

– Также психотерапевт может работать с **пищевыми расстройствами**, типа анорексии и булимии, но и в этих случаях иногда необходимо врачебное вмешательство.

– Психолог-сексолог может помочь клиенту при **половых расстройствах** и половой дисфункции не обусловленных органическими нарушениями.

– Наконец, психотерапевт в принципе может работать с **расстройствами личности**, хотя и не очень эффективно.

⁵ McLean CP, Levy HC, Miller ML, Tolin DF. Exposure therapy for PTSD: A meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2022 Feb;91:102115.

Выше речь шла о медицинской психотерапии, но существует и огромное количество запросов к немедицинскому психотерапевту.

1. В первую очередь имеются в виду **дезадаптивные эмоциональные и поведенческие реакции**. Сюда относятся ситуации, когда вы безосновательно испытываете вину, обиду, агрессию. Например, начинаете кричать на людей если речь заходит о том, что вы еще не за мужем или не женаты. Сюда же стоит отнести различные виды самоповреждения.

2. К психологу обращаются с **социальными проблемами**. Это проблемы коммуникации с другими людьми, уверенности в себе, проблема низкой самооценки, неумение отстоять себя, неумение познакомиться с противоположным полом.

3. К психологу можно обратиться с целью **оптимизации собственной деятельности**, правда такой работой занимаются именно психологи и реже психотерапевты. Например, вас не устраивает, что вы постоянно устаете или выбрали неправильный режим работы отдыха. Психолог может научить вас справляться со стрессом и обучить навыкам саморегуляции, а также оптимизировать вашу среду.

4. К психологу обращаются с **семейными проблемами**. Это и отношения с родителями, и с близким человеком, и с детьми. В этом случае психолог помогает гармонизировать отношения и преодолеть различные семейные кризисы.

5. Далее идут **экзистенциальные проблемы**, которые выражаются в потере смысла жизни; ощущении пустоты и того, что за все годы ничего не было достигнуто; ощущение того, что всю жизнь шел не туда.

6. Психолог помогает и прожить процесс горевания при **потери близкого человека**. А в случае, когда горевание дезадаптивно, т.е. оно длится больше года, психолог просто необходим человеку. В принципе сюда же можно добавить любые стрессовые периоды в жизни человека, с которыми ему самому тяжело справиться.

7. Может быть и запрос в стиле **самопознания**. Вряд ли можно объективно объяснить зачем некоторым людям это нужно, но в целом вы действительно можете обратиться к терапевту с целью познания себя и своего внутреннего мира. Терапия поможет вам повысить вашу осознанность и разобраться в причинах своего поведения.

8. К психологу часто обращаются за **бизнес-консультированием**. Например, психолог может научить предотвращать конфликты на работе, организовывать корпоративную культуру и взаимодействовать с клиентами.

С какими запросами психолог не работает

Раз мы уже рассмотрели с какими запросами работает психолог, то стоит обсудить и то, кому психолог должен отказать. Правда, нижеприведенные пункты имеют достаточно много исключений, в зависимости от специализации и квалификации психотерапевта.

1. Психолог не работает с **психотическими и неврологическими заболеваниями**. То есть психолог не поможет вам с эпилепсией или шизофренией и такими симптомами, как галлюцинации, амнезии, фуги, автоматизмы. Все же с психотическими больными психолог может работать, но только в сотрудничестве с врачом и не с целью исцелить больного, но с целью помочь его социальной адаптации.

2. Психолог не работает с **запросами о третьих лицах**. Например, психолог не может ничего сделать с вами таким образом, чтобы ваш сын перестал быть наркоманом. Тоже самое и с вашей мамой, которая постоянно ворчит на вас. Психолог не воздействует на третьих лиц удаленно не наводит привороты и порчи. Единственный случай, когда психолог хоть как-то может повлиять на третьих лиц это помочь вам решить вашу проблему, которая проявлялась ранее в коммуникации с другими людьми, например с вашей семьей.

3. Психолог ничего не сможет сделать с **проблемами вызванными объективными причинами**. Например, если вы устаете считая, что причина в травмах детства, а на самом

деле у вас просто тусклая люстра в комнате, и вы утомляетесь из-за низкой освещенности, здесь поможет только электрик, а не психолог. То же самое касается большинства денежных запросов, ведь сейчас развелось огромное количество паразитирующих коучей, у которых полно отзывов о том, как у клиента в двадцать раз вырос его доход. Только дело здесь не в коучах а в том, что они изначально берут успешных клиентов, которые в принципе склонны увеличивать свой доход. Реально же психолог никак не может повлиять на ваши доходы; повысить вашу производительность сверх ваших физических и эмоциональных сил; сделать из вас двухметрового баскетболиста; писателя в стиле Пушкина или помочь вам выплатить десять кредитов и ипотеку. Единственное чем может помочь психолог в таких случаях это убрать определенные барьеры. Например, многие люди боятся требовать с клиента деньги или завышать стоимость своих услуг, и здесь психолог может помочь с устранением страха, но это не значит, что к вам сразу придёт сотня новых клиентов.

4. Как ни странно, психолог не будет работать с проблемой в стиле **«измените меня»**. Проще говоря, психолог не сможет сделать из интроверта экстраверта, а из тревожного человека – гипертимного, просто потому что это невозможно и это врожденные свойства личности. Однако, в таких случаях работа с психологом все-таки возможна, но целью здесь будет скорее принятие себя и адаптация к реальности на основе заданных свойств личности.

5. Психолог не будет работать ни с какой проблемой, если на ее решение **клиент не мотивирован и не берет на себя ответственность** за ее решение.

6. Психолог не должен работать и с **надуманной проблемой и естественными человеческими реакциями**. Например, к вам приходят два клиента, один говорит, что у него страх выступлений и как только он выходит на сцену он начинает заикаться и не может произнести ни слова. Второй заявляет, что у него страх выступлений, и он в общем то немного потеет перед выступлением. Очевидно, что у второго человека нет никаких проблем: все люди волнуются перед выступлениями, так же, как и волнуются перед соревнованиями, особенно, если человек не делает этого каждый день. Проблема должна быть значимой для человека и являться препятствием для осуществления какой-то деятельности. Правда, надо сказать, что психолог все-таки может помочь изменить именно отношение к проблеме и помочь понять, что эта самая проблема, собственно, проблемой и не является.

7. Психолог не должен работать с **абстрактной проблемой**. Например, человек заявляет, что его отношения с миром ухудшились и просит помочь. Однако, когда вы его спрашиваете, что конкретно ухудшилось он выдает еще сотню схожих абстрактных нагромождений.

8. Психолог не работает с **соматическими заболеваниями**, типа онкологии, и любой, кто скажет, что это не так, является шарлатаном и потенциальным убийцей, по крайней мере пока возможность лечения рака с помощью психологии не доказана научно.

9. Психолог не работает с **неоформленной проблемой** или когда человек пришел просто ради интереса.

Например, меня один раз попросили провести гипноз, обуславливания это желанием почистить организм. Я предложил человеку вместо этого использовать клизму.

Стоит сказать, что полно психологов, которые берут людей со всеми запросами, которые описаны выше, опять же из желания денег или исходя из своего сверхоптимизма и самоуверенности. В любом случае они таким образом нарушают этику, так как берут либо заведомо нерешаемые проблемы, либо те проблемы, где нет никакого способа изменить результат.

Конечно, когда кому-то перечисляешь данный список в обыденной жизни, сразу следует вопрос: «Такое ощущение, что психолог ни с чем и не работает, кроме того, что человек и сам может решить». Что тут ответить? Да, это именно так!

КАК РАБОТАЕТ ПСИХОТЕРАПИЯ?

Обсуждая психотерапию, конечно, нельзя пропустить тему ее целительных механизмов. И, действительно, как работает психотерапия, и работает ли она вообще? А, если да, то каким образом мы получаем целительный эффект?

Целительные механизмы индивидуальной психотерапии

Психотерапия работает через ряд целительных механизмов, которые изначально заложены в нашей психике, причем иногда эти механизмы используются целенаправленно за счет связанных с ними техник, но часто они могут выступать и просто сопутствующим следствием любой психотерапии. Так давайте обсудим эти механизмы.

1. Осознание. Одним из основных механизмов целительного воздействия психотерапии является осознание. Большинство наших проблемных или невротических реакций обусловлены их неосознанностью или диссоциацией. Например, мы неожиданно злимся на свою вторую половинку, не понимая, что наша реакция обусловлена тем, что когда-то похожие слова задевали нас в прошлом. Мы впадаем в панические атаки, не осознавая тот механизм, за счет которого мы сами усиливаем свой страх. Мы занимаемся не тем, чем хотели, бы не осознавая своих истинных потребностей и желаний. Мы теряем свою продуктивность, не осознавая лишних и ненужных действий, которые мы совершаем.

Такая бессознательность обусловлена диссоциацией или вытеснением определенных элементов из нашего сознания. Например, вытеснением детских травм или собственных чувств в виду тех или иных внутренних запретов. Осознание помогает вновь ассоциировать эти элементы в сознание и получить контроль над своими реакциями. Для этого терапевт постоянно направляет внимание клиента на его внутренние процессы, а также на те реакции, которые сам клиент не замечает. Однако существуют и отдельные техники, направленные на осознание или воспоминание того или иного вытесненного опыта.

2. Катарсис. Второй целительный механизм связан с отреагированием эмоций и борьбой со стрессом. Мы постоянно подавляем свой стресс и напряжение и не даем себе открыто выражать эмоции. Это все приводит к ухудшению нашего состояния, внутренним конфликтам, а также психосоматическим заболеваниям. Однако, процесс психотерапии подразумевает возможность отреагирования подавленных чувств. Во-первых, терапевт обеспечивает полное принятие и толерантность к мнению клиента, что позволяет последнему свободно высказывать свои мысли и выражать свои чувства. Во-вторых, многие техники психотерапии целенаправленно используются для отреагирования тех или иных чувств. Это и техники отреагирования в гештальте, и техники катарсиса и драматизации в гипнотерапии и эмоционально-образные техники.

3. Мотивационные механизмы. Используется и достаточно много мотивационных механизмов в психотерапии. Например, сам факт оплаты денег за сеанс и трата на него времени заставляет человека сильнее стремиться достичь результата, на что он был бы не так мотивирован в отсутствии психотерапии. Постоянные вера и поддержка психотерапевта, также внушают пациенту надежду на выздоровление. А выполнение усложняющихся заданий и проверка результатов, влекут за собой позитивное подкрепление, которое мотивирует человека на дальнейшие изменения. Наконец, прохождение терапии дарит человеку веру в то, что все будет хорошо и у него получится избавиться от его проблемы. Уже само наличие позитивного настроения часто позволяет свершиться определенным изменениям в жизни человека, в том числе и в его гормональном фоне, что может привести и к улучшению физического состояния. Ощущение надежды сопровождает весь процесс терапии, однако в некоторых случаях терапевт

может использовать его намерено, например, когда речь идет о плацебо терапии, суггестивной терапии и гипнозе.

4. Научение. Ну а теперь мы перейдем к наибольшей группе механизмов целебного действия психотерапии – это механизмы научения.

– **Классическое обуславливание**, когда условный рефлекс создается путем объединения условного и безусловного стимулов, примерно также как с собакой Павлова, которая выпускала слюну при звонке или вспышке света. Это научение позволяет человеку изменить свое отношение к той или иной проблеме как за счет отдельных техник, так и за счет определенного отношения психотерапевта. Например, при технике классической десенсибилизации, человек должен сохранять спокойствие при представлении пугающего стимула пока в какой-то момент страх не исчезнет. Или в некоторых техниках эриксоновского гипноза применяется ассоциация приятного состояния с проблемой. Однако, даже само спокойное отношение терапевта к тем вещам, которые рассказывает клиент, уже заставляют и самого клиента успокаиваться.

– **Научение путем подкрепления.** Подкрепление в терапии используется в очень широком спектре действий. В частности, имеет значение научение путем проб и ошибок, когда у человека появляется возможность попробовать в безопасной обстановке новое поведение, которое либо принесёт положительный результат, либо нет. Терапевт также дает подкрепление клиенту за счет поощрения тех или иных его действий и результатов. Иногда, правда, терапевты используют подкрепление и неправильным образом, постепенно, за счет подкреплений, наводя клиента именно на ту идею, которую они хотят передать, например, подкрепляя любую информацию, которая относится к детскому конфликту, в котором по мнению терапевта и лежит причина проблемы.

– **Научение путем моделирования или имитации**, когда клиенту дается возможность скопировать какую-то эффективную модель поведения. Часто такой моделью служит сам психотерапевт. Именно поэтому такое внимание при обучении психологов отдается их собственной проработке. Но иногда моделирование используется совсем иным образом. Например, рассказ метафор в эриксоновской терапии также подразумевает моделирование клиентом тех или иных героев историй, ситуаций или действий. В спортивном гипнозе применяются идеомоторные тренировки, где моделируются те или иные спортивные действия. Обычное внушение также относится именно к сфере когнитивного моделирования, когда клиент, например моделирует в своей психике идею того, что его рука находится в каталепсии, и в итоге его рука действительно замирает.

– **Вербальное научение**, которое осуществляется путем информирования и убеждения. В процессе психотерапии, психолог может рассказать клиенту что-то новое, и дать ему недостающие знания. Например, психолог может указать на то, что паническая атака – это не какая-то болезненная реакция тела, а обычный страх.

Когда я работал с девушкой с фобией эскалатора, она думала, что под лентой эскалатора ничего нет и там какая-то пропасть. Я предложил ей узнать так ли это, и оказалось, что там обычная лестница, так что ничего такого уж страшного в том, чтобы на нее упасть нет.

– **Инсайт.** Инсайт – это мгновенное переосмысление проблемы, или, проще говоря, озарение. Инсайт сопровождает все виды психотерапии и на всех ее этапах, так как является именно внутренним процессом клиента, который обычно напрямую не выводим из отдельных техник. Например, клиент может испытать инсайт в процессе регрессивной гипнотерапии, когда осознает, что его проблема связана с неодобрением его мамы в детстве. Но клиент может и осознать что-то в процессе поведенческой экспозиционной психотерапии. Например, при-

ближаясь к пугающему стимулу он может неожиданно понять, что ничего, собственно говоря, страшного в нем и нет.

И как вы могли понять, все эти механизмы в психотерапии используются как целенаправленно, так часто могут являться и ее побочным эффектом, оставляя для психотерапии лишь роль своеобразного катализатора. Именно поэтому у клиентов могут случаться какие-то изменения и инсайты даже не на самих сеансах, а в промежутках между ними.

Механизмы действия групповой психотерапии

В целом психологические механизмы действия групповой психотерапии ничем не отличаются от таковых в психотерапии индивидуальной. Однако, в чем есть отличия, так это в способах актуализации действия данных механизмов и о них мы с вами и поговорим.

1. Конфронтация (когнитивная сфера). Конфронтация по мнению большинства специалистов является наиболее важным фактором групповой психотерапии. Конфронтация – это встреча клиента лицом к лицу со своими проблемами, установками, поведением и отношениями.

В групповой психотерапии конфронтация осуществляется за счет обратной связи от психотерапевта, который может наблюдать поведение клиента непосредственно в группе, а также от самих членов группы. Хотя некоторые специалисты считают, что вполне можно сочетать обратную связь и интерпретацию, все же две этих техники имеют принципиальное отличие, ведь обратная связь обращается не напрямую к личности клиента, а к внешним проявлениям человека и к откликам на это поведение других людей. Например, интерпретация может выглядеть так: «Ты делаешь это потому, что ты до сих пор таишь обиду на маму», а обратная связь чаще предполагает, что мы обращаемся не к самому клиенту, а к другому человеку, на кого направлены его действия. Этот человек может, например, сказать: «Когда ты делаешь это, я чувствую обиду». В последнем случае клиент может понять, что его действия так или иначе могут вызывать обиду в другом человеке и скорректировать их.

2. Эмоциональное отреагирование. Эмоциональная коррекция в группе также имеет свою специфику в ряде направлений. Во-первых, человек получает в группе эмоциональную поддержку, а также ощущает эмоциональное единение с другими людьми. Именно в группе человек может впервые осознать, что ни он один столкнулся со своей проблемой и что его проблема в принципе вполне обычна. Это позволяет клиенту избавиться от чувства что он не такой как все, неудачник, в следствии чего, улучшается его самооценка, а также устраняется внутренний конфликт, при котором он запрещал себе открыто выражать свои чувства по поводу проблемы.

Второй пункт здесь это отреагирование в классическом его понимании. В процессе групповой терапии у клиента появляется возможность воспроизвести ситуации из своей жизни и из своего опыта и может быть высказать другому человеку то, чего он никогда не позволял себе высказывать в реальной жизни.

3. Научение (Поведение). Огромную роль играют и процессы научения, для которых групповая психотерапия дает определенное преимущество. В групповой психотерапии вы отработываете и пробуете какое-то новое поведение не только с терапевтом, который так или иначе имеет ограниченный спектр реакций, а порой и готов вам подыгрывать, но вы также работаете и с такими же реальными людьми, как и вы, которые будут выдавать примерно те же реакции, что и другие люди в вашей жизни. Это позволяет менять и корректировать поведение в практически реальной ситуации общения.

4. Мотивация. Групповая поддержка и ответственность перед группой за выполнение тех или иных заданий позволяет поддерживать высокий уровень мотивации. Человек понимает, что ему есть куда прийти если в жизни наступило отчаяние. И в то же время он берет

на себя обязательство перед другими людьми в группе за то, что он сможет победить свою проблему, что является крайне мотивирующим фактором.

Если же суммировать вышесказанное, то основное преимущество групповой психотерапии состоит в воссоздании условий обычной жизни человека в экспериментальной среде, где клиент может осознавать себя, получать поддержку и корректировать свое поведение в безопасных условиях и под присмотром психотерапевта.

НАПРАВЛЕНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ

На сегодняшний день насчитывается более 600 методов психотерапии, однако, все эти виды можно объединить всего в несколько категорий.

В большей части литературы все методы укладываются либо в три (психодинамическое, гуманистическое, поведенческое), либо в четыре (психодинамическое, гуманистическое, поведенческое, трансцендентальное) направления, в зависимости от целей, взглядов на происхождение болезни, теоретической ориентации, роли терапевта и многих других факторов. Однако, на сегодняшний день данную классификацию вряд ли можно считать полностью удовлетворительной, так как она уже не способна описать всего многообразия направлений и является настолько диффузной, что в одном и том же течении вполне могут оказаться совершенно противоположные по содержанию методы. Поэтому здесь предлагается более современная классификация со своими подразделами.

Психодинамическое направление

Его основное отличие от других направлений строится на утверждении причинно-следственной связи травм прошлого с текущими проблемами и симптомами человека, и на полной концентрации на поиске таких взаимосвязей (работа в соответствии с принципом «там и тогда»).

К психодинамическому направлению прежде всего относят психоанализ и различные его ответвления.

В этом направлении постулируется положение о внутренней энергии желаний, которая предопределяет жизнедеятельность человека.

Страдания человека обусловлены бессознательными конфликтами между желаниями и запретами, которые и выражаются в симптоме. Например, запрет на инцестуозные отношения с матерью в какой-то момент заставит человека зафиксировать свое либидо на ином объекте, например на какой-нибудь девушке (и это будет считаться нормальным развитием в ортодоксальном психоанализе), но если изначально этот конфликт разрешен неправильно, то молодой человек может фиксировать свое либидо на других мужчинах или на каком-то особом способе сексуального удовлетворения в стиле фетиша, садизма или мазохизма.

При этом данное направление базируется на философии детерминизма, который предполагает, что все наши текущие реакции являются результатом и прямым следствием нашего прошлого.

Отсюда вытекает две идеи. Во-первых, это причинно-следственная связь между прошлым и настоящим, которую можно четко обозначить. Например, при фиксации человека на анальной стадии развития, у него формируется так называемый анальный характер. Во-вторых, только психоаналитик знает об этой причинно-следственной связи и способен проанализировать ее. Таким образом, именно он выступает экспертом и главным лицом в процессе психотерапии. В-третьих, причинно-следственные связи динамичны, т.е. причина совершенно неочевидно может приводить к следствию (например, запрет на выражение гнева, связанный с сексуальным насилием в детстве может приводить к паническим атакам здесь и сейчас).

Основным методом и целью психотерапии в данном случае становится осознание. Предполагается, что при осознании своего внутреннего конфликта, человек избавляется от фиксации и получает возможность направлять свою энергию в нужное русло.

Поведенческое направление

Основное отличие данного направления состоит в фокусировке на симптоме, который терапевт старается разрешить здесь и сейчас, а не на личности субъекта, т.е. он игнорирует

прошлое пациента и его скрытые мотивы. При этом разрешение симптома производится с помощью достаточно формализованных методик и протоколов.

К поведенческому направлению относят поведенческую, когнитивную, суггестивную терапии, а также кодирование и некоторые другие школы.

Это направление полностью базируется на наработках поведенческой и отчасти когнитивной психологии и, в том числе, вбирает в себя ее методологию. Именно поэтому здесь никто не говорит о каких-то скрытых внутренних процессах и конфликтах, вместо этого любая проблема базируется на очевидном научении. Проще говоря, если у человека появилась фобия собак, то это связывается не с вытеснением либидо, а с тем, что его в детстве однажды покусала собака, и у него сформировался условный рефлекс. Однако, поведенческому терапевту в принципе и нет нужды в том, чтобы это знать, так как переучить индивида можно и без оглядки на его прошлое если подобрать правильное подкрепление. Никаких скрытых процессов или причин поведения такие терапевты, как правило, не хотят видеть.

Таким образом это направление также опирается на идею детерминизма, ведь наши реакция предопределяются внешними стимулами, а также нашим предыдущим научением (или же нашей интерпретацией событий, если мы говорим про когнитивную терапию).

Отсюда и цель лечения – это избавление человека от симптома, а методом лечения выступает простое переучивание, будь то научения путем изменения поведения или когниций.

Терапевт выступает как эксперт, но не эксперт по внутреннему состоянию клиента, а эксперт по методикам научения. Именно он знает как правильно и как быстрее избавиться от симптома.

Системные направления психотерапии

Данное течение выделяется только в этой книге, и вы вряд ли найдете его описание где-то еще, однако, существует несколько методов, которые так или иначе попадают в эту категорию.

Системное направление во многом напоминает когнитивно-поведенческое, однако, его основное отличие состоит в том, что оно видит причину проблемы не в отдельном человеке, а в той системе, в которой он находится, будь то социальная система или же система самоподдерживающихся связей (порочных кругов).

К этому направлению можно отнести семейную терапию, транзактный анализ и ряд интерперсональных методов психотерапии.

Основная идея базируется на концепции порочного круга и самоподкрепляющегося поведения. Ее суть состоит в том, что симптом, как правило, образуется как продукт системных взаимосвязей (обычно между людьми). Например, воровство ребенка можно объяснить повторяющейся последовательностью событий: родители ссорятся и разъезжаются – ребенок ворует – родителям приходится вместе ехать за ребенком, и таким образом они снова объединяются. Или, например: человек хочет бросить курить, потому что считает, что это будет полезно для здоровья – он пытается бросить, но большая часть его окружения курит, а у него пропадает причина для общения с другими людьми – в итоге он снова начинает курить, потому что хочет сохранить социальный статус, забывая про здоровье. Как вы поняли, здесь часто идет речь о вторичных выгодах, социальных играх и сценариях, которые повторяются из раза в раз, потому что человек получает неявные подкрепления.

Основная цель работы здесь – это разорвать порочный круг подкрепления, что во многом делается за счет устранения процесса избегания (например, за счет техник парадоксальной интенции и парадоксальных предписаний).

Терапевт играет достаточно директивную роль, назначая прямые рекомендации, но в тоже время, помогая клиентам осознать, скрытые от них процессы путем отражения.

Экзистенциально-гуманистическое направление

Главная особенность данного направления – это ориентация на встречу с собственными чувствами и их проживание и работу в соответствии с принципом «здесь и сейчас».

В отличие от предыдущих, гуманистическое направление базируется на идеях гуманистической и экзистенциальной философии, а также на концепции феноменологии. Феноменология отрицает четкий детерминизм, ведь человек – это система, которая в каждой новой ситуации представляет из себя новый феномен и организуется под влиянием различных факторов, а гуманистический психолог ставит во главу угла личность и свободу воли человека, а также реализацию его потребностей.

Соответственно, проблема появляется тогда, когда на пути реализации потребностей человека встает какое-то препятствие. Таким препятствием является диссоциация, т.е. невозможность осознать себя и вытеснение различных частей собственного опыта. Например, так мужчина может вытеснять свою обиду по отношению к маме, потому что считает, что «на нее нельзя обижаться», а девушка может вытеснять свое сексуальное желание, потому что так ее воспитывали религиозные родители. В итоге первый не способен реализовать свою потребность в прощении, а вторая – не способна построить хорошие сексуальные отношения. Однако, все эти потребности никуда не исчезают и начинают выражаться в чем-то ином. У мужчины начинается «скакать» давление, а у девушки возникают нервные тики, потому что именно такой выход находят себе их потребности.

Отсюда цель психотерапевта – это самореализация клиента и реализация его потребностей, а основной способ для этого – это осознание и проживание. Именно поэтому в гуманистических направлениях терапевт часто занимает пассивную роль, лишь создавая клиенту условия для самораскрытия и помогая ему осознавать процесс, в котором он находится.

В психоанализе воспоминания – это скорее какие-то фиксированные события в прошлом, которые однозначно следуют из симптома человека и которые необходимо целенаправленно вспомнить в процессе психотерапии. В гуманистической же терапии, также как и в психоанализе, могут работать с воспоминаниями, но обычно эти воспоминания всплывают как «феномен», как то, что есть «здесь и сейчас» и как то, что прерывает контакт человека с самим собой и с реальностью.

Гуманистическое направление в чистом виде характеризуется своей непредвзятостью и безоценочностью по отношению к клиенту и его проблеме. Терапевт должен «входить» в процесс терапии, не внося с собой ничего своего и, воспринимая клиента без «преконцептов».

Экзистенциальная терапия во многом схожа с гуманистической, отличие состоит в том, что она все же ближе к психодинамическому направлению и часто подразумевает ряд базовых идей, через призму которых рассматривается проблема клиента (так называемые экзистенциальные данности в стиле смертности, одиночества и бессмысленности). Однако, оба направления построены на том, чтобы сблизить человека с теми чувствами, которые он обычно отвергает и от которых бежит, будь то чувство вины перед матерью или страх перед осознанием собственной смертности.

Позитивное направление психотерапии

На сегодняшний день также необходимо выделить и позитивную психотерапию в отдельное течение, так как, несмотря на то, что в своей философии она и опирается на гуманизм, все же ее метод принципиально отличен от гуманистической психотерапии.

Основное отличие позитивного направления состоит в ориентации терапевта, не на прошлое или настоящее, а на будущее, а также в смещении фокуса внимания с проблемы на решение.

Сюда можно отнести позитивную психотерапию, коучинг, ориентированную на решение краткосрочную психотерапию, нарративную психотерапию и т. д.

Позитивное направление представляет из себя, как правило, решение-ориентированный подход, где терапевт всеми силами избегает разговоров о проблеме клиента и его негативных переживаниях. Он всегда старается находить плюсы даже в самом плохом положении и выявлять те стратегии клиента, которые работают у него успешно. Вместо того, чтобы думать над проблемой клиенту рекомендуется думать над решением, а, потому, используются различные методы постановки цели и ее достижения. При этом терапевт практически ничего не вносит от себя, а считает, что все ресурсы есть у самого клиента и что он сам способен справиться с проблемой.

Что не так с трансперсональным направлением психотерапии?

Во многих учебниках выделяется и трансперсональное направление психотерапии. И, действительно, в рамках формальных признаков это вполне правомерно. В частности, основное отличие трансперсональной психотерапии состоит в том, что причины проблемы здесь ищут за пределами личности человека, и, даже, за пределами этого мира, например, в прошлых жизнях, эмбриональных периодах, родовых сценариях, коллективном бессознательном, посланиях инопланетян и т. д.

Проблема, однако, в том, что это все является антинаучным бредом, а, следовательно, не может относиться к психотерапии, и не важно идет ли речь о медицине или психологии.

Более того, данное направление, как правило, полностью опирается на методы гуманистической психотерапии, в плане того, что стремиться заставить человека испытывать те или иные переживания. Но, как только это происходит, трансперсональный терапевт сразу же навешивает на данное переживание множество ложных идей собственного авторства, в стиле того, что «причиной ваших проблем является ваша прабабка в десятом поколении, которая, когда-то отказала не тому мужчине», а «сексоманией вы страдаете, потому что у вас еще сохранились воспоминания о материнском лоне, когда вы в нем находились, и вы хотите туда вернуться».

Подобные идеи не только выходят за рамки классической психотерапии, но и противоречат любым принципам лечения, не говоря уже про здравый смысл. В частности, идея о том, что в вашей проблеме виноваты ваши воплощения из ваших прошлых жизней, просто приводит к отказу от решения реальных проблем («А, зачем что-то делать, если в моих разладах с женой виноват средневековый рыцарь, которого ударили в самое сердце, а еще то, что я чуть не умер при родах!?!»). При этом помимо чисто гуманистических методов, часто используются и методы, напрямую наносящие время здоровью в стиле приема наркотических веществ (как это поясняют такие недотерапевты «для вызова трансперсональных переживаний» (зато понятно, почему раньше подобная терапия была так популярна)) и холотропного дыхания.

Проблема классификации

Как вы могли заметить, гуманистическое направление достаточно похоже на психодинамическое, и, более того, оба они похожи и на поведенческое. А все, потому что это деление, которое кочует из учебника в учебник сегодня практически полностью стирается.

Например, на сегодняшний день в принципе все виды психотерапии базируются на гуманистической философии, а также вбирают в себя способы взаимодействия с клиентом и создания доверия, которые были разработаны в клиент-центрированной терапии.

При этом, схема-терапия – одно из направлений когнитивно-поведенческой психотерапии – также базируется на идеях психоанализа, а вот mindfulness – другое ее направление – практически полностью вбирает в себя идеи гештальт-терапии.

Сама же гештальт-терапия изначально относилась как к гуманистическому, так и к психодинамическому направлениям. Так что все эти деления максимально условны и на сегодняшний день, когда еще и большинство специалистов работают одновременно в нескольких

направлениях, а эти направления и сами по себе являются интегративными, вряд ли имеет смысл подразделять различные школы по этим течениям.

Все же мы ввели данную классификацию для большего удобства. При этом при оценке того или иного метода стоит обращать внимание именно на основной признак течения (то, что выше выделено курсивом), нежели на общее название. Так, например, стоит отличать гуманистическую терапию с ее конкретной и практической ориентацией на проживание эмоций от гуманистической философии, которая вводит именно концептуальные положения, касающиеся терапевтических отношений и которые сейчас используют все направления психотерапии.

ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Кому-то это может показаться странным, но целый раздел данной книги будет посвящен теоретическим аспектам глубинной или психодинамической терапии и для этого есть ряд причин.

Первой причиной является то, что большая часть психотерапевтических направлений относится именно к психодинамическому направлению, в том числе и большая часть гуманистических течений. Действительно, в данном случае деление на психодинамическое и гуманистическое течение не работает, так как оба этих направления подразумевают идею психодинамизма, то есть то, что тот или иной симптом является следствием подавления внутренней энергии (эмоций, потребностей или тревоги, если так звучит более благовидно), которая затем и канализируется в поддержание симптома. Разница лишь в том, что аналитическая терапия сконцентрирована на фиксациях «энергии» в прошлом в то время, как гуманистическая терапия направляет внимание на текущий внутренний конфликт, что, однако, не меняет сути подхода к описанию происхождения симптома. Таким образом, перед тем как рассматривать разные направления было бы полезно понять, что лежит в их основе.

Вторая причина состоит в том, что при желании отыскать общую психодинамическую теорию, у вас могут возникнуть трудности, так как она нигде в таком виде не описана, а описание, которое дается в учебниках по психоанализу выглядит крайне сложно, включает в себя множество антинаучных аспектов и применимо только лишь к тому самому психоанализу. На самом деле же в психодинамической теории нет ничего сложного, и базируется она на ряде достаточно понятных принципов, которые, в том числе, можно рассмотреть и через призму поведенческой психологии (симптом как способ получения подкрепления при разрядке напряжения).

Третья причина состоит в критике, направленной на глубинное и психодинамическое направление, вызванной абстрактными психоаналитическими описаниями и теориями, которые ничем не подтверждаются, но, которые почему-то с такой легкостью вбирают другие методы терапии. Именно поэтому многие скептически настроенные люди слишком легкомысленно относятся к глубинной психологии (в стиле «Верить в то, что девочка завидует пенису – это просто смешно»), не замечая более объективных аспектов психодинамизма. Соответственно, одной из значимых задач данной книги является попытка продемонстрировать читателю, что глубинная терапия имеет под собой не только абстрактные измышления Фрейда, но и реальные научные основания.

Таким образом данный раздел будет посвящен основным теоретическим аспектам глубинной психотерапии, которые используются в большинстве современных методов и направлений, таким как: психическая травма, внутренняя энергия, вытеснение и диссоциация, механизмы защиты психики, ложные воспоминания.

ТЕОРИЯ ДИССОЦИАЦИИ И БЕССОЗНАТЕЛЬНОЕ

С чего еще можно начать обсуждение теории глубинной психологии, как не с теории бессознательного...

Экспериментальные исследования бессознательного начались не в психоанализе и не с Зигмунда Фрейда, как сегодня думает большинство людей. На самом деле наибольшую заслугу в открытии бессознательных процессов стоит приписать гипнотизерам.

Например, такой гипнотизер как Арман Мари Жак де Шастене маркиз де Пюисегюр (1751 – 1825) открыл действия постгипнотического внушения, когда человек исполняет волю гипнотизера без осознания причин своего поведения, а Джеймс Брейд (1795—1860) продемонстрировал наличие скрытых слоев в нашей памяти, когда предлагал гипнотикам запоминать те или иные слова под гипнозом, которые они затем забывали, выйдя из этого состояния, но снова вспоминали, заново погружаясь в гипноз.

Однако, первую общую модель бессознательного или так называемой диссоциации предложил великий психиатр Пьер Жане.

Теория диссоциации

Пьер Жане провел множество экспериментов с постгипнотическим внушением, которые четко показывали, что на человека способны влиять скрытые фиксированные идеи, в то время как гипнотик не будет осознавать причины своего поведения в том числе и тот факт, что это поведение ему внушили⁶. Например, можно внушить гипнотику выйти на улицу и открыть зонтик в солнечный день при этом забыв данное внушение, и гипнотик действительно сделает это автоматически, как только его попросят открыть глаза. Однако, если гипнотизируемого спросить зачем он это сделал, тот не будет помнить, что ему это внушили и найдет какое-нибудь глупое объяснение в стиле того, что собирается дождь, хотя на небе не облачка.

Надо понимать, что здесь под гипнотиками подразумеваются высокогипнабельные личности, которых в популяции достаточно мало и которые способны демонстрировать не только внешнее подыгрывание, но и реальные изменения на фМРТ-сканере, в соответствии с внушением, даже несмотря на то, что во времена Жане такого сканера еще не существовало

Исходя из подобных экспериментов, кстати, и Фрейд принял идею о существовании бессознательного. Он понял, что также как и постгипнотическое внушение в нашей психике может содержаться в скрытом виде что-то еще, что и приводит к неврозам.

Но вернемся к Пьеру Жане, который проводил и множество других опытов, связанных с диссоциацией. Например, его истерички (а именно так в те времена называли практически всех психически больных людей, которые подвергались гипнозу) занимались автоматическим письмом (это феномен, при котором рука человека пишет независимо от него или даже от лица иной личности).

Сюда добавляются и другие гипнотические эффекты, например, эффект катаlepsии (когда рука или другая часть тела замирает под влиянием того или иного внушения) демонстрирует как можно диссоциироваться от управления собственной конечностью, а феномен внушенной амнезии – как можно делать те или иные идеи недоступными сознанию, но при этом сохраняя их в памяти.

Терапевтическая практика Жане также указывала на существование скрытых травм и идей, приводящих к болезни. Именно вскрывая вытесненные психотравмы детства ему удалось исцелять больных.

Из всех этих опытов Жане вывел свою теорию диссоциации. Он опирался на классическую для тех времен метафору сознания, которое сравнивали с прожектором, освещающим

⁶ Пьер Ж. Психический автоматизм. Экспериментальное исследование низших форм психической деятельности человека. – СПб.: Наука, 2009. – 500 с.

какую-то часть психического содержания, делая таким образом его осознанным⁷. У поля сознания есть свои границы, и осознается лишь то, что находится внутри границ, в то время как элементы опыта, находящиеся за их пределами, продолжают действовать, но уже изолировано от сознания.

Что же может находиться за пределами поля сознания? В принципе что угодно, а, в частности, любые элементы нашего опыта и поведения. Например, поведение, которое осуществлялось независимо от сознания, было названо **автоматизмом**. Сущность автоматизма заключается в том, что собственная психическая продукция оценивается как не принадлежащая субъекту («это не я двигаю рукой, а она сама левитирует» и «это не я удерживаю ногу, а она как будто прилипла к полу»).

Если же за пределами поля сознания находились те или иные образы, идеи, мысли, то их Жане называл фиксированными идеями. **Фиксированные идеи** – это такие идеи, которые будучи неосознаваемы продолжают влиять на состояние и поведение человека. Именно такие идеи и являются основой психотравмы.

При этом по Жане разные люди в разной степени способны удерживать элементы психики в поле сознания. А за такое сдерживание ответственна **интегративная функция Эго**. Если эта функция не развита, то психика человека распадается и он может стать невротиком или психотиком. А сам распад или переход за границу поля сознания и был назван диссоциацией.

Теория недиссоциации

Для Жане явление диссоциации выступало как болезненный процесс, однако, уже позже развивая идеи Жане, именитый психолог Эрнст Хилгард опроверг эту идею. В своей теории недиссоциации он уже воспользовался метафорой администратора, а не прожектора⁸.

Хилгард изобразил нашу психику в виде иерархии различных когнитивных подсистем, которые управляют разными психическими процессами. Например, один процесс может быть ответственен за восприятие объекта, а какой-нибудь другой за движение руки. Вся психика состоит из таких подсистем и модулей, где сознание также выступает лишь в качестве отдельной контролирующей структуры, и, по сути, является фильтром между системами обработки информации и системой исполнения. В этом смысле диссоциация представляет из себя как бы отщепления различных когнитивных систем от основной контролирующей структуры – сознания.

И если вас не впечатлили эксперименты с каталепсией и постгипнотическим внушением, которые просто можно подыграть, то Хилгард повторил иной эксперимент Жане, где уже использовалась болевая стимуляция. С помощью гипноза испытуемым было дано внушение на анестезию, то есть, в соответствии с моделью, была диссоциирована (вытеснена) когнитивная система ответственная за восприятие боли (сам Хилгард говорил, что она вышла за **амнезийный барьер**, так как подобные процессы диссоциации он и связывал именно с амнезией).

В итоге при прямом вопросе об ощущение боли испытуемые действительно не то, что отрицали боль, они даже не демонстрировали ее своим видом. Однако, если гипнотизер обращался напрямую к бессознательному, что можно делать, например с помощью автоматического письма, то это самое бессознательное отчитывалось об истинном ощущении боли. То есть получалось, что все-таки существует определенная инстанция, наблюдавшая за происходящим и не связанная с сознанием. Такую инстанцию Хилгард назвал **скрытым наблюдателем**.

Скрытого наблюдателя можно было бы отождествить системе, которая постоянно отслеживает происходящие с индивидом по критерию «приемлемо/не приемлемо», и, если что-то «не приемлемо», то она снова запустит сознание. Именно поэтому в гипнозе человеку если

⁷ Baars B. A cognitive theory of consciousness. Cambridge university press. 1988 – 454p.

⁸ Hilgard E.R. 1977. Divided consciousness: multiple controls in human thought and action. New York, NY: Wiley

не невозможно, то по крайней мере очень тяжело внушить что-то противоречащее моральным нормам и ценностям.

Хотя концепция скрытого наблюдателя является достаточно спорной, этого нельзя сказать о теории неодиссоциации Хилгарда в целом, которая вполне согласуется с иными современными теориями и с рядом нейрофизиологических открытий.

Нейросетевые теории диссоциации

Мы уже обсудили классическую работу Жана и работу Хилгарда в рамках информационного подхода, который рассматривает психику как набор модулей, но существуют и иные модели, например, нейросетевые теории диссоциации. Здесь можно, например упомянуть модель Йетса и Нешби⁹.

Стоит сказать, что в основном они исследовали именно травматический опыт. Так вот в рамках сетевого подхода они рассматривали нашу психику как нейросеть в виде совокупности узлов и связей между ними.

Связи между узлами могут быть двух видов: активирующие или тормозные. Если с активирующими все понятно, по сути, это активация по ассоциации элементов нашего опыта (например, если я говорю слово «зеленый», то и слово трава в вашей психике приобретёт большую активность¹⁰), то с тормозными связями все сложнее, ведь они мешают активации того или иного опыта и делают его недоступным сознанию. Образование таких связей авторы и приписывают травматическим эмоциям, которые возникают при рассогласовании в опыте. (Действительно, в ситуации травмы возможно рассогласование обработки памяти в миндалине, гиппокампе и коре, что и приводит к расслоению или диссоциации, но об этом будем говорить дальше).

Таким образом отдельные элементы нашего опыта начинают функционировать изолированно, так как определенные нейронные участки теряют доступ к сознательной активации.

Однако, если мы не берем травматический опыт, то можно найти более простой пример. В частности, выходя на выступление мы можем испытывать сильное волнение. Но мы пытаемся контролировать и подавлять это волнение, по сути, тормозим его с помощью нашей коры. И если мы делаем это очень хорошо, то все меньше замечаем волнение и как бы диссоциируем его, хотя оно никуда на самом деле не исчезает.

Но если вам недостаточно психологических аргументов для утверждения существования диссоциации и бессознательного, то иные доказательства мы можем найти и в нейробиологии.

Расщепленный мозг Роджера Сперри и другая нейробиология

В своих экспериментах Роджер Сперри исследовал людей, которым разделили полушария мозга в результате операции по избавлению от эпилепсии. В таком состоянии два полушария начинали вести себя как две отдельные личности со своими мыслями, чувствами, эмоциями, восприятием и поведением¹¹. Например, левая рука могла брать один объект, а речью человек обозначал совершенно другой. Проще говоря, сознание человека как бы расщепилось, а его полушария начали жить собственной жизнью. Конечно, это произошло в результате физического нарушения взаимодействия полушарий, но подобное расслоение вполне, может быть, и следствием иных причин.

⁹ Yates, J. L., Nashby, W. Dissociation, affect, and network models of memory: an integrative proposal. // Journal of Traumatic Stress. 1993. V. 6. P. 3.

¹⁰ Койфман А. Я. Установка и неосознаваемый семантический прайминг: разные термины или разные феномены? // Российский журнал когнитивной науки. – 2016. – Т. 3, №4. – С. 45—62.

¹¹ Sperry, R. W. The great cerebral commissure. Scientific American, 1964, 210 (1), 42—52.

Полно описаний диссоциации и в психиатрии. Яркий пример – это синдром чужой руки, когда рука человека начинает вытворять что хочет вне зависимости от его воли¹².

Болезнь шизофрении практически полностью строится на диссоциации. Человек отщепляет от себя восприятия, которые становятся галлюцинациями, или движения, которые превращаются в автоматизмы и, на основе которых, больной заявляет о бреде воздействия.

Все рассмотренные данные утверждают существование бессознательных процессов и подтверждают идеи глубинной психологии. И сегодня именно понятие диссоциации используется в научном ключе и в психиатрии, подменяя собой устаревшее понятие «вытеснение».

Диссоциация в психотерапии

Тема диссоциации далеко не всем понятна с первого раза даже если мы проводим прямую аналогию с вытеснением, так что давайте приведем ряд примеров того, как диссоциация проявляется в психотерапии.

Воспоминания. Конечно, первая мысль, которая у вас возникает по поводу вытеснения связана с амнезированными воспоминаниями, вытесненными травмами и детскими конфликтами, например, когда клиент забывает ситуацию детского сексуального насилия.

И, да... такое возможно. Более подробное доказательство мы будем приводить в следующей главе, но сейчас можно сказать лишь то, что существует ряд концепций почему мы склонным вытеснять те или иные события. И, действительно, если когда-то в детстве над человеком произвели сексуальное насилие, он может забыть данную ситуацию, например, потому что: он был слишком молод и просто не мог словесно описать событие, чтобы его осознать и запомнить в семантической памяти; ситуация настолько противоречила его опыту, что эффект когнитивного диссонанса привел к вытеснению; ситуация была настолько стрессовой, что активация отдела его мозга под названием миндалина затормозила деятельность коры и гиппокампа ответственных за сознательное запоминание. Однако, вне зависимости от той модели, которую мы выбираем нам стоит предположить, что данное воспоминание еще хранится где-то в мозге человека и в его памяти, а чтобы его вспомнить, необходимо донести до данных участков памяти достаточную активацию или, проще говоря, достаточное количество ассоциаций.

Вот и получается, что терапевт общается с клиентом на эмоционально трогательные его темы, и тот неожиданно вспоминает ситуацию нападения преступников на их семью, которую до этого не осознавал. Это связано с тем, что спокойная обстановка в кабинете терапевта помогает человеку сосредоточиться, а упор на чувства создает обширный поток ассоциаций, который может привести к активации того или иного воспоминания.

Также можно предположить и то, что воспоминания в терапии не воспроизводятся, но воссоздаются заново, чтобы заполнить пустоты нашего сознания. Предположим, человек изначально чувствует обиду, но не знает почему. В таком случае он вполне может придумать событие из прошлого, которое бы, во-первых, позволило бы понять смысл обиды, а, во-вторых, в рамках которой можно было бы эту обиду реализовать и отреагировать. Именно в этом обычно и видится терапевтический эффект ложных воспоминаний, если таковые присутствуют в процессе терапии (например, воспоминания о прошлых жизнях и перинатальных периодах).

Структурная диссоциация. Данный тип диссоциации еще называют неконгруэнтностью. Она проявляется в том, что клиент одновременно передает различные сообщения на разных уровнях коммуникации (или на одном и том же). Например, клиент может рассказывать о том, как его волнует его проблема, но при этом оставаться абсолютно спокойным, или же, наоборот, говорить о своих достижениях, но при этом терять руки от волнения за свою самооценку. Проще говоря, человек осознают лишь вербальную часть коммуникации, в то время

¹² Григорьева В. Н., Сорокина Т. А., Калинина С. Я. Синдром «Чужой руки» в клинической картине острого периода ишемического инсульта // Неврологический журнал. – 2015. – Т. 20, вып. 2. – С. 18—23.

как его тело может напрямую противоречить тому, что он говорит. Такие внешние проявления отражают и внутренний конфликт человека (например: «Я должен быть любящим сыном, но при этом ненавижу свою мать»). И именно поэтому такое внимание придается анализу невербального языка клиента практически во всех школах глубинной психотерапии.

Проявления же подобной диссоциации могут быть совершенно различны по своей глубине, начиная от обычного потрясывания ногой и зажатия плеч, которые возникают от волнения, заканчивая нервными тиками и навязчивым поведением.

Последовательная диссоциация. Последовательная диссоциация проявляется в том, что поведение человека является противоречивым в течении времени. Это характерно, например, для пограничных клиентов, которые склонны к кардинальной смене эмоционального фона за короткий период времени. Такие люди могут признаваться вам в любви, а через секунду заявлять о своей ненависти. Или вот больной ожирением целый день воздерживается от пищи, но наступает вечер и его как будто охватывает непреодолимая тяга к еде, и он, позабыв обо всем, вытаскивает из холодильника недавно приготовленный торт.

Такие изменения в поведении в терапии могут называть по-разному: социальными ментальностями; субличностями; режимами функционирования. Суть же сводится к тому, что в разные периоды времени человек может впадать в разные режимы поведения, которые неинтегрированы и совершенно независимы друг от друга. И, видимо, это и есть то, что Пьер Жане называл слабой функцией Эго, в то время как, здоровый человек чаще всего способен сохранять постоянство своего поведения в различных ситуациях и в разные периоды времени.

Вне зависимости от типа диссоциации, задача глубинного терапевта состоит в интеграции личности клиента, что как минимум подразумевает осознание диссоциированных частей. И именно поэтому во многих направлениях психотерапии осознание, вообще говоря, является единственной целью терапевтического процесса.

ПСИХИЧЕСКАЯ ТРАВМА

Возможно существование бессознательного уже доказано в современной когнитивной науке, но является ли это и аргументом в пользу возможности наличия у людей вытесненных травм (здесь термин «травма» используется в общем смысле, а не в медицинском, где его в основном применяют к посттравматическому стрессовому расстройству)? Сейчас мы приступим наверно к самому спорному аспекту всей глубинной психологии – к обсуждению травм прошлого.

Почему не все верят в существование психических травм?

Почему же эта тема такая спорная, и почему все методы, которые опираются на понятия травмы, на самом деле не особо признаются наукой?

1. Невозможность объективного описания. Мы никак не можем объективно определить сам феномен травмы. Да, кто-то в процессе гипноза или психоанализа вспоминает как бандиты подожгли его дом и расстреляли всю его семью, но кто-то вспоминает то, как он просто упал с велосипеда, или как поругались его родители. Оба этих события в глубинной терапии считаются травмами, хотя и невооруженным взглядом понятны их принципиальные различия. В то же время, вне зависимости от уровня стресса, событие будет рассматриваться как травматическое просто потому, что пациент вспомнил именно его.

2. Невозможность доказать причинно-следственную связь между травмой и текущими симптомами (если мы, конечно, не говорим о ПТСР). Сами подумайте какая может быть связь между воспоминанием о том, как подрались родители и текущей фобией собак, а ведь примерно такого уровня воспоминания и сообщают клиенты на терапии. Таким образом о связи причины и симптома мы можем судить лишь по результатам и по косвенным

признакам. Проще говоря, если после обнаружения травматического воспоминания симптом исчез, мы говорим, что они были связаны, а если нет – то любой глубинный терапевт скажет, что вы просто не добрались до «истинной причины», при этом он, конечно, не ставит под сомнение существования таковой.

3. Ложные воспоминания. Мы никак не можем отличить скрытые травматические воспоминания от фантазий клиента, а то, что обычно выдается за вытесненные воспоминания может быть просто выдумкой. Далее мы будем подробно рассматривать вопрос ложных воспоминаний, однако, не стоит уходить в крайности (некоторые люди, после исследований ложных воспоминаний, решили, что у нас вообще нет настоящей памяти, и мы все придумываем, что, очевидно, далеко не так, а в рамках терапии намного чаще у клиентов всплывают воспоминания вполне доступные им изначально).

Однако подобная критика никак не опровергает существования вытесненных травматических воспоминаний. Скорее, здесь проблема именно в недоказуемости и в методе познания. На данный момент у нас просто не существует метода способного прямо в мозге показать связь симптома и того или иного следа памяти. И, к сожалению или к счастью, никто еще не клал человека в магнитно-резонансный томограф прямо в момент травмы, не говоря уже о том, что причина диссоциации и вытеснения может быть чисто психологической и никак не наблюдаться в мозге, по крайней мере при текущей разрешающей способности методов.

И если вы уже задаетесь вопросом о том, зачем же тогда все это обсуждать, если никаких исследований в этой области нет, то не спешите расстраиваться. На сегодняшний день все же существуют достаточно убедительные доводы в пользу вытесненной психической травмы, а также предлагается ряд научных теорий, описывающих это явление.

Скрытая память и вытесненная травма

После обсуждения ложных воспоминаний будет актуальным показать, что вытесненные воспоминания о травме, на которые опирается глубинная психотерапия, не являются вымыслом.

Стоит начать с того, чтобы показать, что, вообще говоря, скрытая память существует. Но если это так, то, как нам отличить скрытую информацию в нашей памяти от просто забытой и как получить к ней доступ. На самом деле это оказалось не столь сложной задачей для экспериментаторов.

Эксперименты с повторным заучиванием. Такие эксперименты проводил ученый по фамилии Нельсон. Он предлагал испытуемым заучивать 20 парных ассоциаций «число – существительное»; они заучивали список, пока не достигали критерия одной безошибочной проверки. Испытуемые возвращались для повторной проверки двумя неделями позже, вспоминая 75% стимулов. Но исследователя интересовали 25% стимулов, когда испытуемые не могли вспомнить существительное при предъявлении числа. Испытуемые снова заучивали 20 парных ассоциаций. Но некоторые из них оставались теми же, а в некоторых менялась одна из частей.

Предположение состояло в том, что, если бы испытуемые утратили всю информацию о забытых парах, не должно было быть никакого различия между измененными и неизменными парами. Однако испытуемые правильно вспомнили 78% прежде пропущенных неизменных стимулов, но лишь 43% измененных стимулов.

Это большое преимущество неизменных стимулов указывает на то, что испытуемые сохранили некоторую информацию о парных ассоциациях, даже при том условии, что они не могли вспомнить их первоначально.

Этот же эффект в свое время продемонстрировал еще Иван Петрович Павлов на условных рефлексах. Оказалось, что заново сформировать тот или иной условный рефлекс намного легче, чем сформировать абсолютно новый. То есть в нашем мозге остаются следы повышен-

ной проводимости, которые, хотя и недоступны нашему сознанию, все же могут быть активизированы при определенных условиях.

И таким эффектом вполне может объясняться наша предрасположенность к тому или иному виду травм. Например, невротик склонен обижаться на какие-то действия, на которые другие обижаться не будут. Все, потому что его обидели когда-то в детстве, и теперь действия другого человека активируют ту самую забытую связь.

Эффект контекста. Другая группа экспериментов связана с так называемым эффектом контекста, который гласит что информация вспоминается лучше в контексте, в котором она была выучена.

В частности Смит, Гленберг и Бьорк¹³ провели эксперимент, показавший важность физического контекста. В их эксперименте испытуемые заучивали два списка ассоциативных пар в различные дни и в различной обстановке. В одном случае испытуемые заучивали слова в комнате без окон и со строго одетым экспериментатором, а в другом – использовалась комната с окнами и неформально выглядящем экспериментатором. На следующий день происходила проверка запоминания испытуемых.

Оказалось, что испытуемые могли вспомнить 59% из заученного списка в той же самой обстановке и лишь 46% из списка, заученного в другой обстановке.

Но наиболее впечатляющее исследование с изменением контекста было проведено Годденом и Баддли¹⁴. Они предлагали водолазам заучивать список слов на берегу и на глубине 20 футов. Затем водолазов просили вспомнить список в той же самой или в другой обстановке. Испытуемые явно обнаруживали лучшую память, когда их просили вспомнить список в том контексте, в котором они его заучивали.

В итоге оказалось, что эффект контекста работает и для других аспектов ситуации. Например, нам проще вспомнить информацию в том же эмоциональном или физиологическом состоянии. Также оказался важен и информационный контекст, например, слова, выученные в контексте иных слов, также будут лучше припоминаться в этом же контексте.

Таким образом информация недоступная нам в обычном контексте или состоянии может быть активизирована при помещении в тот же контекст, в котором она была заучена. А это значит, что пока этот контекст отсутствует она хранится где-то у нас в голове в скрытом виде.

И эти исследования также раскрывают некоторые особенности травматических воспоминаний. Во-первых, перестает быть удивительным то, что мы забываем травматическую ситуацию несмотря на то, что такие ситуации крайне яркие и по идее должны были бы оставаться в нашей памяти. Да под этим кроется отдельный физиологический механизм, который мы еще будем с вами обсуждать. Но и эффект контекста играет свою роль.

В момент травмы мы находимся в запредельном стрессе, и наши воспоминания ассоциируются с этим состоянием, поэтому неудивительно, что, когда мы успокаиваемся, эти воспоминания вытесняются, однако затем, при воспроизведении каких-то элементов контекста, мы начинаем испытывать дискомфорт, сами не понимая почему.

По той же причине человек может вспомнить травму в результате психотерапии и гипноза. Ведь в процессе глубинной терапии достаточно часто воссоздается стрессовая ситуация травмы и определенные контекстные переменные. Например, человек, выражая свой гнев пустому стулу в процессе гештальт-терапии, может вспомнить, что этот гнев относится к отцу и «увидеть», как отец сидит на этом стуле.

¹³ Smith, S.M., Glenberg, A.M., & Bjork, R.A. (1978). Environmental context and human memory. *Memory & Cognition*, 6, 342—353.

¹⁴ Baddeley D. «Context-dependent memory in two natural environments: on land and underwater.» *British Journal of Psychology* 66 (1975): 325—331.

Скрытая память также нашла свое отражение в нейрофизиологических экспериментах Уайлдера Пенфилда¹⁵. В ходе нейрохирургической процедуры он электрически стимулировал различные части мозга пациентов и просил их сообщить, что они испытывали. Таким образом, Пенфилд определил функции различных частей мозга. Однако, оказалось, что возбуждение височных долей вело к сообщениям о воспоминаниях, которые были недоступны пациентам при нормальном воспоминании, например, события их детства. Это выглядело так, как будто проводимая стимуляция активизировала части сети памяти, которых не могла бы достичь распространяющаяся активация собственного мозга пациентов.

К сожалению, трудно сказать, были ли сообщения пациентов об их воспоминаниях точными, поскольку нельзя было вернуться в прошлое и проверить эти воспоминания. Поэтому, хотя эксперименты Пенфилда и наводят на определенные мысли, в целом они не принимаются в расчет исследователями памяти.

При этом этот и вышеописанные эксперименты хороши вписываются в сетевую теорию и концепцию травматической диссоциации Йетса и Нешби. Сетевой подход предполагает, что наши воспоминания хранятся в нейронной сети, состоящей из узлов и связей между ними. Эти связи могут быть как возбуждающими, так и тормозными. А чтобы активироваться тот или иной узел должен получить достаточное количество возбуждения. Так вот считается что в обычной ситуации забывания след памяти просто угасает и каждый раз ему требуется все больше возбуждения для активации.

Это возбуждения мы и можем получить из разных источников. Например, из похожего физического контекста или воображаемого как в гипнозе. Но, по-видимому, можно добавить возбуждения и напрямую в мозг, как это делал Пенфилд.

Далее мы рассмотрим теории скрытой памяти, которые описывают именно процесс вытеснения психической травмы.

Нейрофизиологическая теория психической травмы

На сегодняшний день существуют исследователи, которые занимаются изучением нейрофизиологии травмы. В частности, в этой главе мы остановимся на работах доктора Бессела ван дер Колка¹⁶ и его коллег, из которых мы упомянем Дэниэла Сигеля и Мэтью Либермана.

Доктор Бессел ван дер Колк изучал, что происходит в мозге в момент травмы, и чтобы нам понять его идеи необходимо обратиться к базовым знаниям в нейрофизиологии эмоций.

Дело в том, что схема когнитивной терапии по типу «ситуация – мысли – реакция» работает далеко не всегда и информация, поступая к нам в мозг, разделяется на два потока, один из которых идет в нашу кору и подвергается рациональной оценке, а другой – в нашу лимбическую систему, где проходит эмоциональную оценку. Для нас здесь прежде всего важна оценка на наличие угрозы, где основную роль играет отдел под названием миндалина.

В обычной жизненной ситуации – эти отделы работают более-менее согласовано: наша кора контролирует миндалину и «осознает» импульсы, идущие из нее, а миндалина «слушает кору» и, если ничего страшного не происходит, она успокаивается.

Надо понимать, что два этих отдела – миндалина и кора – как бы борются между собой за контроль над ситуацией, и, как показал Мэтью Либерман, кора и миндалина взаимно подавляют друг друга¹⁷. Проще говоря, из-за миндалины я могу волноваться при подходе к девушке, но моя кора поможет мне проявить волю и подавить волнение и все-таки подойти к ней.

¹⁵ Уайлдер Пенфилд Мозг. Тайны разума. АСТ; М; 2016

¹⁶ Bessel A. van der Kolk. The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma. Viking, 2014. 464 pp.

¹⁷ Lieberman M. D., Eisenberger, N. I., Crockett, M. J., Tom, S., Pfeifer, J. H., Way, B. M. (2007). Putting feelings into words: Affect labeling disrupts amygdala activity to affective stimuli. *Psychological Science*, 18, 421—428.

Совершенно другую ситуацию мы наблюдаем в случае запредельного стресса или травмы. Успокоить миндалину не получается, так как она впадает в состояние запредельного возбуждения и в итоге берет на себя контроль над нашим поведением. При этом, чем более активна миндалина, тем больше тормозится деятельность коры мозга, и тем больше снижается степень нашего осознания и способность принимать рациональные решения. Учёный даже обнаружил, что во время стресса и замыкания процессов на миндалине у человека временно снижается интеллект на 10—15 единиц.

В тоже время, доктор Бессел ван дер Колк показал, что в момент травмы происходит именно вышеописанный процесс: миндалина активируется поскольку оценивает ситуацию как угрозу жизни и отдает сигнал нижестоящим отделам для выработки стрессовых гормонов, а, в частности, кортизола и адреналина. Дальше происходит обратное влияние этих гормонов на мозг: кортизол блокирует деятельность гиппокампа ответственного за наши воспоминания в обычном состоянии и их интеграцию в семантическую сеть памяти, а адреналин – усиливает действие миндалины, активируя процесс имплицитной (скрытой, неосознаваемой) и условно-рефлекторной памяти, которая включает в себя телесные, эмоциональные и процедурные или поведенческие аспекты¹⁸.

И здесь стоит поговорить про различия вытесненной травмы и посттравматического стрессового расстройства. Разница состоит в типе симптомов расстройств.

В случае ПТСР мы имеем то, что в психиатрии зовется позитивными симптомами. Это симптомы, при которых в нашей психике появляется какой-то новый продукт, например галлюцинации при шизофрении или флешбэки при ПТСР. В случае диссоциированной (вытесненной) травмы мы также можем видеть позитивные симптомы типа того же заикания или автоматизмов, однако основную суть здесь составляют диссоциированные т.е. вытесненные воспоминания о травме.

Бессел ван дер Колк обнаружил, что у травмированных людей наблюдается физическое усыхание гиппокампа, а также гиперактивация миндалины, что заставляет человека впасть в порочный круг: миндалина приводит к выбросу стрессовых гормонов, а они подпитывают деятельность миндалины и при этом тормозят деятельность гиппокампа; из-за этого, у «травматиков» в целом ухудшается память, и они находятся в постоянном стрессе и тревоге.

Резюмируя, в момент травмы активируется наша миндалина, которая запускает реакцию стресса, а эта реакция стресса подпитывает миндалину и тормозит работу отделов ответственных за сознательное запоминание. В итоге человек не способен нормально осмыслить и интегрировать травматическое воспоминание в семантическую сеть памяти, а отрывки этого воспоминания начинают функционировать изолировано в виде различных невротических симптомов.

Но данная концепция все же в большей мере применима именно к ПТСР, в то время как изначально она не предусматривала раскрытие вытесненной травмы. Так что нам все же стоит поговорить и про иные подходы в этой теме.

Эмоциональный мозг и травма

Вы уже знаете, что в процессе травматизации основное значение имеют подкорковые структуры, входящие в лимбическую систему, которые в широких кругах носят такое название как «эмоциональный мозг». Так вот именно об эмоциональном мозге и его роли в травматизации и болезненном развитии индивида мы с вами и поговорим.

Дело в том, что далеко не всегда причины наших симптомов кроются в запредельном стрессе. Иногда на нас влияют вполне обыденные события нашей жизни, а очень часто психологи вообще говорят о патологическом развитии личности, т.е. не о травмах, а о том, как

¹⁸ Vermetten E. Post-traumatic stress disorder. R Yehuda. New England journal of medicine 346 (2), 108—114

проходило наше детство в целом. На вопрос «Откуда это все берется?» мы и найдем ответ в эмоциональном мозге.

Основы данной теории можно найти еще в работах Бехтерева, который доказывал, что эмоции формируются не корой и не нашим мышлением, а где-то в другом месте. Собственно, ученые достаточно долго пытались обнаружить это место, и в итоге ведущей теорией в области эмоций на сегодня и стала теория эмоционального мозга.

Эту теорию в свое время создали Майер и Солоувей¹⁹, а наиболее широкое распространение она получила в трудах журналиста Дэниэла Гоулмана²⁰ и, затем, нашла множество иных экспериментальных подтверждений.

Не стоит путать теорию эмоционального мозга с теорией триединого мозга Пола Маклина, которая уже давно опровергнута наукой, но которой продолжает пользоваться огромное количество шарлатанов от мира психологии, заявляющих, что необходимо «проработать» вашу проблему на уровнях мышления, эмоций и «инстинктов».

В тоже время, хотя здесь мы и опираемся на более современную теорию эмоционального мозга (которую также не стоит путать и с теорией эмоционального интеллекта), надо всегда помнить, что и она является лишь теорией, и вполне возможно, что через пару лет она либо окончательно утвердится, либо, наоборот, будет отвергнута наукой как не отражающая реальность

В целом теория эмоционального мозга состоит в том, что наш мозг можно поделить на рациональную часть, куда относятся корковые отделы и на эмоциональную часть куда относится так называемая лимбическая система. Эта система включает в себя ряд структур промежуточного мозга, ответственных за наши потребности, эмоции, сон и другие функции.

При этом рациональный и эмоциональный мозг не то, чтобы хорошо «дружат» между собой, ведь как показали исследования Мэтью Либермана, которые мы уже рассматривали в предыдущем подразделе, кора служит нам для того, чтобы подавлять и контролировать активность подкорковых структур, а активация «подкорки», наоборот, приводит к подавлению коры и рационального мышления. Однако, чаще такое происходит только в ситуации сильного стресса, в то время как, в обыденной жизни эти части работают одновременно, выполняя различные функции. Точнее обе части выполняют функцию оценки поступающей информации и реализации ответных реакций на нее, но делают они это по-разному.

Так информация, попадая в наш мозг как бы разделяется на два потока. Первый из них проходит рациональную оценку с помощью префронтальной коры. Проще говоря, здесь мы самостоятельно и рационально анализируем полученную информацию и принимаем сознательное решение о ее значении и важности. Такая оценка требует когнитивных ресурсов и, потому, проходит достаточно медленно.

Второй поток проходит эмоциональную оценку, попадая в лимбическую систему. И здесь лимбическая система использует эмоциональную т.е. условно- и безусловно-рефлекторную систему оценок. И если тот или иной стимул когда-то вызывал у вас страх, то при его повторном появлении ваша миндалина снова активизируется, и вы снова испытаете страх.

Такая эмоциональная обработка осуществляется в разы быстрее чем рациональная, что связано с нашей биологией. Ведь когда мы были приматами, нам намного важнее было мгновенно среагировать на что-то страшное, нежели размышлять над, появившимися в кустах, святиющимися глазами в течении трех часов.

¹⁹ Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. R., & Sitarenios, G. Emotional Intelligence As a Standard Intelligence. – Emotion, 2001

²⁰ Эмоциональный интеллект. – М.: «АСТ», 2009. – 480 с.

Таким образом, если стимул отвечает каким-то нашим базовым потребностям, например, он новый, неожиданный или сексуально привлекательный, то мы реагируем быстро и «инстинктивно» и уже потом обдумываем. Если же мы имеем какую-то сложную ситуацию, например, перед нами лежит учебник с математической задачей, то мы обдумываем и оцениваем ее, и в этом основную роль играет наша кора.

Обе эти системы находятся во взаимодействии и не только взаимно подавляют друг друга, но порой и, наоборот, взаимно провоцируют. Здесь возможно несколько вариантов взаимодействия.

1. Кора подавляет лимбическую систему. Например, вы ночью неожиданно видите пугающий силуэт – видимо в комнату пробрался маньяк. Ваша лимбическая система бьет тревогу, однако затем вы понимаете, что это лишь тень и ваша кора успокаивает вашу лимбическую систему. Примерно так работает когнитивная терапия: у вас начинается паническая атака и вы думаете, что умираете, но терапевт вам сказал, что паническая атака не смертельна и вы успокаиваетесь.

2. Кора возбуждает лимбическую систему. Может быть и обратная ситуация, когда сознательные оценки способны спровоцировать эмоциональный отклик. Например, вы подумали, что проваленный экзамен для вас – это конец всего и вся, и тогда такой стимул в виде данной мысли также будет активировать лимбическую систему и вызывать в вас напряжение и стресс.

3. Лимбическая система возбуждает деятельность коры. Может быть и так, что вы, при виде другого человека, испытываете напряжение, не понимая почему, но чисто интуитивно он вам не нравится. Дело в том, что это ваша миндалина бьет тревогу из-за того, что похожий человек обидел вас в детстве, но вы этого не осознаете и поэтому начинаете рационализировать свои ощущения, заявляя, что у человека перед вами просто «злой взгляд». Это ситуация, когда реакция «подкорки» провоцирует рационализацию со стороны коры.

4. Лимбическая система подавляет кору. Наконец, вы выходите на выступление, но не можете вымолвить и слова, а все потому, что ваша миндалина опять возбуждена и считает, что скоро вам наступит конец. Она подавляет кору, не давая вам функционировать рационально и адекватно.

Таким образом взаимодействия между лимбической системой и корой могут быть очень разносторонними и разнообразными и, по сути, только одно из них кое как вписывается в классическую модель когнитивной терапии, где наши мысли вызывают чувства.

При этом взаимодействие между корой и лимбической системой достаточно диссоциативно, то есть нам не так уж и просто понять, что мы чувствуем на данный момент и откуда исходят наши эмоции. Нам не так уж и легко подавить наши эмоции особенно когда это очень нужно, например, в случае панических атак, фобий или страха выступлений. И нам не так уж и просто понять причины наших поступков. И кстати все эти возможности зависят от нашего так называемого эмоционального интеллекта.

Но мы пойдем дальше и постараемся понять, как же работают две эти системы.

1. Рациональная система. С рациональной системой в принципе все понятно. Она вычисляет, анализирует и строит план действий, исходя из смысла проблемной ситуации. Обучается она когнитивно за счет накопления знаний и семантической памяти.

2. Эмоциональная система. С эмоциональной частью все не так. Ей надо реагировать быстро, поэтому она работает на основе конкретных ситуаций и признаков событий, используя эпизодическую память. При этом, в отличие от рационального мозга, который смотрит в суть ситуации, лимбическая система постоянно анализирует контекст, в котором мы находимся, ведь задача лимбической системы – запомнить признаки ситуации, которые могут привести к опасности, а среди таких признаков может оказаться что угодно. И именно поэтому вполне возможно, что кто-то начнет бояться воды, если его в детстве покусала собака рядом с водо-

емом. Наконец, лимбическая система в большей мере пользуется именно имплицитной или неосознаваемой памятью, то есть она запечатлевает то, чего мы даже не замечаем или не способны осознать.

В итоге лимбическая система запоминает множество признаков ситуации и реакцию на них, и в следующий раз при возникновении схожей стимуляции активируется и запечатленная реакция. А если информация сохранялась в лимбической системе без участия коры, то и воспроизводится она будет без участия нашего сознания, т.е. диссоциативно, и тогда мы реагируем наиболее странным для самих себя образом.

Идея эмоционального мозга также хорошо ложится на концепцию иррационального мышления Даниэля Канемана с его «системой 1» и «системой 2»²¹

Из этих пунктов можно понять в чем состоит основная проблема нашей психики.

В любой момент времени лимбическая система неосознаваемо для нас фиксирует признаки ситуации, ощущения и реакцию на эти признаки, вне зависимости от того связано ли это все между собой. Это приводит к тому, что потом человек болезненно реагирует на вещи, которые не должны были бы вызывать такой реакции.

Приведем пример из серии «Британские ученые доказали»: британские ученые доказали, что, если человек сидит на неудобном стуле он начинает раздражаться на других людей. И такое, казалось бы, бесполезное исследование, ясно иллюстрирует деятельность нашего эмоционального мозга. Те или иные стимулы вполне могут активировать нашу миндалину и вызывать в нас эмоции, которые на самом деле никак не связаны с ситуацией, но механизм когнитивного диссонанса заставляет нас интерпретировать свои ощущения и придумывать им оправдание. Именно поэтому, большой фобией будет придумывать что лифт может упасть, пытаясь объяснить себе свой страх, хотя на самом деле причина в том, что в детстве человек упал с движущейся платформы. Или клиент будет жаловаться на то, что у него не получается с девушками, потому что все они меркантильные, хотя на самом деле при встрече с девушками у него просто активируется чувство обиды по отношению к маме, а он хочет получить безусловную любовь, которую не получил от нее. Или вы будете кричать на свою жену из-за раздражения, которое испытываете по причине сидения на неудобном стуле...

Причем тоже самое может происходить и с поведением. Например, человек может начать заикаться после травмы, потому что лимбическая система рефлекторно закрепила проблемы с речью, потому что в момент травмы нельзя было кричать. И дело не в том, что именно проблемы с речью когда-то реально спасли человека, а в том, что так считает наша лимбическая система.

Исходя из этих позиций, далеко не мысли приводят к эмоциям, но именно эмоции являются первичными в отношении мыслей. Но надо обсудить и еще один момент, почему глубокие психологи считают, что большинство наших травм мы получаем в нашем детстве?

Дело в том, что наша кора развивается намного дольше чем подкорковые зоны и ребенок, рождаясь, мыслит именно своей «подкоркой» и эмоциями. Получается, что основные моменты детства ребенок запечатлевает на рефлекторном и имплицитном, а не на сознательном уровне с помощью коры.

В итоге точно также формируются наши детские когнитивные схемы реагирования. Ребенок имплицитно запоминает признаки ситуации, а, затем, также бессознательно реагирует на них. Когда человек вырастает эти реакции никуда не уходят, просто он начинает рационализировать происходящее, выдавая объяснения, которые никак не связаны с реальными причинами.

²¹ Канеман Д. Думай медленно... решай быстро. – М.: АСТ, 2013. – 625 с.

Например, мальчика в детстве постоянно бил папа, и его лимбическая система запечатлела определенные признаки ситуации, в виде бороды и лысой головы отца. Повзрослев, мужчина почему-то начинает бояться лысых и бородатых мужчин, объясняя это тем, что лысые бородачи – все поголовно жестокие маньяки готовые открутить тебе голову.

Также формируются и многие особенности нашей личности. Например, если ребенка всю жизнь подавляли, то он вполне может стать интровертом с зажатými эмоциями. А, если мама давала дочке любовь лишь тогда, когда та красовалась перед ее подругами, то тогда мы можем получить девушку с истероидной акцентуацией. А все потому, что наш эмоциональный мозг запечатлевает общие паттерны поведения, которые когда-то приводили к подкреплению, а во взрослом возрасте нам становится крайне сложно контролировать подобные реакции, просто потому что мы их не осознаем и даже не можем понять почему мы ведем себя именно таким образом, причем даже тогда, когда нам этого не хотелось бы.

Именно лимбическая система на сегодня рассматривается как основной физический субстрат нашего бессознательного, которое, как оказывается, не такое уж и «доброе» и «ресурсное» как об этом говорят представители НЛП, эриксоновского гипноза и коучинга.

Правда есть один плюс, который действительно приписывают нашему эмоциональному мозгу – это наша интуиция. Интуиция также объясняется деятельностью эмоционального мозга, потому что наша лимбическая система запоминает не только неправильные последовательности действий, но и правильные. Именно поэтому в том или ином контексте, где кора может не заметить значимых признаков, лимбическая система замечает их и дает нам сигнал, что-то делать или не делать, и иногда это удивительным образом приводит к успеху.

Таким образом у нас имеется бессознательное, которое вполне может работать против нашей воли, а его оценки ситуации могут противоречить нашим сознательным оценкам.

Когнитивная терапия, веря в то, что эмоции определяются мыслями, работает на усиление рациональной части и на подавление ненужных эмоциональных реакций. Кстати, говоря здесь не имеется в виду, что что подавление – это плохо.

Глубинная терапия, наоборот, стремится интегрировать изолированный и диссоциированный материал в сознание, и привести обе системы в согласование друг с другом, создавая больше связей между ними. Именно поэтому ваш гештальт-терапевт постоянно спрашивает о том, что вы чувствуете и указывает вам, на движения, которые вы не замечаете.

Сегодня, достаточно сложно сказать, действительно ли воспоминание вытесняется, а затем хранится где-то в сети памяти или мы просто «затираем» наши представления, связанные с травмой, но при этом наша миндалина сохраняет травматические чувства, которые затем достраиваются в процессе психотерапии до конкретных образных представлений. Возможно, ответ на этот вопрос и не столь важен, если работа с такими воспоминаниями, будь то реальные картины из прошлого или текущие достроенные представления помогают людям в избавлении от их проблем.

Несмотря на то, что мне хотелось закончить данную главу красивой фразой, ответ на вопрос о природе тех или иных представлений, возникающих в психотерапии действительно важен, так как подобные воспоминания могут нести за собой последствия, влияющие не только на симптом клиента, но и на другие сферы его жизни (пример, мы уже приводили в начале раздела), а также на то, как сам терапевт будет объяснять клиенту происхождение его воспоминаний (проще говоря, готов ли терапевт обманывать клиента ему во благо или он все-таки может сказать правду) и сможет ли он вместо реалистичных представлений использовать, например, метафорически.

Нарративная теория травмы

Вытесненная травма вполне может быть не биологической проблемой, а психологической, так что и в этом ключе мы рассмотрим несколько теорий.

Нарратив – это рассказ, а, в рамках психологии – это рассказ, который мы рассказываем сами себе. Данная теория предполагает, что невозможность вербализации той или иной ситуации также может приводить и к невозможности интеграции события в семантическую память, так что воспоминание останется фрагментированным²².

Суть ее сводится к тому, что мы запечатлеваем события не как таковые, а помещаем в память, наш собственный внутренний рассказ о них. Эта идея исходит из особенностей нашей памяти в целом и из так называемого эффекта инфантильной амнезии²³, который предполагает, что мы с большим трудом запоминаем события, которые происходили с нами до 5—7 лет именно потому, что до этого возраста наша речь была недостаточно развита, чтобы адекватно их описать. В то же время наша общая сеть семантической памяти формируется именно на основе языка, в то время как события, описанные в рамках других модальностей, могут храниться изолировано или имплицитно.

Теория, однако, предполагает и то, что проблема нарратива может распространяться и за пределы нашего детства, поскольку существуют события, которые нам очень сложно описать и во взрослом возрасте (сами подумайте, как вы сможете осмыслить ситуацию, если неожиданно в вас кто-то выстрелил или вы увидели гибель большого количества людей, как минимум на это понадобится достаточно много времени). Более того, то или иное обыденное событие вполне может стать для нас травматичным если мы придадим ему драматическое описание.

Теория когнитивного диссонанса

Создателем теории когнитивного диссонанса является знаменитый ученый Леон Фестингер последователь Курта Левина.

Фестингер всегда удивлялся необычному поведению людей, ведь они способны не обращать внимание на очевидные вещи и отрицать объективные факты. Он решил узнать какой же психологический механизм стоит за всем этим.

Все началось с момента, когда однажды Марион Кич, обычная домохозяйка, получила письмо от небесного создания по имени Сананда²⁴. Оно пришло не в конверте, а в виде вибрации, которая заставила руку Марион Кич нацарапать на странице записной книжки следующие слова: «Поднятие дна океана приведет к затоплению прибрежных стран, а Земля будет очищена от людей...»

После этого послания стали приходить часто, и все они предупреждали о грядущем потопе, который случится в полночь 21 декабря 1954 года. Спасутся лишь те, кто уверует в Сананду. И... нашлись люди, которые действительно уверовали и образовали небольшую секту. Этим и воспользовался Фестингер, решив посмотреть, что они будут делать, когда в назначенный час ничего не случится.

Ученый внедрил в секту несколько своих сотрудников и стал наблюдать, как ее члены продают свои дома и раздают имущество в ожидании апокалипсиса и дальнейшего спасения. Ну а накануне дня потопы, вся секта собралась, в гостиной дома Марион Кич, чтобы получить последние инструкции, которые поступали в виде слов и автоматического письма от руки этой женщины, а также в виде телефонных звонков от космонавтов, притворявшихся любителями розыгрышей, но на самом деле передававших закодированные сообщения (по крайней мере именно так звонки объясняла сама Марион Кич).

²² McNally R.J. Searching for repressed memory. *Nebr Symp Motiv.* 2012;58:121—47.

²³ Баддли А., Айзенк М., Андерсон М. Память / Пер. с англ. под ред. Т. Н. Резниковой. – СПб.: Питер, 2011. – 560 с

²⁴ Хант М. История психологии. М.: АСТ: 2009. – 863 с.

Было уже 11.50 и до посадки космического корабля оставалось всего десять минут. Люди бросили работу, продали дома, поссорились с членами своих семей.

Полночь наступила и миновала. Некоторые члены секты, потрясенные до глубины души, рыдали. Другие – просто лежали на диванах, бессмысленно глядя в пустоту. Некоторые выглядывали в окна. И, конечно, кто-то просто пошел домой, осознав весь идиотизм происходящего. Однако, так сделали далеко не все...

Фестингер заметил странную вещь. Если до наступления Великого Моментa члены секты воздерживались от публичности, то теперь они любезно приглашали репортеров в дом, предлагая им чай и печенье. Марион Кич, получила очередное послание от Сананды, предписывающее ей связаться с как можно большим числом людей и сообщить, что потоп не произошел, потому что «той ночью эта маленькая группа людей, испустила так много света, что бог решил спасти мир от уничтожения».

В итоге люди, казалось бы, просто не замечали очевидных фактов и всей абсурдности происходящего, при этом прибегая к откровенной лжи. И именно этот факт Фестингер и попытался объяснить в своей теории когнитивного диссонанса²⁵.

Теория когнитивного диссонанса – это одна из теорий соответствия, основанная на стремлении личности к связному и упорядоченному восприятию своего опыта. Теория предписывает, что человек всегда стремится к соответствию в своем опыте, так называемому (консонансу), а в случае рассогласования (диссонанса) он будет испытывать фрустрацию, что заставит его скорректировать либо свои убеждения, либо свое восприятие реальности.

Проще говоря, когда в назначенный день никакая Сананда не прилетела сектанты испытали несоответствие и внутренний конфликт, что привело их к фрустрации и заставило придумывать новые отговорки для того, чтобы хоть как-то восстановить целостность своего внутреннего мира (кстати, типичным способом избежать такого конфликта являются попытки привлечения на свою сторону как можно большего количества людей).

Таким образом можно выделить два когнитивных состояния.

– **Консонанс**, т.е. соответствие в когнитивной структуре опыта. Например, если мы ожидаем прилета Сананды, и она действительно прилетает, то наши ожидания подтверждаются и мы достигаем консонанса.

– **Когнитивный диссонанс** – это состояние рассогласования в опыте. Например, когда я говорю, что все экстрасенсы – это шарлатаны, это может вызвать у человека, который верит в экстрасенсов фрустрацию, и он либо просто перестанет меня слушать, отрицая данную информацию, либо прибегнет к ложному логическому аргументу в стиле того, что я «никогда не встречал настоящего целителя».

Как вы поняли, диссонанс наступает в случае когнитивного конфликта, который может выражаться в нескольких видах.

– **Ожидания не совпадают с реальностью**. Например, если вы видите доказательства того, что политический лидер, в которого вы верите поступает неправомерно и неблагоприятно. Проще говоря, когда предыдущий опыт не соответствует актуальной ситуации.

– **Противоречие в логике внутренних представлений и внутреннего мира**, например, когда вы кого-то и любите, и ненавидите одновременно.

– **Несоответствие внутренних норм внешним**. Например, ситуация, когда мы попадаем в иную культуру с иными обычаями или ситуация, когда мнение группы противоречит нашему мнению.

Но, как уже было сказано, конфликт возможен при несоответствии любых элементов в нашем опыте: чувств, мыслей, восприятий, эмоций.

²⁵ Фестингер Л. Теория когнитивного диссонанса = A theory of cognitive dissonance. – СПб.: Ювента, 1999. – 318 с.

Так вот, любой внутренний конфликт вызывает у человека фрустрацию и напряжение, которое заставляет его разрешить этот самый конфликт и прийти к состоянию консонанса или соответствия, и тогда у него возникают положительные эмоции. А способов достижения консонанса не так уж и много всего два.

– **Подогнать реальность под свои представления.** В этом случае вы искажаете своё восприятие реальности таким образом, чтобы оно соответствовало вашим убеждениям. Если Сананда не прилетела, вы скажите, что она просто сжалась над людьми и прилетит в следующий раз. Если у женщины сын – наркоман, она может просто не замечать этого и думать, что все нормально. Если папа растлевает свою малолетнюю дочь, то, подрастая, она может просто вытеснить ситуацию сексуального насилия или решить, что папа так выражал свою любовь. А если у человека разом сгорели в доме все родственники, он вполне может вытеснить это событие и породить галлюцинации, в которых все родственники живы (так появляется психогенная шизофрения, но, конечно, это редкость, которую вы скорее увидите в фильмах типа «Остров проклятых» или «планета Ка-Пекс»).

– **Изменить свои представления в соответствии с реальностью.** В этом случае вы подгоняете свои убеждения под изменившуюся реальность. Сананда не прилетела – значит это был обман. Сын ворует деньги из дома и у него на руках проколы – значит он наркоман и его надо лечить. Отец растлевал дочь – значит это он был насильником, а не она вела себя плохо. Родственники погибли – значит это так, но надо жить дальше, перестраивая свою жизнь.

Однако стоит понимать, что второй путь намного сложнее и болезненнее, и он рождает уже намного больше когнитивных конфликтов и сложностей. Ведь если мать признает, что ее сын наркоман, представьте сколько всего ей придется поменять в своей жизни и сколько иных убеждений и представлений придется изменить.

Именно поэтому экстрасенсы постоянно избегают любых скептических проверок, а те, кто верит в гороскопы и гадалок сами неосознанно реализуют данное им пророчество²⁶.

И как вы уже могли понять степень диссонанса может быть различной в зависимости от того насколько важные и обширные аспекты нашей когнитивной структуры он затрагивает. И если от мимолётных идей мы готовы отказаться сразу же под влиянием аргументов, то от значимых убеждений, которые бы охватывали всю нашу жизнь, типа религии, профессии, личностных особенностей, мы отказываемся с большим трудом.

И даже если диссонанса нельзя избежать, мы всегда будем стараться его хотя бы уменьшить, например, отрицая неприятную информацию и направляя внимание на единичные факты, подтверждающие наше мнение, либо просто выдумывая их.

Сегодня данная теория является одной из наиболее обоснованных в психологии, и она нашла огромное количество подтверждений, а также является базовым механизмом для различных когнитивных искажений и функций психики. Например, на основе механизма когнитивного диссонанса мы создаем и видоизменяем наши когнитивные схемы. На основе когнитивного диссонанса строится эффект Розенталя или самореализующегося пророчества²⁷, эффект вложений (когда нам сложнее отказаться от того, во что мы вложились) и сотни, а может и тысячи других.

Когнитивный диссонанс в психотерапии. Как вы уже могли понять, теория когнитивного диссонанса может быть использована в психотерапии в рамках объяснения таких понятий как внутренний конфликт, вытеснение и механизмы защиты психики.

Проще говоря, та или иная травматическая ситуация вводит нас в состояние диссонанса так как крайне рассогласуется с нашим опытом (опять же вспомним девочку, которую растле-

²⁶ Robert Rosenthal; Lenore Jacobson (September 1968). «Pygmalion in the classroom». The Urban Review. 3 (1): 16—20.

²⁷ Merton R. K. The Self-Fulfilling Prophecy (англ.) // The Antioch Review – Antioch College, 1948. – Vol. 8, Iss. 2. – P. 193—210.

вает пьяный папа, который по идее должен ее любить). Такой конфликт вызывает у человека состояние фрустрации, а, проще говоря, тот внутренний дискомфорт, с которым к психологу и приходят клиенты.

Если говорить чуть сложнее, то в момент травмы у нас формируется негативная группа идей и эмоций, связанных с ними. И, по-видимому, через механизм когнитивного диссонанса, мы способны вытеснять неприемлемые идеи и представления, но негативная эмоция, так или иначе, остается, так как вытесненный материал стремится прорваться наружу, и она напоминает нам о проблеме. Из-за этого мы и испытываем фрустрацию – из-за той негативной эмоции в теле, про которую постоянно спрашивают глубинные психологи. Наша психика начинает защищаться от данной эмоции, что и воплощается в механизмах защиты психики (или механизмах прерывания, если мы говорим про гештальт-терапию).

И, например кто-то прибегает к ретрофлексии или аутоагрессии, потому что не может направить эту агрессию на маму (диссонанс в отношении агрессии к маме заставляет человека считать, что не она плохая, а он плохой), а кто-то впадает в зависимость, потому что без наркотика он будет встречаться со своим проблемным чувством.

Но это лишь субъективные выводы, однако, что по поводу экспериментальных подтверждений того, что люди способны вытеснять свои воспоминания?

Теория мотивированного забывания

Аллан Баддли предположил, что мы вполне можем намеренно забывать ту информацию, которая нам не нравится²⁸. В своем эксперименте он давал испытуемым список слов, из которых просил запоминать одни и намеренно забывать другие, после чего испытуемые действительно хуже вспоминали те слова, которые их просили забыть.

Таким образом, если человек хочет забыть какую-то неприятную информацию, что часто можно наблюдать в случае травматических эпизодов, он вполне может сделать это. Правда проблема исследования состоит в отсутствии доказательств того, что намеренно забытая информация с одной стороны, становится недоступной для человека, а с другой, что все-таки остается возможность ее последующего извлечения, о чем гласит теория вытеснения.

Непреднамеренное забывание

Другой подход был предложен также крупным ученым Джоном Андерсоном. Джон Андерсон заговорил не о мотивированном, а о непреднамеренном забывании как в теории у Зигмунда Фрейда²⁹.

Он предположил, что такое забывание достигается за счет нашей функции исполнительного контроля. Данная функция является собирательным понятием в когнитивной психологии, но если по-простому, то эта функция нашей психики, которая отвечает за выполнение текущей деятельности, т.е. она заставляет нас концентрироваться на ней внимание и тормозит отвлекающие импульсы.

Так вот в своем исследовании ученый просил студентов запоминать пары несвязанных слов. А затем он просил либо думать, либо не думать о втором слове. Оказалось, что студенты на 20% хуже вспоминали слова, о которых не думали.

Этим Андерсон хотел доказать, что, механизм подавления воспоминаний, который раньше ставился под сомнение все-таки существует. Наша психика вполне способна вытеснять воспоминания, просто отвлекая нас от них.

В последующем учёный также исследовал нейрофизиологическую основу такого подавления. В результате, он обнаружил, что гиппокамп, который обычно активен при восстанов-

²⁸ Anderson MC, Hanslmayr S. Neural mechanisms of motivated forgetting. Trends Cogn Sci. 2014 Jun;18 (6):279—92.

²⁹ Баддли А., Айзенк М., Андерсон М. Память / Пер. с англ. под ред. Т. Н. Резниковой. – СПб.: Питер, 2011. – 560 с

лении воспоминаний, не был активен, когда участники пытались подавить мысли о целевом слове. С другой стороны, намного больше активировалась префронтальная кора и, по мнению Андерсона, это говорит о том, что люди могут использовать префронтальную кору для подавления процессов памяти происходящих в гиппокампе³⁰.

В целом этот и предыдущий подходы хорошо вписываются в более общую теорию когнитивного диссонанса и демонстрируют каким образом мы способны вытеснять травматические воспоминания. Травматические воспоминания всегда неприятны и из-за нежелания встречаться с ними мы вполне способны либо сознательно подавить такие воспоминания, либо делать это неосознанно, тормозя сам процесс консолидации и пробуждения памяти.

Конечно, у таких теорий есть проблема – это крайне сложный процесс доказательства. Чтобы нам доказать влияние вытесненной травмы на симптом необходимо: отыскать травмированных личностей, которые не помнят о своей травме; показать, что они действительно не помнят и вытеснили свои воспоминания; воскресить вытесненные воспоминания и доказать, что они правдивы; доказать, что именно эти воспоминания связаны с симптомом.

Понятно, что эта задача практически невыполнима, и именно поэтому мы рассматриваем с вами разные аспекты травмы, пытаясь доказать по частям, что существует вытеснение, что существует диссоциация, что существует внутренний конфликт.

Возможно, когда-то мы получим более весомые доказательства для всего этого, но сейчас уж точно нельзя говорить о том, что идея вытеснения и психологических травм противоречит научной картине мира.

Ложные воспоминания в глубинной психотерапии

На самом деле идею психической травмы критикует в большей мере не за то, что подобных травм не может существовать в принципе, а за то, что часто за эти травмы выдаются ложные воспоминания, которые внушаются самими психотерапевтами, на основе теории того метода, который они практикуют (психоаналитик будет внушать идею сексуальной травмы, а регрессолог – травмы из прошлых жизней). В психотерапии уже давно постулируется идея вытесненных воспоминаний, но что не так с этими воспоминаниями, и почему они вполне могут быть не настоящими?

Многие направления глубинной терапии базируются на том, что, вспомнив амнезированную травму, вы избавитесь от своего симптома. И эта идея достаточно долго имела широкое распространение. Дело дошло до того, что в середине 90-х в некоторых штатах Америки продлили срок исковой давности по делам о сексуальном насилии над детьми, так как, те по мнению законодателей и с подачи психологов могли вспомнить забытое³¹.

Первый скандал не заставил себя ждать, и связан он был с психоанализом, времена расцвета которого в США совпали с неожиданным ростом судебных исков по поводу сексуальных домогательств со стороны родственников. Огромное количество людей подавало в суд на своих родных и близких, за то, что те так или иначе проявляли сексуальные действия по отношению к ним в детстве. Многие люди садились в тюрьму и выплачивали огромные компенсации...

Вскоре, однако, обнаружилось, что все эти истцы являлись пациентами психоаналитиков, которые в то время опирались на теорию Фрейда о вытесненной сексуальной травме. Оказалось, что эти терапевты часто старались подвести своих клиентов под воспоминание подобных событий, намекая на то, что в тех или иных действиях их родственников, которые еще и вспоминаются с трудом, имелся сексуальный подтекст.

³⁰ Anderson MC, Hulbert JC. Active Forgetting: Adaptation of Memory by Prefrontal Control. *Annu Rev Psychol.* 2021 Jan 4;72:1—36.

³¹ Robbins SP (1998). «The Social and Cultural Context of Satanic Ritual Abuse Allegations». *Issues in Child Abuse Accusations.* 10.

Подобные события даже привели к созданию Фонда синдрома ложной памяти (FMSF), Питером Фрейдом, который был обвинен в сексуальном насилии в детстве своей уже взрослой дочерью Дженнифер Фрейд³². Показательная фамилия не правда ли?

В результате этих событий и новых открытий в психологии памяти в некоторых странах запретили брать показания у свидетелей под гипнозом, да и вообще криминалисты стали намного более тщательно относиться к стратегиям допроса свидетелей, чтобы не навести их на подозрения совершенно невинных людей. Все эти меры дали толчок для исследований в области ложных воспоминаний.

Открытие ложной памяти. Пионером в области исследований ложной памяти стала Элизабет Лофтус.

В одном из экспериментов она заставляла людей изменить оценку факта из их воспоминаний. Так она показывала испытуемым видеозапись аварии, только у одних она спрашивала: «С какой скоростью ехали машины, когда соприкоснулись?», а у других: «С какой скоростью ехали машины, когда влетели друг в друга?». В итоге во втором случае участники эксперимента оценивали скорость намного выше³³.

В другом опыте с помощью наводящих вопросов ученая внедряла воспоминание о том, что испытуемый потерялся в торговом центре, в возрасте 5 лет. Оказалось, что около 25% участников поверило в то, что информация достоверна³⁴.

В дальнейшем она проводила множество сходных экспериментов, например, изучая то, как речь следователя может повлиять на показания ребенка. В итоге во всех этих случаях воспоминания людей достаточно легко отклонялись от истинных.

Таким образом Лофтус доказала, что воспоминания не фиксируются в памяти, а каждый раз при необходимости воспроизведения реконструируются, выстраиваются заново под влиянием текущей ситуации. И это происходит за счет ряда механизмов.

1. Когнитивный диссонанс. Базовый механизм реконструкции воспоминаний – это когнитивный диссонанс, когда мы подстраиваем друг под друга разные элементы опыта в случае их несоответствия. Каждый раз, вспоминая ту или иную ситуацию, человек будет опираться на свои текущие знания, убеждения и представления. Поэтому воспоминания 10-летнего ребенка могут колоссально отличаться от того же воспоминания в более старшем возрасте: например, маленький ребенок может верить, что он вчера встретился с монстром, а вот уже взрослый человек, зная, что монстров не существует будет считать, что когда-то ему просто приснился страшный сон. Хотя, кто знает, может он действительно встречался с монстром просто наши текущие знания и опыт не допускают такой возможности и поэтому вытесняют подобные знания и воспоминания...

2. Инфляция воображения. Если базовым механизмом коррекции воспоминаний является когнитивный диссонанс, то конкретных способов их изменения намного больше. Один из них был назван инфляцией воображения. Он заключается в том, что человек может принять за действительное то событие, которое ярко себе представил³⁵. Например, так случается при подозрении в сексуальном насилии над несовершеннолетним. Ребенка начинают расспрашивать, задавать наводящие вопросы, демонстрировать те или иные действия на кукле, и он может вообразить себе описываемый опыт, посчитав, что так все и произошло на самом

³² Whitfield, Charles L.; Joyanna L. Silberg; Paul Jay Fink (2001). *Misinformation Concerning Child Sexual Abuse and Adult Survivors*. Haworth Press. p. 56.

³³ Loftus E.F. Reconstruction of automobile destruction: An example of the interaction between language and memory, *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior* 13 (1974), 585—589.

³⁴ Лофтус Элизабет. Память. Пронзительные откровения о том, как мы запоминаем и почему забываем»: КоЛибри, Азбука-Аттикус. Москва. 2018

³⁵ Loftus E.F. Imagination inflation: Imagining a childhood event inflates confidence that it occurred, *Psychonomic Bulletin & Review* 3 (1996), 208—214, и L. M. Goff & H. L. Roediger, Imagination inflation for action events: Repeated imaginings lead to illusory recollections, *Memory & Cognition* 26 (1998), 20—33.)

деле. Гештальт-терапевт может намекать клиенту на то, что тот должен был переживать весь спектр чувств при расставании со своей девушкой, и тот действительно может решить, что у него были эти чувства, хотя на самом деле девушка была ему просто безразлична. Когнитивный терапевт может навести человека на мысль, что при панической атаке он думал, что умрет и задохнется и начать работать с этой мыслью, хотя на самом деле человек при панической атаке ни о чем вообще не думал, а просто был в ужасе.

3. Интерференция воспоминаний. Память может исказить интерференция (или смешение) воспоминаний о другом событии. Так, в 1971 году Джон Брэнсфорд и Джеффри Фрэнке показали, что воспоминания не хранятся отдельно друг от друга. Они ознакомили студентов со списком предложений, описывающих одно происшествие:

Муравьи съели сладкое желе, которое было на столе.

Муравьи были на кухне.

Муравьи съели сладкое желе.

Ну и другие фразы

Затем, студентам представили другой список предложений и попросили определить, какие из них были в первом списке. Студенты были уверены в верности варианта: «Муравьи на кухне съели сладкое желе, которое было на столе», хотя в реальности этого пункта не было в первом списке.

Так произошло, потому что данное предложение содержит комбинацию фраз из первого списка. Проще говоря, люди не просто запоминают предложения, они создают и запоминают общую картину. Когда одна часть информации соединена с другими уже сложно понять, что к чему относится. Так, человек может вспомнить какое-то ужасное событие, только потому что когда-то он его увидел или услышал о нем, а теперь воспринимает как то, что случилось именно с ним.

4. Ретроспективное предубеждение. Еще один эффект – это ложное чувство знания. Данный эффект был продемонстрирован в экспериментах Френкеля и Дуба, которые опросили людей непосредственно перед голосованием и сразу после него. Оказалось, что избиратели были намного более уверены в победе своего кандидата после голосования, чем до него. Ровно точно также происходит в психотерапии, когда человек излечивается в результате вспоминания какого-либо события. Если это произошло, то он становится более уверен в том, что данное событие является истинной и правдой и в том, что оно вполне могло произойти даже если это не так.

5. Социальное влияние. Наши воспоминания подвержены еще и социальному влиянию, что выражается в конформности нашей памяти³⁶. Клиент вполне способен поверить в то, что какое-то событие действительно произошло просто потому, что терапевт на этом настаивает и уверен в своей правоте. Это часто происходит в семейных расстановках, когда терапевт ни с того ни с сего заявляет, что видит в этой расстановке ужасный конфликт, который произошел у предков клиента. И проблема здесь не в предках, а в том, что клиент приобретает уверенность, что что-то ужасное действительно произошло, проще говоря, он получает дополнительную психотравму к уже имеющимся.

6. Эмоциональное искажение. В вашем сознании может храниться невероятно живое воспоминание о том или ином событии, в справедливости которого у вас и не возникнет сомнений. Однако практика показывает, что такое воспоминание не всегда оказывается истинным. Этому феномену посвящено великое множество научных изысканий, в том числе исследование воспоминаний о трагедии 11 сентября, в котором приняли участие 1500 респондентов³⁷.

³⁶ Roediger H. L. Social contagion of memory, *Psychonomic Bulletin & Review* 8 (2001), 365—371.

³⁷ Talarico J. M. Confidence, not consistency, characterizes flashbulb memories, *Psychological Science* 14 (2003), 455—461, и W. Hirst, E. A. Phelps, R. L. Buckner, A. Cue, D. E. Gabrieli & M. K. Johnson, Long-term memory for the terrorist attack of September 11: Flashbulb memories, event memories and the factors that influence their retention, *Journal of Experimental Psychology: General*

Их опрашивали через неделю после катастрофы, через год, через три года и через десять лет. Самые эмоциональные воспоминания респондентов о личных обстоятельствах в момент трагедии казались респондентам наиболее достоверными, но парадоксальным образом именно эти воспоминания сильнее всего изменились у них с годами, а менее эмоционально окрашенные подробности сохранились.

Хороший пример такого искажения описан в книге Френсис Шапиро, где клиентка Шапиро искренне верила, что ее в детстве изнасиловал сам дьявол, однако в итоге проработки оказалось, что это был знакомый отца, надевший карнавальную маску.

Таким образом мы выяснили, что наши воспоминания – это не раз и навсегда фиксированная информация, поступающая с наших рецепторов. Это подвижное и изменчивое знание. Причем повлиять на воспоминание можно довольно просто и для этого существует достаточно большое количество механизмов.

Как искажаются воспоминания в психотерапии? По сути, есть несколько способов с помощью которых создаются ложные воспоминания в психотерапии.

1. Изначальные ожидания и установки субъекта. Субъект изначально может быть предрасположен к формированию ложных воспоминаний просто за счет тех теоретических вводных, которые мы ему предлагаем. Например, мы можем заявить, что все причины проблем у нас кроются в прошлых жизнях, в травмах прошлых поколений или в перинатальных периодах. Очевидно, что все это является абсолютной глупостью, но если человек в это верит, то, скорее всего, он это и вспомнит. При этом, если клиент не верит в прошлые жизни, их он вспоминать точно не будет.

Сама установка на то, что существуют вытесненные травмы уже будет порождать у людей склонность вспоминать именно то, что они в обычном состоянии не помнят, а самый простой способ вспомнить, в таком случае – это просто выдумать.

2. Подкрепляющее влияние терапевта. Какой-нибудь регрессивный терапевт может заставлять человека вспоминать все более ранние ситуации, даже если он уже вспомнил все значимые травмы. В итоге, когда клиент дойдет до самого раннего воспоминания под влиянием уговоров терапевта он начнет придумывать. Или, например, психоаналитик может игнорировать одни воспоминания, не подтверждающие теорию и подкреплять те, которые подтверждают. Он будет молчать при воспоминании каких-то драк в школе, но сразу же будет проявлять активность, когда клиент хоть немного будет намекать на отношения с мамой. Таким образом клиент будет все больше уходить именно в ту тему, которая важна терапевту и постепенно менять свою точку зрения.

3. Наводящие вопросы и фразы. Если клиент сначала рассказывал нам про свою маму, а потом начал про отношения с девушкой, то мы можем спросить: «А как то, что ты говорил до этого связано с тем, что ты говоришь сейчас?». И даже если никакой связи нет, человек начнет ее искать и найдет. Или, если человек жалуется на подавленную агрессию мы можем спросить, «А как это проявлялось в твоём детстве? Как подавляли твою агрессию?». Опять же клиент вам обязательно отыщет ситуации, где в детстве подавляли его агрессию. Какой-нибудь клиент-центрированный терапевт на фразе: «Когда болит рука, я чувствую грусть», говорит: «Когда у тебя болит рука и ты чувствуешь грусть, также ощущается недостаток ответственности», также внушает вам, что вы безответственный, хотя это вообще никак не относится к проблеме

4. Пресуппозиции. Пресуппозиции – это когда мы в речи постулируем что-то как подразумеваемый факт. Например, если клиент рассказывает, что мама однажды оставила его в торговом центре терапевт может ответить: «И как жестокое отношение матери повлияло на твою текущую ситуацию?». В итоге мама то просто могла случайно потерять ребенка, но терапевт

это интерпретировал как жестокость, а клиент, в свою очередь, принял эту идею и, вполне возможно, вскоре припомнит какие-то действительно жестокие случаи, неверно интерпретировав поведение матери.

Наверняка есть и еще какие-то варианты, но все они говорят о том, что в процессе психотерапии надо крайне серьезно следить за своей речью и не вносить свой материал в мысли и чувства клиента, а также использовать максимально чистый язык.

И хотя многие обвиняют гипнотерапию в ложных воспоминаниях, там наверно внушающего воздействия меньше всего, ведь гипнотерапевт практически ничего не добавляет от себя, а дает четкие и открытые команды («Представь текущую ситуацию», «Вспомни что было раньше», «Что происходит в этой ситуации?», «Начни выразить свои чувства»). Единственная идея, которая здесь внушается – это то, что причина проблемы человека лежит в прошлом, но это уже издержки теории.

Удивительно, но в противоположность гипнозу, те терапии, которые заявляют себя как наиболее недирективные предполагают под собой больше всего внушений в виде интерпретаций, эмпатических высказываний, различных подстроек и ведений, которые часто и приводят к индукции тех или иных состояний и воспоминаний.

Однако на все эти пункты есть и ответный аргумент. Во-первых, многие люди, начитавшись про ложные воспоминания, начинают считать, что чуть ли не вся память у нас ложная, а психотравмы – это глупость. Однако, глупым здесь является только подобное мнение. Да, в психотерапии есть определенный процент ложных воспоминаний, но появление таких воспоминаний происходит далеко не всегда, и на их образование влияет множество факторов. Большинство людей вообще не будут вспоминать какие-то «вытесненные» травмы, а вспомнят обыденные факты своей биографии и не более того.

Во-вторых, психологи – это не следователи и для них не важна достоверность воспоминания. Что важно, так это то, что факт воспоминания позволяет произойти катарсису и эмоциональному выплеску, а также интегрировать травматический материал и исцелить человека. Главное, чтобы такое исцеление не заменялось ложными идеями в стиле прошлых жизней и родовых травм.

Наконец, чтобы поубавить возмущение скептиков относительно идеи вытесненной травмы, мы приведем реальные данные, демонстрирующие, что вытеснение травматических воспоминаний существует. В частности, сам факт забывания травматических событий был сначала подмечен Пьером Жане, а затем подтвержден большим числом исследователей.

Например, О Брайен, Вилкинсон, Кадиш зафиксировали забывание событий после природных катастроф. Сержэнт и Слаттер обнаружили амнезию на событие у 144 из 1000 солдат, попавших в госпиталь. Голдфилд и коллеги зарегистрировали забывание у жертв похищения и пыток. Лофтус и другие зарегистрировали амнезию у жертв сексуального насилия. И это лишь малая часть данных.

Правда стоит сказать, что во взрослом возрасте такое забывание скорее редкость, и чаще всего забывание происходит в детстве, а сами травмы терапевты пытаются отыскать обычно в возрасте до 7 лет, что было показано в ряде статей, среди которых статьи Бриера³⁸, ван дер Колка и других.

При этом оказывается, что чем более хроническим был стресс в детстве тем более высока вероятность забывания событий³⁹.

Таким образом можно с уверенностью заявить, что вытесненная память существует также как существует, и вытесненная травма и не стоит списывать воспроизведение травмы просто на ложные воспоминания.

³⁸ Briere J. «Self-reported amnesia for abuse in adults molested as children.» *Journal of Traumatic Stress* 6 (1993): 21—31.

³⁹ Bessel A. van der Kolk. *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*. Viking, 2014. 464 pp.

ПОНЯТИЕ ЭНЕРГИИ В ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ И ГЛУБИННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Мы рассмотрели с вами понятия травмы, бессознательного и вытеснения, но это далеко не вся теоретическая основа психодинамической психотерапии, ведь существует и еще один, наверно, самый значимый и, в тоже время, самый сомнительный теоретический конструкт в рамках психодинамического направления – понятия о психической энергии.

Если вы не являетесь поклонником эзотерики, то, скорее всего, при слове «энергия» вам представляется набор высказываний в стиле «энергия Ци», «энергия космоса», «внутренняя энергия», которые в своей практике так часто применяют различные шарлатаны. И это, конечно, отбрасывает мрачную тень и на представителей психодинамических направлений психотерапии, которые также склонны оперировать данным понятием (вспоминаем энергию либидо по Фрейду, или разговоры гештальтистов о том, как меняется уровень энергии человека в зависимости от его нахождения на том или ином этапе цикла контакта).

Однако, в отличие от различных «целителей» и «магов», которые опираются на энергию как на один из способов вызвать у вас идеомоторные ощущения, которые докажут вам эффект их воздействий⁴⁰, в глубинной психологии все далеко не так, а понятие «энергия» обычно используется для обозначения вполне физических феноменов, таких как стресс, потребности и тревога, которые могут фиксироваться на тех или иных способах разрядки и удовлетворения. Но и это часто приводит к вопросам: «А как же нам увидеть ту самую энергию?», «Что под ней имеется в виду?», «Каким образом происходит фиксация энергии на тех или иных объектах?» и т. д. Собственно, в этой главе мы попытаемся отыскать рациональные основы для данного концепта в глубинной терапии.

Теория стресса Ганса Селье

Многие направления психодинамической терапии применяют понятие внутренней энергии. Самый известный пример – это энергия либидо у Зигмунда Фрейда или оргонанная энергия у Вильгельма Райха. В гештальт-терапии вам тоже постоянно будут говорить об уровне энергии клиента.

Надо сказать, что в целом нет никакого сомнения в том, что нами движет энергия. Ведь мы как-то ходим, двигаемся, думаем, и в этом нам и помогает наша энергия, которая даже измеряется в точных единицах измерения – в калориях. Но в глубинной терапии говорят не просто о какой-то абстрактной энергии, а об энергии психической...

Основное положение сводится к тому, что нами движет неспецифическая энергия, которая в процессе нашей жизнедеятельности может переходить в различные формы психической жизни. Например, одна и та же абстрактная энергия может становиться различными видами эмоций и желаний, направляться на разные действия, а также фиксироваться на разных объектах. Более того, если эта энергия начинает течь как-то неправильно, потому что на ее пути возникает какое-то препятствие, то она находит себе обходной путь и в итоге выражается в симптоме.

В итоге возможны два способа реализации энергии: реализация адаптивным способом, когда мы в своих действиях учитываем факторы внешней среды, и реализация дезадаптивным

⁴⁰ Здесь имеется в виду идеосенсорный феномен, в рамках которого клиент настолько ярко представляет себе то, о чем говорит целитель (а говорит он обычно о потоках энергии, которые текут в тех или иных частях вашего тела, над которыми он еще и машет руками), что сам начинает эту энергию чувствовать. К реальной энергии это не имеет отношение, и мы подробно будем разбирать данный вопрос позже, однако надо понимать, что с таким же успехом вы можете вызвать силой мысли у себя ощущения тепла, холода, тяжести и др., и это также не будет относиться к реальному воздействию.

способом, когда мы фиксируемся на каких-то способах реализации энергии и теряем возможность скорректировать свои действия под влиянием ситуации.

Таким образом то, что нам предстоит сегодня доказать – это факт наличия этой самой энергии; то, что она имеет неспецифический характер; и то, что она может фиксироваться на различных способах реализации и для этого мы обратимся к теории стресса.

Создателем теории стресса стал Ганс Селье (1907—1986). Ученый однажды заметил, что у больных людей, вне зависимости от типа болезни, всегда есть общие симптомы, например, ухудшение аппетита, снижение веса и др. Он начал ставить опыты на животных и обнаружил, что обычные инъекции вызывают у них такие же реакции, как и травмы, инфекции и другие поражения, то есть на любые воздействия, нарушающие целостность организма, они реагируют однотипным образом.

При воздействии на организм животного, у него начинают выделяться определенные гормоны, которые мы сейчас называем стрессовыми. Сюда относятся адреналин и норадреналин, кортизол и пролактин. Все эти гормоны вызывают определенные реакции в системах нашего организма. При сильном стрессе мышцы напрягаются, сердце начинает биться быстрее. Кортизол приводит нашу нервную систему в состояние повышенной возбудимости.

Селье назвал такую реакцию общий адаптационный синдром⁴¹, и только потом эта реакция получил название стресс.

Стресс – это неспецифический ответ организма на любые внешние воздействия, служащий для его адаптации к постоянно меняющимся условиям внешней среды.

Идея стресса сводится к тому, что, встречаясь с любыми внешними условиями, наш организм испытывает возбуждение, которое заставляет нас адаптироваться к ним. Адаптация же происходит не просто за счет каких-то наших действий, но это целостный физиологический процесс, куда вовлечены гормоны и реакция нервной системы.

При этом Селье разделил стресс на два состояния: **эустресс**, который помогает нам эффективно адаптироваться к внешним условиям и служит для нас определенным стимулом, и **дистресс**, который мы испытываем при неспособности к адаптации.

Дальнейшие эксперименты Ричарда Лазаруса показали, что стресс в нас могут вызывать не только физические, но и психологические раздражители⁴². Лазарус предположил, что на наш уровень стресса будет влиять не только сам факт воздействия, но и наша психологическая оценка данного воздействия.

В своем эксперименте он демонстрировал испытуемым видео с хирургическими операциями на мужских половых органах у туземцев, однако в одном случае видео сопровождалось речью антрополога о туземных ритуалах, а, в другом – звуковое сопровождение описывало все ужасы операции и носило травматический характер. В итоге оказалось, что травмирующий характер речи, в разы повышал стрессовую реакцию на одну и ту же картину.

Этот эксперимент показал, что стресс является стандартной реакцией и на психологические стимулы, в виде оценок, мыслей и восприятий, которые также могут направлять наши адаптационные реакции.

Сама же реакция стресса протекает в несколько этапов.

1. Стадия тревоги. На этом этапе начинается выработка стрессовых гормонов, а человек испытывает мобилизацию, что и выражается в общем возбуждении, которое заставляет его предпринимать какие-то действия по адаптации к ситуации. Например, если мы видим злую собаку, то мы начинаем испытывать тревогу, сердце бьется сильнее, а мышцы наливаются кровью и все это для того, чтобы приготовить нас к бегству.

⁴¹ Selye H.A. Syndrome Produced by Diverse Nocuous Agents Архивная копия от 7 января 2008 на Wayback Machine. Nature. vol. 138, July 4 (1936), p. 32.

⁴² Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования. – В кн.: Эмоциональный стресс. М., 1970, с.178—209.

2. Стадия сопротивления или резистентности. Если нам удалось адаптироваться к стрессу и, например, убежать от собаки, то организм запускает противоположные процессы и парасимпатическая нервная система помогает нам успокоиться и восстановить гормональный баланс.

3. Стадия истощения. Если адаптироваться не получилось и стрессор продолжает на нас воздействовать, то организм переходит в третью стадию – стадию истощения. В этом состоянии у нас продолжают выделяться стрессовые гормоны, однако они уже не приносят никакой пользы, а, наоборот, истощают наш организм и вредят нашим внутренним органам. Мы вновь испытываем состояние тревоги. Отсюда, кстати, и происходят различные психосоматические заболевания типа гипертонии.

Из всех этих стадий для нас сейчас наиболее интересна именно первая стадия – стадия тревоги. Она показывает, что на любой раздражитель мы отвечаем недифференцированной тревогой, которая только позже перерастает в какой-то ответ на внешнее воздействие. И именно тревога является базовым динамическим понятием в глубинной терапии. Например, хотя Фрейд и говорил о либидо, все же основным психологическим показателем возбуждения для него являлась психологическая тревога.

В гештальт-терапии модель цикла удовлетворения потребности также берет свое начало с тревоги, которая затем переходит в агрессию или активность по отношению к среде. И именно по уровню возбуждения измеряется и уровень энергии в процессе сеанса.

Сам же Селье в своих работах также предложил термин адаптационной энергии стресса⁴³, который получил свое развитие в работах Голдстоуна⁴⁴. Голдстоун предлагает концепцию постоянной продукции адаптационной энергии в организме, которая может накапливаться и храниться в ограниченном количестве.

И, по сути, именно эту энергию и эти возможности адаптации организма психологи и имеют в виду, упоминая фрейдовское либидо, или райхианскую энергию оргона. И, если мы воспринимаем энергию именно таким образом, а не как какую-то абстрактную сущность типа магнетического флюида и энергии «ци», то тогда все встает на круги своя и исчезает какое-либо противоречие с научной картиной мира.

Важно также понять и то почему первые авторы глубинных направлений, рассматривали разные источники данной энергии: например, Фрейд говорил о сексуальной энергии, а Адлер – о стремлении компенсировать свои недостатки. Ответ здесь достаточно простой: стрессором являются не только воздействия, идущие из окружающей среды, но и идущие изнутри нашего тела, проще говоря, такими стрессорами являются наши потребности. И если мы испытываем голод, то определенные химические показатели организма также будут заставлять нас испытывать стресс. Учитывая, что во времена Фрейда из-за запретов церкви наиболее фрустрированной была именно сексуальная потребность, то и неудивительно, что в качестве основы для неврозов он видел именно её.

Нам же нужно еще сказать и о возможности фиксации энергии на тех или иных способах удовлетворения. И здесь, как ни странно, свою лепту внес Иван Петрович Павлов, даже несмотря на то, что он был противником психоанализа. Ведь он создал формулу условного рефлекса, но что сейчас важнее это то, что он показал, что условный рефлекс образуется только в ситуации возбуждения организма и при наличии определенного уровня стресса. Например, чтобы собака начала испускать слюну на звонок при появлении мяса, она должна изначально испытывать голод, иначе научения не происходит. И ровно точно также можно смотреть на процессы в стиле фиксации либидо на том или ином объекте или способе удовлетворения.

⁴³ Selye H., Experimental evidence supporting the conception of «adaptation energy» Архивная копия от 20 сентября 2010 на Wayback Machine, Am. J. Physiol. 123 (1938), 758—765.

⁴⁴ Goldstone B., The general practitioner and the general adaptation syndrome Архивная копия от 29 сентября 2010 на Wayback Machine, S. Afr. Med. J. 26 (1952), 88—92, 106—109

Таким образом энергия в психодинамической терапии – это стресс, который связан с возбуждением и тревогой и который получает свою разрядку в связи с реализацией той или иной потребности. В то же время, человек в процессе жизни может фиксироваться на тех или иных способах разрядки стресса, что и приводит его к неврозу.

Двухфакторная теория эмоций Шехтера-Сингера

Разговор об энергии еще не закончен, так как для обоснования глубинной терапии нам надо обсудить и то, способна ли наша внутренняя энергия переходить в различные формы нашей психической жизни, в частности, мы поговорим об эмоциях. И этот факт действительно был обоснован в двухфакторной теории эмоций Шехтера-Сингера.

Стенли Шехтер и Джером Сингер предположили, что эмоции являются следствием познавательной интерпретации недифференцированной телесной активации (проще говоря, они являются следствием нашей интерпретации телесного возбуждения).

Исходя из этого положения ученые выделили два компонента в процессе образования эмоций: во-первых, физиологическое состояние, а в частности, возбуждение организма; во-вторых, познавательные процессы, по сути, интерпретация данного возбуждения, исходя из ситуации.

Благодаря этим двум компонентам данная концепция и получила название «двухфакторной». А для обоснования своей теории ученые решили провести эксперимент, в котором можно было бы манипулировать данными переменными.

Испытуемым вводился эпинефрин (синтетический адреналин), а также изменялась информация, которую получали участники эксперимента. Например, одним говорили о содержании инъекции, а другим, что «просто вкололи физраствор». Менялось и эмоциональное состояние их партнеров. Испытуемые должны были наблюдать актера, который, прочитав письмо, реагирует на него либо радостью, либо гневом. Таким образом, испытывая одно и то же физическое возбуждение, испытуемые могли интерпретировать его совершенно по-разному⁴⁵.

Гипотеза ученых подтвердилась: люди, испытывая одно и то же физиологическое состояние возбуждения, ощущали разные эмоции в зависимости от ситуации.

Если испытуемые не могли объяснить свое возбуждение иначе, они интерпретировали его исходя из ситуации, т.е. они начинали чувствовать гнев или радость в зависимости от поведения человека за стеклом. Если им давалось альтернативное объяснение, т.е. им говорили о том, что им вкололи адреналин, то они не испытывали эмоций. И, наконец, если им вкалывали физраствор, то они также не испытывали эмоций. При этом в одних и тех же обстоятельствах индивид отвечал той интенсивностью эмоций, в которой он был и физически возбужден.

Данные результаты позволили ученым утверждать, что ведущим в формировании эмоций является именно когнитивный компонент и данные результаты, как бы это печально не звучало не подтвердились.

Во-первых, потому что не все эмоции под собой несут одинаковое возбуждение, например, злость и страх могут возникать по разным моделям.

Во-вторых, попытки повторить исследования часто сводились к тому, что люди впадали в негативное состояние нежели как-то иначе интерпретировали свои чувства.

В-третьих, теория не работала на людях с чрезмерным возбуждением, например, на людях с высокой тревожностью или в состоянии сильного стресса.

Однако, если мы посмотрим глубже, то эти результаты не наносят большого урона теории, и она вполне позволяет объяснить нам многие теоретические аспекты в глубинной психотерапии.

⁴⁵ Schachter, S., & Singer, J. (1962). Cognitive, Social, and Physiological Determinants of Emotional State. *Psychological Review*, 69, pp. 379—399.

1. Она показывает, что, так или иначе, наша интерпретация и наше осознание нашего внутреннего возбуждения, и тревоги влияют на те эмоции, которые мы испытываем.

2. Она показывает важность формирования у человека представлений о собственных эмоциях. Типичный пример, это когда ребенка в детстве не научили правильно переживать обиду или грусть, и теперь уже взрослый человек не способен отреагировать данные чувства.

3. Данная теория показывает возможность когнитивного влияния на выражение эмоций. Здесь, в частности, имеются в виду запреты, которые могут у нас возникать в течении жизни. Например, запрет в стиле «Не плач» и «Не ори», не просто останавливает нас от выражения данных эмоций, но и заставляет нас действительно не испытывать их.

4. Это приводит к утверждению теории диссоциации, которую мы уже обсуждали. В данном случае имеется в виду, что человек вполне способен вытеснить и диссоциировать телесное возбуждение и свои эмоции. Например, такое происходит в случае алекситимии, что тоже часто связано с запретами.

5. Данная теория говорит нам о важности осознания и дифференциации в процессе психотерапии, а это основные механизмы исцеления, в глубинном направлении, которые позволяют человеку осознавать и выражать свои чувства и свое внутреннее напряжение.

Таким образом мы обозначили еще одно основание для понимания того, как внутренняя энергия в глубинной психотерапии переходит в различное психическое содержание типа эмоций и чувств, и как она фиксируется на тех или иных объектах. Далее нам необходимо обсудить, откуда берутся механизмы защиты психики.

Гидравлическая модель Конрада Лоренца

Мы обсудили понятие энергии в глубинной психологии и возможности перевоплощения данной энергии в различные формы психической жизни. Однако, нам необходимо понять еще один момент, откуда же берутся невротические реакции, смещенные действия и механизмы защиты психики. И, отчасти, ответ на этот вопрос нам даст гидравлическая теория инстинкта Конрада Лоренца (1903—1989).

Конрад Лоренц – это нобелевский лауреат, создатель этологии (науки о поведении животных), а также пропагандист фашизма, который в какой-то момент отказался от своих воззрений. Но для нас все это сейчас не важно, как и открытое им явление импринтинга, когда животные в различные периоды онтогенеза запечатлевают те или иные ключевые стимулы⁴⁶. Для нас важна гидравлическая теория инстинкта⁴⁷ Конрада Лоренца и его коллег, которая очень хорошо ложится на воззрения глубинной психологии.

Конрад Лоренц начал свое знакомство с психологией с трудов бихевиористов, и он прекрасно знал стандартные формы научения, и то, как образуется условный рефлекс, однако, его последующие наблюдения за животными в некоторых моментах приводили его в тупик, так как с помощью бихевиоризма невозможно было объяснить ряд аспектов их поведения. Например, однажды он наблюдал такую ситуацию: два петуха начинали ссориться друг с другом, активно проявляя свою агрессию, и, вдруг, посреди драки один из них, вместо того, чтобы драться, начинал клевать зерно.

Также Лоренц отметил и некоторые циклические изменения в поведении животных. Например, у животных наблюдалось снижение порога совершения действия, если оно долго не выполнялось, восстановление готовности к инстинктивным действиям после перерыва и возможность появления реакций на неспецифические раздражители.

⁴⁶ Лоренц К. Агрессия (так называемое «зло») / пер. с нем. Г. Ф. Швейника. – М.: Прогресс; Универс, 1994.

⁴⁷ Крушинский Л. В. Введение в этологию и генетику. Изд-во: МГУ. Стр. 22—55.

Исходя из этого, Лоренц предположил, что в основе поведения животных лежат циклические процессы накопления и высвобождения энергии, что и было названо гидравлической теорией инстинкта.

В соответствии с данной теорией, поведенческий акт животного проходит три фазы: накопление специфической энергии действия, которое связано с фрустрацией тех или иных потребностей и которое приводит животное в состояние возбуждения; поисковое поведение, направленное на отыскание ключевого раздражителя; завершающий акт, предполагающий удовлетворение потребности и разрядку.

Рассмотрим подробнее эти фазы на примере полового поведения мухоловки. Эти птички прилетают весной с места зимовки и спустя некоторое время приступают к размножению. Важнейшим фактором для начала этого поведения является запуск процесса выработки половых гормонов. Когда концентрация половых гормонов в крови птицы достигает определенной величины, у нее в мозгу формируется «доминанта», возникает напряжение и стресс, которые и заставляют животное запускать поисковое поведение и искать стимулы для разрядки напряжения. В итоге самец мухоловки отправляется на поиски дупла. Найдя дупло, он начинает петь около него, демонстрируя другим самцам своего вида, что это место занято. Пение самца около дупла привлекает к нему самку того же вида.

Такое поисковое поведение может широко варьироваться, часто оно представляет собой сложный комплекс реакций и характеризуется «спонтанностью», так как проявляется главным образом под влиянием внутренних стимулов, а не внешних. И именно с этой фазой связывают рассудочную деятельность развитых животных.

То же самое и для человека. Большинство наших потребностей фиксированы, а вот способы их реализации и удовлетворения различны. Собственно говоря, последней фазой и является стадия удовлетворения потребности, когда животное выполняет **комплекс фиксированных действий**. Продолжая пример с птичками, они просто совершают половой акт.

Что нам сейчас важно, так это появление третьих – **смещенных действий**. Такие действия происходят, когда животное не находит ключевого стимула для разрядки. Так, например, самка канарейки особыми движениями проталкивает полоски материала в стенки своего гнезда. Если птице не предоставить ни места для гнезда, ни материала для постройки, то она будет выполнять эти движения «вхолостую», сидя на дне клетки.

Да, у человека нет комплексов фиксированных действий, однако, так называемое поведение в холостую для нас также характерно. И самый яркий пример – это панические атаки. Происхождение панических атак никак не объясняется в когнитивно-поведенческой терапии, кроме как усилением уже имеющейся тревогой. А вот в психодинамической терапии объяснение довольно простое: панические атаки – это крайнее выражение тревоги и стресса, которые не могут быть отреагированы иным способом.

То же самое касается различных защитных механизмов. Например, перед экзаменами мы начинаем ходить туда-сюда, чтобы сбросить напряжение, хотя никакие внешние стимулы нас к этому не побуждают. Или мы можем сублимировать свое напряжение в творчестве, не находя удовлетворения в сексе.

Модель Лоренца, конечно, является лишь теоретической, но опирается она на вполне реальные явления и описывает их достаточно хорошо. Она также позволяет нам понять идеи психодинамической терапии: мы все имеем потребности и если они не находят своего удовлетворения, то у нас внутри скапливается напряжение, которое затем может найти себе иной выход в том числе и болезненный.

И это была теория из этологии, но далее мы рассмотрим несколько теорий из других сфер, также подтверждающих данную концепцию.

Теория доминанты Алексея Ухтомского

Мы продолжаем обсуждать теоретические обоснования глубинной и психодинамической психотерапии и сейчас мы внесем еще одно физиологическое обоснование «энергии» и обсудим почему же так важно «завершать гештальты». Для ответа на эти вопросы нам поможет теория доминанты Алексея Ухтомского (1875—1942).

Механизм функционирования доминанты рассматривался множеством ученых еще до Ухтомского. Среди них были Павлов, Бехтерев, Сеченов, которые говорили, что при наличии устойчивого очага возбуждения в коре мозга, к нему будут стекаться импульсы из прилежащих областей, таким образом порождая в этих областях обратный процесс, т.е. торможение. Однако подробно разработать учение о доминанте и объяснить ее психологический смысл удалось именно Ухтомскому.

Явление доминанты было обнаружено ученым в изначальном, казалось бы, неудачном эксперименте по изучению условных рефлексов⁴⁸.

Собаке, в период подготовки к дефекации подавалось электрическое раздражение, чтобы вызвать определенный рефлекторный двигательный акт, который был сформирован по всем павловским законам. Однако, данное раздражение не дало ожидаемых реакций, а лишь усилило возбуждение в аппарате дефекации и содействовало наступлению, так сказать, «разрешающего акта». Однако, как только дефекация завершилась, электрическое раздражение коры начало вызывать обычные движения конечностей.

Любой гештальтист, наверняка, уже узнал здесь процесс незавершенного гештальта. Если у нас внутри какая-то неотреагированная боль, какая-то доминанта, то она будет стягивать на себя все остальные наши реакции и восприятия, а перейти к нормальному и адаптивному взаимодействию с миром мы сможем только в том случае, если завершим данный гештальт. Но вернемся к физиологии.

Эксперимент Ухтомского показал, что связь «стимул-реакция» существует только в условиях павловского эксперимента и нигде более. Но если один и тот же стимул может вызвать разные реакции, то, чем же тогда определяется в данный момент наша деятельность или, по-научному, деятельность нервного центра.

По Ухтомскому, на него влияют другие пространственно близкие к нему нервные центры, а, в конечном счете, весь организм. В каждый момент существует центр, влияние которого наиболее значимо. Это и есть доминанта.

Проще говоря если у меня, внутри есть затаенная обида, то она будет влиять на любое мое восприятие и взаимодействие с другими людьми и, например, в процессе психотерапии я начну проецировать эту обиду на психолога и интерпретировать его слова и действия как обидные для меня.

Сама доминанта, по мнению Ухтомского, выступает не как какая-то точка возбуждения в центральной нервной системе, но как определённая конфигурация центров с повышенной возбудимостью на разных уровнях головного и спинного мозга, а также в автономной нервной системе.

Таким образом доминанта определяется двумя явлениями.

– Во-первых, доминирующий центр подкрепляет свое возбуждение посторонними импульсами. Например, если у меня сейчас доминирует хорошее расположение духа, то я буду позитивно относиться к юмору собеседника, а, если я раздражен, то и шутки собеседника меня будут раздражать.

– Во-вторых, по мере развития возбуждения в данном нервном центре или в данной деятельности, она будет тормозить другие возникающие рефлексы. Например, если я зол, я не смогу испытывать радость или, если я верю в магию, то я буду тормозить любую информацию, противоречащую вере в нее.

⁴⁸ Ухтомский А. А. Доминанта. Статьи разных лет. 1887—1939. – СПб.: Питер, 2002. – 448 с.

При этом доминанта характеризуется инертностью, т.е. склонностью поддерживаться и повторяться при всем том, что внешняя среда изменилась. И это то, почему незавершенные гештальты и нереализованные потребности не позволяют нам эффективно адаптироваться к внешней среде.

Ухтомский приходит к еще одному важному выводу: формирующаяся доминанта является следствием нашего опыта, ведь она активирует уже имеющиеся рефлекторные слои психики, которые мы вовлекаем в деятельность. Почему это важно для нас? Да, потому что это объясняет влияние нашего прошлого опыта на нашу текущую жизнь.

Ухтомский также раскрыл стадии формирования доминанты.

1. Стимуляция. Доминанта возникает под влиянием внутренних и внешних раздражителей. В качестве поводов для подпитки, доминанта привлекает самые разнообразные раздражители. Основным же раздражителем являются наши потребности, именно они посылают импульсацию в нервные центры, запуская состояние стресса и активизируя нашу деятельность.

2. Стадия условного рефлекса. Это стадия образования условного рефлекса, или еще ее можно назвать стадией поискового поведения, когда из прежнего множества действующих возбуждений доминанта выделяет группу, которая для нее особенно «интересна». Например, если первоначальная доминанта связана с обидой на родителей, то в отсутствии родителей, человек будет активировать свою обиду при взаимодействии с другими людьми, находя в них ключевые стимулы.

3. Опредемчивание. На этом этапе между доминантой и внешним раздражителем устанавливается прочная связь таким образом, что раздражитель будет вызывать и подкреплять ее. Внешняя среда целиком поделилась на отдельные предметы, лишь части из которых отвечает определенная доминанта.

4. Разрешение доминанты. Организм реализует свою доминанту в конкретном действии, разряжая возникшее напряжение. Например, если я все-такиотреагирую свою обиду, то у меня запустятся подкрепляющие механизмы, которые затормозят данную доминанту.

Ухтомский считал, что доминанта способна трансформироваться в любое «психическое содержание». Ровно также и глубинная терапия предполагает, что та самая психическая энергия может выражаться в различных проявлениях. Например, свою обиду вы можете выразить в виде слов, действий, рисунка, стиха, образа, и все это будет иметь равнозначное значение.

Для ученого доминанта была тем, что определяет направленность человеческого восприятия. Так, все отрасли человеческого опыта, в том числе и наука, подвержены влиянию доминант, при помощи которых подбираются впечатления, образы и убеждения.

Однако, Ухтомский рассматривал и негативную роль доминанты. Он говорил, что именно из-за уже сформированных у нас доминант, мы бездумно подчиняемся стереотипам. Мы не можем понять других людей только потому, что у нас уже сформирована доминанта, и именно она определяет наше восприятие другого человека.

Таким образом в качестве доминант могут выступать не только наши мысли, идеи, но и убеждения, которые активируются при определенном уже закрепленном раздражителе и определяют наше восприятие.

Однако, наличие доминанты – это не приговор. Ухтомский дает конкретные рекомендации по разрешению доминанты.

1. Ослабление доминанты в связи с ее естественным разрешением. Суть данного механизма состоит в реализации события или идеи, на которую направлена доминанта. Например, это может быть наступление ожидаемого события. Многие знают, что ожидание драки страшнее самой драки. Ожидание создает доминанту, напряжение, но, когда вы приближаете событие, доминанта разрешается. Возможно разрешение доминанты путем поведенческой реализации намерения. Если человек разозлился на кого-то, то агрессию он сможет снять, лишь реализовав ее в действиях. Но не все так плохо и вам необязательно каждый раз бить

других людей. В реализации ваших чувств вам могут помочь механизмы катарсиса. Вы можете написать, как ненавидите вашего друга в стихотворной форме и успокоиться.

2. **Прямой запрет.** Данный метод раньше применялся в когнитивно-поведенческой терапии, а сам Ухтомский считал его самым неэффективным. Здесь мы просто запрещаем себе думать или делать что-то. Ухтомский показал, что длительное использование такого метода приведет к конфликту между нашими «хочу» и «нельзя», т.е. к так называемой «сшибке нервных процессов» и, соответственно, неврозам.

3. **Перевод действий в автоматизм.** Данный механизм очень часто используют в авторитарных структурах, где людей заставляют автоматически отдавать честь и подчиняться. Ритуалы помогают сбросить напряжение и настроиться на определенную волну. Примерно тоже самое происходит при обсессивно-компульсивном расстройстве. Человек реализует ритуальные навязчивые действия, которые позволяют ему временно избавиться от стресса и тревоги.

4. **Создание новой доминанты взамен старой.** Механизм действия очень прост и часто используется в гуманистическом направлении и в позитивной психологии. Чтобы не думать о плохом вам достаточно думать о хорошем. Чтобы не думать о проблеме надо думать о решении.

По сути, доминанта сводится к тому, на что направлено ваше внимание, и что эту направленность определяет. Вы сидели за компьютером, работали – у вас была одна доминанта. Вам захотелось в туалет – возникла другая. Однако, конечно, такая частная доминанта не может изменить более общего мировоззрения и более глубинных проблем. Если у вас есть затаенная обида на родителей, то крайне сложно будет убедить вас изменить свое отношение к ним, не реализовав данную обиду.

Эти способы Ухтомский предложил с целью избавить людей от застарелых доминант, которые не позволяют нам адаптироваться к актуальной реальности. Обратную сторону стереотипного восприятия Ухтомский назвал творческим поиском (что напоминает идею творческого приспособления из гештальт-терапии). Творческий поиск предполагает обоюдное изменение внешнего мира и личности в их общем взаимодействии. Однако, прежде чем переходить к творческому поиску, необходимо скорректировать прежние доминанты (полностью их затормозить не удастся).

Ухтомским и здесь дает свои рекомендации по развитию творческого поиска.

1. Иметь много различных доминант, то есть приобретать больше опыта.
2. Осознать свои доминанты, что позволяет ими управлять.
3. Подпитывать свои доминанты, связанные с творческим процессом.

Как вы можете видеть, теория доминанты Ухтомского, лежащая в основе всей современной нейрофизиологии на удивление, очень хорошо ложится на ту же гештальт-терапию⁴⁹, а также на иные виды глубинной терапии.

Мы же с вами доказали, что наши проблемы не ограничиваются условными рефлексам, и часто причиной невроза являются незавершенные ситуации и нереализованные в прошлом потребности, проработкой которых и занимается глубинная психотерапия.

ВИДЫ КАТАРСИСА И ЕГО МЕХАНИЗМ

До этого в нашем обосновании теории глубинной психотерапии мы говорили лишь о причинах заболеваний. Однако, не менее важным является вопрос о том, как глубинная терапия

⁴⁹ Авдеев П. Физиологические основы гештальт-терапии в соответствии с учением о доминанте Ухтомского. // SCIArticle.RU. 2017. №44 URL: <http://sci-article.ru/stat.php?i=1492196043> (дата обращения 01.06.2017)

исцеляет, ведь большая часть такого лечения часто выглядит как простые разговоры о проблемах, сопровождающиеся слезами. И здесь, конечно, речь пойдет о механизме катарсиса.

Понятие катарсиса

Большинство из вас наверняка представляют себе, как выглядит катарсис – это какие-то такие эмоциональные переживания, после которых становится легче. И, действительно, в таком смысле, слово «катарсис» использовали еще древние греки, понимая его как очищение через эмоциональное переживание, которое достигается при созерцании трагического произведения.⁵⁰

Однако в психологию понятие «катарсис» вошло намного позже. И хотя впервые в медицинском ключе катарсис стал использовать Франц Антон Месмер, все же введение в науку катартического метода и самого понятия приписывают основателю психоанализа Йозефа Брейеру.

Катартический метод Брейер вывел из своей психодинамической теории⁵¹. Он предположил, что невротические симптомы обусловлены вытесненными травмами прошлого.

Согласно Брейеру, момент травмы характеризуется невыраженным аффектом и эмоциями, которые не проходят обработки сознанием. Психотерапия же была направлена на то, чтобы отыскать вытесненную травму и дать данным эмоциям выход и высвобождение. Собственно, это вы и можете видеть в демонстрациях различных видов глубинной терапии, когда человек вспоминает травматическую ситуацию и начинает кричать, плакать или колотить все вокруг. Задача состояла в том, чтобы высвободить весь подобный зажатый аффект наружу, тем самым включив его в сознание человека и направив его на иной путь канализации нежели невротический.

Такое эмоциональное высвобождение в момент травмы Брейер и назвал катарсисом. А его катартический метод отличается от метода интегративной терапии Пьера Жане, который в то же время работал с травмой, концентрацией на эмоциях, нежели на когнитивной переработке вытесненного материала.

Два элемента катарсиса

Обычно в катарсисе выделяют два основных элемента: инсайт и эмоциональное высвобождение.

Первый элемент катарсиса тесно связан с еще одним механизмом в психологии – с механизмом **инсайта**. В момент катарсиса индивид не просто испытывает какие-то эмоции, но он обретает новое понимание ситуации, может что-то вспомнить из своего прошлого, неожиданно что-то осознать или просто изменить свое отношение к объекту.

И здесь мы должны вернуться к теории диссоциации и вытеснения в момент травмы. Как уже было сказано, по разным причинам наш внутренний опыт может расщепляться. Например, если человеку в момент травмы приставили нож к горлу, он мог начать заикаться или, если девушке запрещено было выражать свой гнев или свою сексуальность, у нее могут начаться панические атаки из-за того, что напряжение от этих потребностей не находит другого выхода. По сути, такие диссоциированные или вытесненные реакции образуют изолированные участки возбуждения в нашем мозге, до которых не доходит активация от сознания.

В момент катарсиса мы и стремимся создать новые связи между сознанием и диссоциированными элементами опыта. Например, гештальт-терапевт может указать мужчине, что тот

⁵⁰ Долгов К. М. Катарсис // Новая философская энциклопедия / Ин-т философии РАН; Нац. обществ.-науч. фонд; Предс. научно-ред. совета В. С. Стёпин, заместители предс.: А. А. Гусейнов, Г. Ю. Семигин, уч. секр. А. П. Огурцов. – 2-е изд., испр. и допол. – М.: Мысль, 2010.

⁵¹ Breuer J., Freud S. Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene. Vorläufige Mittheilung. In: Neurol. Zbl. 12 (1893), S. 4—10, 43—47; zugleich in: Wien. med. Blätter 16 (1893), S. 33—35, 49—51.

сжимает кулак, когда говорит, как любит маму и клиент может осознать, что он ее не только любит, но и испытывает агрессию или обиду. Он может даже разозлиться или заплакать, а затем как-то отреагировать свои чувства и успокоиться, поскольку теперь он осознает свои ощущения, побуждение и поведение. Отсюда уже должно быть понятно, что, если ваш клиент ревет сеансы напролет, это совсем не значит, что он испытывает катарсис или что это идет ему на пользу. Вполне возможно, что для человека привычно плакать или что клиент просто переживает одну и ту же ситуацию ничего не осознавая, понятно, что толку от такой терапии не будет. Но все же **отреагирование** является вторым и не менее важным элементом катарсиса, к которому мы и переходим.

Здесь мы обсудим два аспекта, первый из которых связан с тем, как отреагирование в принципе работает и почему после отреагирования человеку становится легче.

Данный механизм раскрыт во многих теориях и работах по физиологии. В качестве основы возьмем теорию доминанты Ухтомского, хотя тоже будет верно и, например для теории функциональных систем Анохина⁵² или модели Т. О. Т. Е. Прибрама⁵³.

В соответствии с теорией Ухтомского, наши потребности, чувства и эмоции образуют так называемые доминанты, т.е. комплекс возбуждений в мозге, который направляет нашу деятельность и внимание. Например, если нам грустно, мы должны были бы заплакать или, если нам нужно сдать экзамен, мы будем тревожиться и волноваться пока его не сдадим (или не завалим). Проще говоря, любые жизненные направленности образуют доминанты.

Доминанта направлена на конечную разрядку в поведении. Например, если я не проплачусь, я, скорее всего, так и буду грустить и испытывать ком в горле. Это то, что еще часто называют незавершенным гештальтом, но почему-то приписывают к нему эффект памяти по Зейгарник.

Суть в том, что пока мы не реализуем или не перенаправим наше возбуждение, связанное с той или иной потребностью, мы будем испытывать соответствующие напряжение и стресс, которые и будут выражаться где-то в другом месте или в симптоме. Например, поэт может таким образом сублимировать в своих стихах проблемы с родителями, которые у него были в детстве, а пациент с ОКР будет реализовывать свою тревогу в различных ритуалах.

Однако, как только действие завершается, наш мозг вырабатывает тормозные медиаторы, запуская механизмы подкрепления и останавливая проблемную реакцию. Именно поэтому для того же ОКР достаточно эффективно применяются парадоксальные методы и методы экспозиции, где человеку намеренно приходится встречаться со своими страхами. И именно поэтому, если человек не плакал 20 лет, а тут неожиданно расплакался, это ему действительно поможет за счет сброса накопившегося напряжения.

При этом в процессе психотерапии можно наглядно наблюдать динамику смены доминант. Так, сначала человек чувствовал обиду, отреагировал ее, и наружу «вышла» вина, с которой он дальше и будет работать в процессе терапии.

Слезы в психотерапии

А что по поводу слез? Действительно ли они так необходимы в процессе психотерапии?

Отчасти да, потому что любое реальное изменение всегда сопровождается интенсивными эмоциями, но, отчасти, и нет, так как выразить эти эмоции можно абсолютно любым образом. Чтобы понять данную идею необходимо понять и саму идею катарсиса.

По сути, весь процесс осознания и отреагирования состоит в том, чтобы придать сознательную форму какому-то неосознанному опыту, который есть внутри нас и который порождает

⁵² Анохин П. К. Принципиальные вопросы общей теории функциональных систем. – М., 1971.

⁵³ Pribram, Karl H. // The Corsini Encyclopedia of Psychology and Behavioral Science, Volume 3 / W. Edward Craighead (Editor), Charles B. Nemeroff (Editor). – Third Edition. – Wiley, 2002. – P. 1241. – 1952 p.

дает недифференцированную тревогу. А этой формой может быть что угодно: и слезы, и танец, и образ, и крик. И для объяснения этого феномена мы уже обратимся к другой теории – теории стресса.

Любые доминанты основаны на определенном уровне стресса и напряжения, который хранится в нашем теле. Стресс – это реакция на любой стимул, который и выразиться может также любым способом. Грубо говоря, мы испытываем тот же стресс, играя в компьютерную игру, что и при реальном живом соревновании. И ровно точно также наш стресс может быть отреагирован, а доминанта реализована в игре, когда мы выигрываем или проигрываем.

Стресс лишь подготавливает нас к тем или иным действиям по реализации потребности, а эти самые действия уже могут выражаться в чем угодно.

Виды катарсиса

В психотерапии далеко не все ограничивается простыми слезами и можно выделить несколько вариантов катарсиса и отреагирования.

1. Вербальное отреагирование. Такой способ характерен, например для психоанализа. Здесь клиент просто рассказывает те мысли и чувства, которые его волнуют, и даже, несмотря на то, что он может и не заплакать, отреагирование все равно происходит. Вы, наверняка, и сами помните моменты, когда вам было легче от того, что вы выговорились своей подруге или другу.

2. Экспрессивный катарсис. Он связан с прямым выражением эмоций. И в целом такой вариант характерен для всех видов психотерапии. Ни с того ни с сего, человек начинает плакать, выражая в слезах накопившуюся за годы боль. Кстати, другим вариантом такого отреагирования является смех и юмор.

3. Поведенческий катарсис. Его часто применяют в гештальт-терапии и психодраме. Он состоит в том, чтобы сделать что-то, чего человек не позволял себе до этого делать, например, побить какой-то объект, покричать, или обняться.

4. Метафорический катарсис. Здесь для катарсиса используются образы и метафоры, что характерно для той же гештальт-терапии, эриксоновской терапии, арт-терапии и других. Катарсис происходит через образные переживания, например через метафорическую сказку или через рисунок. Здесь же применяются всяческие методики путешествий в прошлые жизни или астрал. Да, возможно, вы удивитесь, но никто прошлых жизней реально не вспоминает, просто люди любят выдумывать, и это помогает им переживать некоторые чувства.

АНАЛИЗ КОГНИТИВНЫХ СХЕМ

Анализ когнитивных схем – это не общепринятый термин, просто его достаточно удобно использовать для общего наименования «анализа» в разных видах психотерапии.

Сам анализ когнитивных схем впервые был использован не в когнитивной или схематерапии, как вы могли подумать, а в психоанализе Зигмундом Фрейдом. Именно его заявления о детских извращенных сексуальных комплексах, с позиции которых он и анализировал своих клиентов и являются своеобразной предтечей использования когнитивных схем в психотерапии.

Правда во времена Фрейда это выглядело несколько иначе чем сейчас. Например, если клиент заявлял, что боится собак, Фрейд вполне мог ответить, что это все из-за того, что собак часто кастрируют и таким образом клиент фиксировал свой страх кастрации на собаках. Или, если девушка заявляла, что ей не нравится, что к ней пристаёт друг ее отца, Фрейд заявлял, что это все, потому что член друга отца похож на фекалии, и именно поэтому он вызывает такое отвращение (да, это описание реального случая из практики Фрейда).

Отличие Фрейдовского подхода состоит в том, что он, как и другие ранние психоаналитики, исходил из выдуманной и ни на чем не основанной теории, в соответствии с которой делались прямые внушения клиентам, которые любой психоаналитик, конечно, назовет интерпретацией, а, когда кто-то верил в подобные интерпретации, это даже могло привести к исцелению.

Сейчас психологи действуют немного иначе... И если вы думаете, что анализ – это лишь прерогатива психоанализа, то – нет, анализ используется в принципе во всех направлениях психотерапии. Например, в большинстве глубинных направлений часто отражают проявления клиента и постепенно отдельные элементы поведения и чувств клиента складываются в общую схему, которую затем и можно предложить в виде интерпретации. В гештальт-терапии принято анализировать паттерны клиента, которые он проявляет «здесь и сейчас». Так, если клиент дистанцируется при разговоре с терапевтом, то терапевт может отметить это, тем самым дав клиенту возможность осознать свой проблемный паттерн и как-то изменить его. В когнитивной и схема-терапии принято анализировать глубинные убеждения и непосредственно когнитивные схемы, а затем пытаться изменить их.

Но чтобы понять, о чем идет речь нам надо в целом объяснить, что такое когнитивная схема.

Понятие когнитивной схемы

Когнитивная схема – это амодальная, а значит бессознательная структура нашей психики, которая включает в себя признаки ситуации и реакцию на них.

И чтобы понять, что же всё-таки анализирует психотерапевт, нам надо обрисовать способ, с помощью которого когнитивные схемы формируются, а для этого необходимо снова раскрыть всю теорию психодинамической психотерапии.

Психодинамическая психотерапия базируется на том, что у нас есть различные потребности. Активация той или иной потребности приводит нас в состояние стресса и заставляет искать объект с помощью, которого мы могли бы удовлетворить эту потребность. В здоровом состоянии человек способен так или иначе удовлетворять все свои основные потребности (благо, что способов для удовлетворения одной и той же потребности может быть много).

Но как формируется болезнь? В соответствии с психодинамической теорией, да и в соответствии с теориями любых других психотерапий, болезнь формируется тогда, когда на пути удовлетворения потребности нам встречается тот или барьер, и в итоге удовлетворение потребности прерывается. Однако, то, что потребность прерывается совсем не значит, что она полностью исчезает. Если у нас не получилось поесть это не значит, что мы больше и не захотим есть. Скорее всего, с каждой минутой мы будем чувствовать голод все сильнее и сильнее. И ровно тоже происходит и с другими потребностями, например с потребностью в любви, агрессии, принятия и какими угодно еще.

Таким образом напряжение и стресс будут лишь накапливаться и то, что будет делать организм – это пытаться искать какие-то иные способы отреагирования стресса и сброса напряжения, и скорее всего, он найдет их в болезни.

В этом случае глубинный терапевт будет работать не с самим симптомом, а с тем, что изначально помешало удовлетворению потребности будь то травма, запрет на выражение эмоций (интроект) или что-то еще. Убрав подобный запрет, энергия потребности клиента начнет течь свободно и необходимость в симптоме просто исчезнет, и именно поэтому глубинные терапевты, вместо того чтобы обсуждать с вами страх собак, начинают говорить про семейные проблемы.

Но проиллюстрируем все это на примере. Предположим, к нам на сеанс пришёл клиент с паническими атаками. Что будет делать поведенческий терапевт? Он просто возьмет основные симптомы панической атаки и будет проводить экспозиции (моделирование симп-

томов панической атаки, к которым клиент должен постепенно привыкнуть), например, заставит человека глубоко дышать; кружиться на кресле, чтобы закружилась голова и т. д. Вскоре паническая атака исчезнет (а, потом, когда исследование зафиксирует позитивные результаты, а человек перестанет практиковать экспозиции, она снова вернется, но это уже нюансы).

Что будет делать в такой же ситуации, например, гештальт-терапевт? Он будет выяснять текущие обстоятельства в жизни клиента и окажется, что от клиента ушла жена, или примерно в его возрасте умер его отец. И тогда гештальт-терапевт может предположить, что клиент страдает от одиночества и страха смерти и именно связанные с этими чувствами потребности фрустрированы. Тогда терапевт поможет человеку, например наладить отношения с противоположным полом или проработать свой страх смерти и панические атаки вполне могут исчезнуть (а могут и не исчезнуть, если они уже закрепились как привычный способ сброса стресса). Однако, в целом гештальт-терапевт прояснит клиенту его проблемную схему: «уход жены провоцирует в тебе страх одиночества, а этот страх выражается в панических атаках, что мы можем сделать с твоим одиночеством, чтобы страха больше не было?».

Регрессивный гипнотерапевт зайдет с другого конца. Он проведет этому клиенту возрастную регрессию (поможет человеку вспомнить ряд травматических ситуаций из прошлого) и обнаружит, что в ситуациях травмы клиента бросали: сначала бросила девочка в школе, а потом родители, которые забыли забрать его из садика. И получается, что, еще тогда в детстве, когда он плакал в детском садике, он испытал одиночество, а то, что недавно его бросила жена стало лишь триггером для активации этого чувства, которое затем и переросло в панические атаки.

В двух последних случаях причина объективно не была никак связана с симптомом, о котором заявил клиент. И в этом и состоит проблема глубинной терапии – что невозможно в принципе доказать подобную связь симптома и вытесненной травмы или фрустрированной потребности, даже если человек выздоровел после терапии.

Но мы пойдем дальше и рассмотрим конкретнее как формируется травма и ее вытеснение.

Способы образования когнитивных схем

Как уже было сказано, у нас есть потребности, которые на определенном этапе сталкиваются с препятствиями. В целом вариантов таких препятствий не так уж и много, а основных из них два.

Во-первых, это научение и, так называемые интроекции, т.е. те убеждения и внушения, которые мы впитываем. И, если девочке говорили, что «нельзя вести себя как проститутка», то она вполне может заблокировать свою сексуальность. А если мальчику заявляли, что «нельзя плакать», то он не сможет проплакаться даже при смерти друга, и весь груз и напряжение так и будут оставаться в его теле.

Иногда люди осознают свои внутренние запреты и интроекты и активно заявляют, что, например, «плакать не по-мужски», но часто мы изучаем те или иные интроекты имплицитно, например, моделируя поведение наших родителей. И, если отец клиента много работал, то клиент мог просто смоделировать его поведение и тоже полностью загрузить себя работой, даже не замечая этого. А если сын ненавидел отца, который постоянно находился в алкогольном опьянении и всех бил, то тогда он мог неосознанно сформировать противоположный паттерн поведения, например, вообще никогда не проявляя агрессию или запрещая себе активное поведение с женщинами.

Подобные интроекты, исходящие из контролирующей функции нашей коры, постепенно затормаживают эмоциональные реакции нашей лимбической системы, и в какой-то момент мы вообще перестаём их замечать. Поэтому если клиент и может прямо сказать, что плакать не по-

мужски, то осознать свою реальную внутреннюю необходимость выплакаться ему уже намного сложнее. Еще сложнее позволить себе это сделать...

Второй вариант прерывания потребности – это психологические травмы. Психологическая травмы – это ситуация, превышающая наши адаптационные ресурсы и когнитивные возможности по интеграции содержания травмы.

Проще говоря, травмы – это ужасные ситуации, которые мы не способны адекватно осмыслить и интегрировать в свое сознание. И чем человек моложе, тем вероятность травм выше, как раз из-за отсутствия когнитивных возможностей по интеграции события.

В момент травмы часто и формируются когнитивные схемы. Наша лимбическая система запоминает признаки ситуации и нашу реакцию на них и, в последующем, при появлении похожих признаков она воспроизводит ту же реакцию. Например, если пьяный отец постоянно избивал мать, то будучи взрослым клиент будет напрягаться при виде алкоголя. Если ребенка покусала собака, то у него может сформироваться фобия собак. Если ребенок попал в ситуацию, где не смог закричать, то у него может сформироваться заикание и т. д.

В итоге травма всегда несет в себе два аспекта – это тот рефлекс, который связан непосредственно с травмирующим стимулом и фрустрированная потребность, которая остается заблокированной из-за него, а наш клиент всего этого не осознает. Анализ же когнитивных схем и состоит в раскрытии этой связи путем различных интерпретаций.

Психоаналитическое течение

Настала пора обсудить в чего все начиналось, а началось все далеко не с Фрейда, как вы могли подумать, ведь корни психотерапии уходят глубоко в гипноз. Именно с гипноза и око-гипнотических методов началась эра медицинской психотерапии, которая включала в себя не только эффект плацебо и самовнушения, но и психодинамические и поведенческие аспекты, которые, позже, развились в самостоятельные течения.

Конечно, в качестве отправной точки, можно было бы взять и еще более ранние методы психологического воздействия, например, трансовые обряды и ритуалы или суггестию, исходящую от ведьм и колдунов, однако, в данной книге мы ограничимся именно научным периодом существования психотерапии, который берет отсчет с деятельности Антона Франца Месмера. Именно он, как ни странно, заложил важные основы психоанализа, в виде психодинамической теории (которая, правда в его время опиралась на понятие магнетической энергии), а также предложил метод, который, хотя и строился на эффекте плацебо, все же имел некоторые сходства и с методом катарсиса, ставшего основой психоанализа.

Таким образом идея о том, что в нашей психике возникают препятствия на пути течения той или иной энергии (будь то магнетическая энергия, энергия либидо или энергия потребностей) проходит красной линией через всю историю психодинамической терапии. Здесь же возникает и концепт высвобождения данной энергии и разрушения внутренних блоков как основной механизм исцеления.

Но визитная карточка психодинамической терапии, конечно, состоит в наличии скрытых причин наших проблем, которые кроются в нашем бессознательном и требуют раскрытия для избавления от симптома. Предполагается, что именно прорыв внутреннего материала наружу позволит избавить человека от необходимости постоянной внутренней борьбы и направить его энергию в нужное русло.

Позже на это все накладывается идея фиксации на тех или иных стадиях развития и концепция детерминизма. Это неудивительно, ведь если у вас есть внутренний конфликт, значит, когда-то в прошлом он образовался, и наверняка существует какая-то конкретная связь между ним и вашим симптомом или структурой вашего характера. Именно такую идею продвигает большинство психоаналитиков, которые одновременно выступают экспертами по раскрытию подобной связи для клиента.

Эти и иные положения психодинамической терапии вбирает в себя не только психоанализ, но и все его ответвления, в том числе и те, которые относятся к другим течениям и школам психотерапии, например, гештальт-терапия и позитивная психотерапия. А знать базовые идеи психоанализа стоит любому психотерапевту хотя бы для того, чтобы понимать, что клиент далеко не всегда действительно имеет в виду то, что вам рассказывает, и, конечно, для того чтобы не повторять ошибки мэтров.

РОЖДЕНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ МЕСМЕРИЗМ, НЕВЕРБАЛЬНЫЙ ГИПНОЗ И ТЕРАПИЯ КАТАРСИСОМ

Мы отправляемся в 18 век. Все началось с того, что к обычному врачу Антону Францу Месмеру (1734—1815) попала на сеанс очень сложная пациентка по имени Франциска, которая страдала от «постоянной рвоты, воспаления кишечника, задержки мочеиспускания, мучительных зубных и ушных болей, меланхолии, депрессии и др. расстройств». Именно так описывал ее Месмер, но сейчас бы мы просто назвали ее истеричкой.

Месмер опробовал на ней все лучшие методы лечения того времени: и пиявок, и кровопускание, и компрессы и, конечно, слабительное, но ничего не помогало. И тогда до него доходит слух о целебных свойствах магнитов, да и в работе Парацельса указывался такой метод как магнитотерапия, которой Месмер и решил использовать.

Он заставил пациентку выпить глоток раствора, настоянного на железе, а затем приложил к ней три магнита: один на живот, а два других – на ноги. Ни с того ни с сего Франциска затрепыхалась, ощущая как по ее телу потекла энергия. Проще говоря, у нее началась истерика, или то, что позже Месмер назвал кризом, а Йозеф Брейер – катарсисом.

Конечно, мое сравнение криза с катарсисом многие посчитают не вполне правомерным, так как криз, чаще был обусловлен ожиданиями пациента по поводу того, как ему необходимо себя вести во время сеансов, нежели каким-то выплеском эмоций и переосмыслением, о которых принято говорить в психоанализе. Однако, это вопрос очень спорный, так как такое поведение пациентов, очевидно, далеко не всегда вызывалось обычным внушением, поскольку они входили в гипнотический транс, который сам по себе приводит к расслаблению и снятию психических защит и барьеров, из-за чего люди порой начинают плакать уже тогда, когда их просто погружают в гипнотический транс, еще не начиная проводить той или иной психотерапии, что вам с уверенностью подтвердит любой гипнотизер

Как ни странно, после нескольких подобных сеансов пациентка полностью выздоровела. Именно это исцеление побудило Месмера создать свою собственную теорию болезни и ее лечения⁵⁴.

Теория флюида

Месмер заявил, что весь мир пронизан так называемым магнитным флюидом (*кстати, понятие «флюид» в те времена было обыденным для научного мировоззрения и им пытались, по сути, заменить понятие вакуума, которое тогда не признавали в физике*). Магнетический флюид протекает через всю вселенную, в том числе и через тело человека. В здоровом состоянии флюид течет размеренно, а вот болезнь вызывается блокировкой флюида, который затвердевает в теле субъекта. Для исцеления необходимо произвести какое-то внешнее воздействие или толчок, чтобы разрушить затвердевшую блокаду. В этот самый момент, энергия начинает литься потоком, что вызывает у человека «криз» (катарсис). Такой криз похож на припадок, который сопровождается плачем, смехом, судорогами, криками.

Поначалу Месмер считал, что человек напрямую не может влиять на тело больного, но необходим какой-нибудь «посредник», испускающий магнетизм. Основываясь на этой идеи, Месмер продолжил свою практику. Он прикладывал магниты к вискам больного, клал несколько магнитов на спину, а эпилептикам – привязывал к подошвам, полагая, что таким образом оттягивает болезнь «вниз».

Затем он обнаружил, что и сам может «намагничивать» или лучше сказать «магнетизировать» предметы, причем любые: бумагу, стекло, воду и т.д., в результате чего, все эти вещи становились инструментами лечения, а люди исцелялись.

В конечном счете Месмера начал верить, что сам является источником магнетического флюида, т.е. его животный магнетизм может производить на людей такой же эффект, как магниты или намагниченные предметы. Таким образом он перешел от простой теории магнетизма к теории животного магнетизма⁵⁵. Это изменило его подход и к лечению, и теперь помимо

⁵⁴ Месмер Ф. А. Месмеризм или система взаимодействий, теория и применение животного магнетизма в качестве общего лечения для сохранения людей. – Берлин, 1814.

⁵⁵ Бине А., Ферр Ш. Животный магнетизм = Le magnétisme animal. – СПб.: Изд. А. С. Суворина, 1890. – VIII, 408 с.

того, что он заряжал всяческие железные пруты и деревья, он начал проводить и иной вид терапии, который сейчас зовётся невербальным гипнозом (*да, невербальный гипноз это не про то, как мы передаем человеку мысли на расстоянии, а про то, как вызвать катарсис с помощью невербального воздействия*).

Так вот в своих сеансах, где пациентами были всегда девушки, он применял пассы руками. В поисках магнитных полюсов, пальцы целителя пробегали по всей поверхности тела больной (*и видимо именно отсюда пошел миф о сексуальной власти гипнотизера*). Как только Месмер нащупывал те самые магнитные полюса, он в течении приличного времени (обычно от 5 до 40 минут) делал пассы руками, пока у пациентки не начинался криз, и пока это все не заканчивалось выздоровлением (пускай, часто и мнимым).

Сейчас же подобные сеансы выглядят иначе, хотя бы из-за этических ограничений на телесный контакт с пациентами, однако сам механизм не изменился. Так что не стоит думать, что месмеризм куда-то исчез. Невербальным гипнозом занимаются и те, кто открыто заявляет о месмеризме, но есть и те, кто переименовывает месмеризм в какое-либо более благовидное название и называют это авторской методикой психотерапии, говоря о ее колоссальной эффективности (которую, почему-то со времен Месмера так никто и не проверил экспериментально).

Действительно ли месмеризм работает?

Касаясь реальной эффективности, то здесь все сложно, ведь сам Месмер практически всегда отказывался от реальных проверок своего метода, в отличии, правда, от его учеников, которые все эти проверки провалили.

Более того сама деятельность Месмера сопровождалась скандалами, ведь его постоянно обвиняли в ненаучности и неэтичности его методов, а однажды он вообще удерживал у себя дома слепую женщину, которая под влиянием внушения поверила, что прозрела, правда при первой же проверке врачами оказалось, что она все также абсолютно слепа, а Месмер был обвинен в шарлатанстве⁵⁶.

В конце XVIII были проведены научные комиссии, целью которых была проверка существования животного флюида. И, как вы могли догадаться, этот самый флюид не был обнаружен ни с помощью приборов, ни с помощью экспериментов.

Например, в одном из экспериментов испытуемым надо было обнаружить именно тот предмет, который был намагнетизирован, но в итоге они выбирали предметы абсолютно случайно. Также испытуемым могли заявить, что через стену с ними работает магнетизер, и если они верили в это, то у них случался криз, в то время как никакого магнетизера не было. С другой стороны, если магнетизер действительно работал без их знания об этом, то никакого криза не случалось.

В целом же все комиссии сошлись на выводе: «воображение без магнетизма вызывает судороги, а вот магнетизм без воображения ничего не вызывает». Магнетизм же был подвергнут гонениям со стороны научного сообщества.

Однако не стоит думать, что вот так вот и была опровергнута месмерическая терапия. Дело ведь в том, что все эти комиссии пытались доказать именно физическое существование животного флюида, а не исследовали непосредственную эффективность метода.

И, несмотря на долгую практику, не исследована она и сегодня, и вряд ли вы найдете где-то оценку эффективности невербального гипноза. Однако, очевидно, что эта эффективность не столь высока, так как по результатам исследований вся месмерическая терапия базируется, просто на просто, на эффекте ожиданий и плацебо.

⁵⁶ Уотерфилд, Р. Гипноз. Скрытые глубины: История открытия и применения / Робин Уотерфилд; пер. с англ. М. Андреевой. – М.: АСТ: АСТ МОСКВА: ХРАНИТЕЛЬ, 2006. —477 с.

Многие люди при гипнотизации испытывали криз, потому что метод лечения Месмера был известен на весь мир, и все знали, как проходит это лечение, и все знали, что во время него происходит криз, а потому высокогипнабельные пациенты действительно его испытывали.

И ровно точно также работает не только современный невербальный гипноз, но и, например, семейные расстановки. Люди, выходя на расстановку находятся в ситуации напряженного ожидания и, конечно, когда они знают, что от них ожидают определенного поведения, они именно его и демонстрируют, давая выход своим эмоциям и актерским данным.

Конечно, месмеризм не исчерпывается эффектом плацебо. Он содержит в себе и более глубокие механизмы, ведь люди все-таки вылечивались. И, по сути, этот механизм был открыт в теории доминанты Ухтомского, которую мы уже обсуждали. Многие из нас постоянно испытывают проблемные чувства, грусть, печаль, обиду и т. д. Все эти чувства формируют доминанты у нас в голове. Но в обычной жизни вместо того, чтобы отреагировать эти чувства, мы стараемся отвлечься от них, переводя свой фокус внимания на что-то иное и подавляя их. В итоге нам все время приходится находиться в напряжении, чтобы не сталкиваться со своими эмоциями. А вот когда в течении долгих монотонных пазов наше внимание рассеивается, и мы расслабляемся, наружу выходит то, что было подавлено, и люди действительно начинают плакать и впадать в истерику. Когда же они полностью отыгрывают это чувство, проблемная доминанта исчезает, и они вполне могут выздороветь.

Многие гипнотизеры, однако, до сих пор верят, что все это происходит с помощью их «магнетической энергии», и я до сих пор помню случай на обучении, когда мне в голову пытались «воткнуть энергетический стержень», выглядело довольно интересно. Но надо понимать, что все это не более чем обычные фокусы и идеомоторика⁵⁷

Но вернемся к Месмеру, который, несмотря на все порицание со стороны ученых, пользовался огромным уважением и почетом у вылеченных им пациентов, хотя бы потому, что в 18 веке его методы по своей эффективности вполне могли превосходить наложение компрессов и пиявок.

Месмер продолжал вести свою деятельность, порой беря пациентов бесплатно и даже щедро намагнетизировав дерево в своем дворе, прикоснувшись к которому каждый мог обрести здоровье.

К концу своих лет Месмер вел уединенный образ жизни, лишь изредка принимая у себя гостей, которым он рекомендовал для купаний использовать речную воду, потому что именно на такую воду светит солнце, которое он, Месмер, зарядил животным флюидом на благо всем страждущим.

Месмеризм и психоанализ

Сейчас мы заявим страшную для любого психоаналитика вещь: это не Фрейд создал психодинамическую теорию, а именно Антон Франц Месмер, пускай он и апеллировал в своих взглядах к физическим, а не психологическим материям.

Возьмем теорию Йозефа Брейера, основателя психоанализа. Она состоит в том, что в нашем теле течет психическая энергия, но иногда на пути течения этой энергии возникают препятствия (обычно в виде психических травм), и тогда заблокированная энергия находит себе иной выход, например, в невротическом симптоме. Чтобы вылечить человека необходимо найти травму, т.е. место, где блокируется энергия и интегрировать ее в сознание, так чтобы психическая энергия текла свободно.

⁵⁷ Идеодинамические эффекты – эффекты ассоциативной связи между мысле-образами, ощущениями и поведением, когда, то или иной представлением может вызвать соответствующее ощущение или движение, например, представление льда может вызвать ощущение холода, а идея об энергетическом воздействии может вызвать ощущение этого самого воздействия

Ничего вам не напоминает? Остается заменить термин психическая энергия на энергию либидо, и вы уже получите теорию Зигмунда Фрейда. И после этого можете сколько угодно заявлять, что именно Фрейд является великим первооткрывателем глубинной терапии.

РЕГРЕССИВНАЯ ТЕРАПИЯ

Из 18-го мы перемещаемся в 19-ый век, где кроются зачатки психодинамического направления в «лице» регрессивной гипнотерапии, которая является одной из основных модальностей гипнотерапии на сегодняшний день.

Регрессивная гипнотерапия берет свое начало в работах двух авторов: Пьера Жане (1859—1947) и Йозефа Брейера (1842—1925). Они одновременно открыли тот факт, что с помощью воскрешения травматических воспоминаний возможно исцелить различные заболевания, однако, к психотерапии они подходили абсолютно по-разному.

Теория диссоциации Пьера Жане

Пьер Жане был психиатром и поэтому изначально работал с больными людьми, которым тогда приписывали диагноз «Истерия» (в современной интерпретации мы бы скорее говорили про пограничное расстройство). И именно исходя из этого факта и из того, что истерики являются наиболее гипнабельными личностями, он связывал гипноз с болезнью и утверждал, что психотравма может нанести вред именно таким людям из-за слабости их личности.

Пьер Жане проводил множество экспериментов с гипнозом на своих истерических пациентах и обнаружил, что многие его внушения пациентки выполняют без какого-либо осознания и воли. Например, он часто применял процедуру автоматического письма, когда рука пациентки как бы сама писала от лица ее подсознания⁵⁸. И вполне возможно было провести такой опыт, когда пациентке внушалась анестезия, и сознательно она не выражала никакой боли, однако, как только вопрос об ощущениях задавался бессознательному, пациентка через автоматическое письмо указывала, что чувствуют боль. Или, например, пациентке можно было дать постгипнотическое внушение в стиле: «Как только откроешь глаза тебе захочется выйти на улицу и открыть зонт», и пациентка действительно это делала, однако, когда у нее спрашивали зачем она, собственно говоря, это делает, та оправдывалась утверждая, что «Собирается дождь», хотя на небе не было ни облачка.

На основе таких экспериментов Жане сделал вывод о существовании бессознательной жизни в психике людей. А внушение служило своего рода идеей, которая функционирует в обход сознания и контролирует психическую жизнь пациентки.

При этом на психические симптомы он смотрел точно также, узнавая в них такие же неосознанные процессы, которые охватывают больное сознание и выражаются в виде различных действий типа припадков, контрактур, галлюцинаций и чего угодно еще. Подобные действия, идущие в обход нашего сознания, он назвал **психическими автоматизмами**.

И как в основе гипнотических феноменов лежат идеи, порожденные внушением, также и в основе болезненных автоматизмов лежат какие-то идеи. Его исследование привело его к тому, что эти идеи зарождаются в психике человека в момент психической травмы.

Так две его истерические пациентки – Люси и Леони – имели множественные личности (тогда этот диагноз был очень «модным», а потому люди очень любили его изображать, в то время как сейчас существование подобной болезни, вообще говоря, стоит под вопросом). В обоих случаях путем гипноза Жане нашел, что первопричиной был шок в детстве. Отсюда он и вывел свою теорию психической травмы.

⁵⁸ Жане П. Психический автоматизм. Экспериментальное исследование низших форм психической деятельности человека. – СПб.: Наука, 2009. – 500 с.

Он рассматривал психику как совокупность определенных процессов и идей. При этом разные люди обладают возможностью в разной степени интегрировать все эти процессы и всё психическое содержание в единое целое. Такую способность Жане назвал **интегративной функцией Эго**.

Он заявил, что у истериков и гипнабельных личностей интегративная функция Эго слабая, поэтому в результате любого стресса их психика распадается, а то или иное содержание опыта просто вытесняется (сам термин «вытеснение» был введен позже Зигмундом Фрейдом, в то время как Жане применял именно первоначальный термин, который сейчас и используется в когнитивной науке, говоря о **диссоциации** и определяя ее как вынесение тех или иных элементов опыта из поля сознания, когда они начинают функционировать самостоятельно и независимо от воли человека).

Свою же терапию, он назвал терапией реинтеграцией, и построил ее на том, чтобы вновь интегрировать диссоциированный материал в сознание. В процессе психотерапии Жане с помощью наводящих вопросов подводил пациента к воспоминанию диссоциированной травматической ситуации. Затем, и это то, что отличало именно подход Жане, он работал с фиксированной идеей и делал это по большому счету когнитивно.

Например, однажды к нему поступила женщина сорока лет, которая испытывала сильный страх заразиться холерой. Ее приступы сопровождались рвотой и криками в стиле «Холера придет и заберет меня!», о которых она впоследствии не помнила. Так как фиксированная идея для Жане – это не просто какая-то мысль, а целостный комплекс различных ощущений и восприятий, Жане и работал с тем, чтобы расформировать его. Например, он мог менять содержание травматической ситуации; он мог регулировать различные параметры восприятия воспоминания, меняя цветность картинки или звук, примерно так как сейчас делают представители НЛП при работе с субмодальностями; он мог изменить эмоциональное значение происходящего.

Данной женщине предлагалось по слогам произносить слово «Хо Ле Ра», и при этом Жане внушал ей, что это имя китайского императора. И... клиентка выздоровела!

Был и другой случай, когда Жане работал с молодым человеком по имени Ахиллес (точнее, это был псевдоним), который впал в депрессию из-за того, что изменил своей жене. Ахиллес заявлял, что тогда в него вселился сам дьявол. Жане, загипнотизировав пациента, стал беседовать с Дьяволом, отдавая ему различные приказы, которые дьявол с готовностью выполнял. Затем Жане подстроил ему ловушку и заставил уснуть, после чего мог свободно говорить с личностью пациента. Тогда Жане и узнал причину страданий и внушил пациенту, что жена простила его. Пациент выздоровел и в течении 8 лет не имел никаких рецидивов.

Теория гипноидных состояний Йозефа Брейера

В отличие от Пьера Жане, который во всех проблемах обвинял именно особенности личности больного, Йозеф Брейер обратил внимания на свойства самих травмирующих ситуаций.

Брейер заявил, что в момент травмы человек входит в так называемое гипноидное состояние, в котором запоминаются различные аспекты ситуации. В этом состоянии все происходящее как бы вырывается из обыденного потока ассоциаций, а затем сохраняется отдельно от сознания, скрываясь в нашей психике, но продолжая влиять на нас. Например, в случае посттравматического расстройства к человеку постоянно приходят флешбеки и ночные кошмары, которые он никак не контролирует. А в случае детского сексуального насилия, девушка может начать избегать противоположный пол, при этом ничего не помня о своем детстве. Это связано с тем, что в момент травмы образуется отщепленная группа воспоминаний, мыслей, идей и реакций, которые начинают функционировать на бессознательном уровне.

При этом Брейер придавал первостепенную роль именно психодинамическому, а не когнитивному компоненту вытесненных травм. Он говорил о том, что всеми нами дви-

жет **нервная психическая энергия**. И это не какая-то абстрактная энергия либидо, какая в последующем была у Фрейда, а вполне себе реальная нервная энергия. В момент травмы происходит фиксация этой энергии на той или иной группе представлений, в результате чего человек теряет возможность удовлетворить свои потребности иным способом, что в итоге приводит к образованию симптома (происходит то, что называют в психоанализе фиксацией)⁵⁹. Например, если девушку изнасиловал в детстве отец, она может отказаться от построения отношений с мужчинами, но, так как ее сексуальная потребность остается неудовлетворенной, и она постоянно испытывает из-за этого напряжение, у нее в какой-то момент могут начаться панические атаки. Проще говоря, заблокированная энергия находит себе иной выход в болезненной симптом. Эта идея и стала основой всей последующей глубинной психотерапии.

Отсюда и терапия Брейера была направлена прежде всего не на когнитивную переработку воспоминаний, а на отреагирование подавленного аффекта. Такое отреагирование он назвал катарсисом, а свою терапию катартическим методом.

Классическим случаем данной терапии считается Берта Поппенгейм, страдавшая кошмарами, галлюцинациями, раздвоением сознания, провалами в памяти, параличами и еще множеством симптомов, проще говоря, она была очередной «истеричкой» на приеме у гипнотерапевта.

Брейер лечил пациентку два года. Он посещал ее каждый день и обнаружил, что после обеда она становится сонной и впадает в некое подобие транса, который он назвал самогипнозом. В этом состоянии она часто рассказывала ему о своих фантазиях и «печальных историях». Сама Берта называла эти встречи «прочисткой дымовой трубы».

По словам Брейера, после такой терапии речь идет о значительных улучшениях, если не о полном излечении, хотя согласно данным, обнародованным лишь недавно, несчастная Берта всю жизнь провела в скитаниях по психиатрическим клиникам и умерла в том же плачевном состоянии, от которого ее когда-то лечили.

Но, как бы то ни было, именно на той идеи, что психотерапевтический эффект может быть достигнут путем отреагирования подавленного аффекта и базируется теперь вся психодинамическая терапия, и именно Брейер стоит у истоков психоанализа, хотя его коллега Фрейд этого бы никогда не признал

Общая теория регрессивной гипнотерапии

Несмотря на название данного раздела достаточно сложно говорить о каких-то общих взглядах в области регрессивной гипнотерапии. Большинство представителей этого направления в основном практики, которые и развивали именно практическую сторону методики. Теоретические же основания для данного вида психотерапии, как правило, находятся в общих психологических исследованиях и тоже разнятся между собой. Однако, мы постараемся как-то обобщить теоретические представления в области регрессивной гипнотерапии.

Как вы могли понять, основное положение регрессивной гипнотерапии состоит в существовании вытесненных травм и бессознательной жизни человека. В момент травмы происходит распад нашей психики, где какие-то элементы опыта сохраняются изолировано от нашего сознания, но продолжают влиять на нас.

Мы можем дать такое определение травмы – это опыт, превышающий адаптивные возможности нашей психики, когда травматический материал не может быть интегрирован в сознание.

⁵⁹ Freud S. Breuer J. Studien über Hysterie. Franz Deuticke, Leipzig + Wien 1895. Neudruck: 6. Auflage. Fischer, Frankfurt a. M. 1991.

Некоторые авторы, например Онно Ван дер Харт называют такую часть информации **частью личности**⁶⁰. И здесь не имеется в виду, что в нас реально живет какая-то другая личность, скорее подразумеваются такие же скрытые идеи, как те о которых говорил Пьер Жане.

Так вот в момент травмы образуются схемы восприятия, которые могут содержать в себе.

1. **Условно-рефлекторную информацию**, то есть реакцию на те или иные признаки ситуации.

2. **Неотрегированные эмоции и побуждения или незавершенные гештальты**. Например, если мы возьмем фобию собак, то можно сказать, что есть часть личности в человеке, которая отвечает за возникновение у него страха перед собаками, или есть когнитивная схема, которая заставляет его воспринимать собак как страшных. И это условно-рефлекторная связь. Однако, если мы возьмем ситуацию посттравматического расстройства, когда собака может приходить к человеку в кошмарах, и у него могут случаться флешбэки, то мы можем говорить о неотрегированном и неинтегрированном материале. В обоих случаях реакции человека не зависят от его воли, а происходят автоматически, как будто в нем живет иная часть личности.

3. **Фиксированную и неудовлетворенную потребность**. Например, у покусанного ребенка была фрустрирована потребность в безопасности.

4. **Компенсаторные стратегии и защитные механизмы**. Например, покусанный собакой пациент может заявлять, что собаки могут заразить его бешенством, то есть он будет рационализировать свой бессознательный страх. При этом он будет выстраивать свою жизнь так чтобы не встречаться с собаками. Другой пример – это девушка, которая страдает ожирением и постоянно заедает свой стресс. По сути, ожорство для нее – это компенсаторная стратегия для какой-то иной травмы, которую нам предстоит вскрыть.

Таким образом травма может включать в себя как психодинамический компонент, открытый Йозефом Брейером, так и прямую связь с симптомом, о чем говорил Пьер Жане. Задача же регрессивного гипноаналитика состоит в том, чтобы в процессе терапии разобрать данную сложную связь симптома и травмы, помочь клиенту выразить подавленные чувства и изменить его способ удовлетворения фрустрированной потребности.

Применение гипноза

Если вы считаете, что гипноз в регрессивной гипнотерапии применяется, потому что он открывает вам доступ к бессознательному, великому космосу или чему-либо еще, то нет это абсолютная глупость, и, в принципе, тех же результатов вы можете добиться и без гипноза, однако как показали исследования гипноз имеет ряд преимуществ⁶¹.

Сам гипноз предполагает под собой несколько свойств: концентрацию внимания, усиление внушаемости, актуализацию воображению, усиление диссоциации и усиление идеодинамических эффектов или связи психики и тела⁶².

Все эти свойства, как не сложно догадаться, положительно влияют на процесс психотерапии. Проще говоря, находясь в гипнозе человек будет больше вовлечен в процесс, у него будет меньше критики к словам терапевта, он будет лучше чувствовать свое тело и, что самое главное, он будет намного лучше вспоминать события прошлого.

⁶⁰ Ван дер Харт О., Нейенхэус Э. Р. С., Стил К. Призраки прошлого: Структурная диссоциация и терапия последствий хронической психической травмы. Пер. с англ. – М.: Когито-Центр, 2013. – 496 с.

⁶¹ Kirsch, I.; Montgomery, G.; Sapperstein, G. (April 1995). «Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: A meta analysis». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 63 (2): 214—220.

⁶² Spiegel D., Spiegel H. – *Trance and treatment: clinical uses of hypnosis* – 2nd ed.

Исследования гипноза действительно показали, что люди под гипнозом продуцируют большее количество воспоминаний и сообщают большее количество деталей⁶³. Это достигается с помощью тех же актуализации воображения и концентрации внимания.

Регрессивную гипнотерапию (как и некоторые другие виды глубинной психотерапии) часто критикуют за эти самые «фокусы» с памятью, так как они способны вызвать ложные воспоминания у пациентов. И, да, под гипнозом возможно внедрять ложные воспоминания⁶⁴, а пациент будет в таких воспоминаниях более уверен⁶⁵. Однако, как показали более поздние исследования появление ложных воспоминаний обусловлено не самой процедурой гипноза, а гипнабельностью пациента⁶⁶, в то время как эти самые ложные воспоминания вполне могут быть вызваны и любыми другими суггестивными процедурами⁶⁷. В общем от ложных воспоминаний не застрахован никто из вас и в обычной жизни, особенно если вы высокогипнабельны. В процессе же терапии такие воспоминания появляются не потому, что кто-то вас будет гипнотизировать, а лишь в том случае, если у вас самих есть установка на воспоминание чего-либо (например, на воспоминание прошлых жизней⁶⁸) или же если гипнотизер является неграмотным специалистом и намерено – с помощью различных вопросов – подталкивает вас к мнению, которое нужно именно ему.

В гипнозе человек больше представляет нежели обдумывает и ему становится намного легче создать ассоциативный ряд, который и приводит его к воспоминанию о травме, а повышенная внушаемость позволяет эту травму намного легче «проработать». Однако способы «проработки» могут быть абсолютно различны.

Модификации регрессивной гипнотерапии

Если в теоретическом плане регрессивная терапия и не так развита, то вот в плане практики было создано уже несколько десятков подходов к проведению регрессии, и мы рассмотрим наиболее популярные из них.

Классическая регрессивная гипнотерапия. Формально мы можем говорить о классической регрессивной гипнотерапии, подразумевая работы Жана, Брейера и др. ранних авторов, а также Дейва Элмана. Ранние варианты регрессивной гипнотерапии характеризуются акцентом на поиск наиболее значимой травмы в прошлом, при отсутствии формализованных методов терапии такой травмы. Например, тот же Дейв Элман создал достаточно формализованную гипнотическую индукцию⁶⁹, которая является наверно наиболее популярной на сегодняшний день среди гипнотерапевтов, работающих в классическом стиле, однако то, что происходит после индукции Элманом объясняется достаточно плохо. По большому счету все сводится к постоянному поиску травмы, пока у клиента, наконец, не наступает эмоциональный выплеск, который терапевт старается поддержать. Сама идея эмоционального выплеска, сегодня используется практически во всех ответвлениях регрессивной гипнотерапии.

⁶³ Steblay N.M. & Bothwell, R. (1994). Evidence for hypnotically refreshed testimony: The view from the laboratory. *Law and Human Behavior*, 18, 635—652.

⁶⁴ Laurence, Jean-Roch; Perry, Campbell (1983). «Hypnotically Created Memory among Highly Hypnotizable Subjects». *Science*. 222 (4623): 523—524.

⁶⁵ Whitehouse, W. G., Dinges, D. F., Orne, E. C., & Orne, M. T. Hypnotic hypermnesia: Enhanced memory accessibility or report bias? *Journal of Abnormal Psychology*, 1988, 97, 289—295

⁶⁶ Lynn, S. J., Myers, B., & Malinoski, P. (1997). Hypnosis, pseudomemories, and clinical guidelines: A sociocognitive perspective. In D. Read & S. Lindsay (Eds.), *Recollections of trauma: Scientific research and clinical practice* (pp. 305—331). New York: Plenum Press.

⁶⁷ Kirsch I. Immediate and persisting effects of misleading questions and hypnosis on memory reports. // *Journal of Experimental Psychology: Applied* 8, 2002

⁶⁸ Spanos N.P. (1996). *Multiple identities and false memories: A sociocognitive perspective*. Washington, DC: American Psychological Association

⁶⁹ Элман Д. Гипнотерапия. – М.: Психотерапия, 2014. – 313 с.

Регрессивная терапия. На сегодняшний день при словосочетании «регрессивная терапия» люди намного чаще представляют себе не терапию травмы, а терапию, где пациент должен вспоминать прошлые жизни и таким образом исцеляться. Очевидно, что придумал это все либо недалекий, либо очень хитрый человек, который заметил, что люди под гипнозом склонны сообщать не только реальные воспоминания, но и фантазийные, особенно если гипнотизер на таком воспоминании постоянно настаивает.

Этим недалеким человеком в 1956 году стал Мори Бернстайн, который впервые написал о случае воспоминания прошлых жизней. Но «реальные деньги» на этом делают такие популяризаторы как Долорес Кенон и Майкл Ньютон.

Непонятно действительно ли людям не хватает минимального критического мышления или им просто скучно и поэтому они готовы оплачивать бесполезные сеансы, где можно вообразить чудесные сюжеты, но, в общем и целом, воспоминание прошлых жизней под гипнозом достаточно легко опровергалось во всех возможных экспериментах.

Например, если перед гипнозом претвориться астрологом и сказать, что человек был в прошлой жизни Юлием Цезарем то именно это он и вспомнит⁷⁰. Однако при задавании вопросов по воспоминаемой эпохе, ответы пациента перестают соответствовать реальности⁷¹. Если же попросить пациента говорить на языке эпохи, он будет нести какую-то тарабарщину в полной уверенности, что он владеет «скрытым знанием». И почему-то так получается, что вспоминают прошлые жизни только те, кто в них верит, а те, кто не верит – их никогда и не вспоминает. Зато среди тех, кто все же верит в прошлые жизни можно встретить огромное количество бывших Юлией Цезарей и Александров Македонских⁷².

Однако данная терапия в какой-то смысле работает, и это поддерживает ее популярность. А то почему она работает опять же объясняет нам теория Йозефа Брейера: выдуманные страшные картинки в голове позволяют отреагировать все тот же вытесненный аффект и человеку становится легче. Правда все это временно, не говоря уже о ряде побочных эффектов, в стиле того, что человек снимает с себя ответственность за свою жизнь, перенося ее на «прошлые воплощения», и того, что он просто отгораживается от мира, потому что ему постоянно приходится всем доказывать существование тех самых прошлых жизней, чтобы оправдать своё исцеление (вспоминаем эффект когнитивного диссонанса), а вы сами можете понять, как смотрят на такого человека другие люди (примерно также, как вы смотрите на того, кто заявляет вам, что только что вернулся с летающей тарелки, где его оплодотворили инопланетяне). Существуют и задокументированные свидетельства того, что вера в прошлые жизни вредит семейным отношениям⁷³, а Министерство здравоохранения Израиля вообще запретило практику «регрессий в прошлые жизни», потому что она наносит вред⁷⁴.

Терапия частей. Регрессивная терапия частей базируется на идее, что в момент травмы образуется отделенная от сознания часть личности. В этом случае терапевт обычно называет часть ответственную за симптом и делает регрессию в момент ее образования, затем производя переговоры между частями. Например, так можно побеседовать с частью пациента, которая в 10 лет решила начать курить, чтобы понравится сверстникам и привести ей доводы уже с позиции взрослой части. Надо понимать, что здесь под частью личности подразумевается удобная метафора для описания проблемы, нежели какая-то реально отщепленная от психики часть, как это бывает при некоторых серьезных расстройствах.

⁷⁰ Spanos, N. P. (1996). Multiple identities and false memories: A sociocognitive perspective. Washington, DC: American Psychological Association

⁷¹ Spanos, N.P., Menary, E., Gabora, M. J., DuBreuil, S. C., & Dewhirst, B. (1991). Secondary identity enactments during hypnotic past-life regression: A socio-cognitive perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 308—320.

⁷² Pyun Y.D. Creating past-life identity in hypnotic regression. *Int J Clin Exp Hypn*. 2015;63 (3):365—72.

⁷³ Carroll R.T. The Skeptic's dictionary. Past life regression

⁷⁴ Dan Even Health Ministry to hypnotists: Stop helping clients explore past lives // Haaretz, 24.07.2009

Когнитивная регрессивная гипнотерапия. Начало когнитивной регрессивной гипнотерапии заложил Дэвид Лессер. В своей практике он не просто работал с отдельными событиями прошлого, а анализировал целые цепочки событий, изучая к какому выводу они привели и меняя данный вывод. Например, в одной ситуации девушку могли бросить родители, в другой – она могла остаться одна на ледяном склоне, а сейчас она боится ездить в лифте. Соответственно можно интерпретировать этот симптом как стремление удовлетворить свою социальную потребность за счет того, что из-за страха ей все время приходится брать кого-то с собой в лифт.

И это лишь одна когнитивная вариация регрессивной терапии. Достаточно часто когнитивные терапевты используют регрессивный гипноз, чтобы менять дезадаптивные мысли в тех или иных воспоминаниях на адаптивные или проводить изменение воспоминания примерно также как это делал Пьер Жане. Есть методика когнитивного гипноанализа, которую предлагает Геннадий Иванов, где он совмещает десенсибилизацию отдельных убеждений и эмоционально образную психотерапию⁷⁵.

Другие методики. Существует множество и других комплексных и псевдонаучных методик. Например, концепция 5-path (пятый путь) Кэла Беньяна, где он предлагает использовать технику прощения в ситуациях обиды. Учитывая, что техника взята не откуда-нибудь, а из религии, ее можно просто не принимать в серьез как адекватный метод лечения.

Существуют и различные авторские методы, где предлагается работать с так называемыми «инстинктами» (которых на самом деле у человека нет). Но и на этом все не заканчивается.

Полно техник, которые нагло воруют идею регрессивной терапии и терапии травмы и просто применяют все это без ритуала наведения гипноза. Сюда можно отнести дианетику, терапию отправных точек, Wingwave-коучинг, тета-хилинг и множество других направлений, которые появляются и исчезают ежедневно и которые строятся на поиске вытесненной травмы с небольшими техническими видоизменениями, при этом претендуя на полную оригинальность.

К сожалению, обращаясь к регрессивному терапевту вы намного чаще наткнетесь на шарлатана нежели на высококвалифицированного специалиста.

Процесс регрессивной гипнотерапии

Настала пора разобрать и сам процесс регрессивной гипнотерапии. Как уже было сказано, вариаций регрессивной гипнотерапии существует достаточно много, поэтому здесь мы сосредоточимся на когнитивной регрессивной гипнотерапии, так как она включает в себя наиболее полное количество шагов, которые применяются и во многих других направлениях, и, в то же время в большей мере отражает именно научную картину мира, нежели опирается на идею прошлых жизней или религию.

1. **Диагностика.** На первом этапе проводится диагностика клиента. Задача состоит в том, чтобы выявить проблемное неадекватное чувство, которое доставляет человеку дискомфорт, и с которым гипнотерапевт будет в последующем работать. Это необходимо, поскольку именно проблемное чувство позволяет запустить поток ассоциаций, которые должны привести человека к воспоминанию о травме, а намеренное использование такого эффекта терапевтом называется **аффективным мостом**.

Иногда проблемы бывают простыми, где четко обозначена ситуация и проблемная эмоция, в таком случае можно сразу переходить к терапии. Иногда клиент заявляет сложную экзистенциальную проблему, и сам не понимает какие чувства он испытывает, а может быть даже

⁷⁵ Иванов Г. Техники гипноза: обратная сторона сознания. АСТ. 2022. – 384 с.

винит во всем других и внешний мир. В этом случае мы посылаем человека в реальную ситуацию, чтобы он убедился на практике, что причина именно в чувстве, и смог нам его описать.

2. Гипнотическая индукция. Вопреки ожиданиям многих обывателей, гипноз наводится не для того, чтобы соприкоснуться с иными мирами или пообщаться с духами, а просто для того, чтобы активировать воображение клиента для последующей рестимуляции психотравмирующего события. Гипноз помогает вызвать состояние сосредоточения и погружение в фантазии, что является достаточно мощным фактором фасилитации психотерапии.

3. Гипнотические тесты. Данный этап является совершенно необязательным для психотерапии, однако некоторые гипнотизеры склонны проверять глубину гипноза с помощью специальных тестов на каталепсию и амнезию⁷⁶, которые соответствуют разным стадиям гипноза. Если глубины не хватает, то стоит «догрузить» человека. Для этого используются специальные методы углубления и речевые связки.

5. Экспозиция в воображении. Следующий шаг состоит в воспроизведении дискомфортных ощущений, с которыми клиент встречается в обыденной жизни. Например, можно попросить человека с клаустрофобией вспомнить ситуацию, где он был в замкнутом пространстве и ярко ее представить. Реалистичное воспроизведение проблемной ситуации помогает нам четко обозначить какое чувство испытывает человек, и где в теле находится телесное напряжение, связанное с ним. Это, в свою очередь, запускает в голове клиента ассоциативный ряд и репродуцирует эмоцию, через которую мы и будем осуществлять регрессию, т.е. искать первоначальную травматическую ситуацию.

По сути, чтобы найти травматическое воспоминание нам как бы нужны подсказки, за которые человек может уцепиться. Этими подсказками и являются схожие ощущения и эмоции, которые клиент переживал в разных ситуациях (проще говоря, мы воссоздаем травматический контекст, который и позволяет репродуцировать воспоминания⁷⁷). Таким образом усиливая эмоцию, мы можем найти более раннюю травму, связанную с данным чувством⁷⁸. Более того, именно эмоция позволяет ускорить процесс научения и изменения тех или иных проблемных паттернов поведения⁷⁹.

Обычно первоначальная ситуация находится не сразу, а человек вспоминает ряд связанных ситуаций, но каждая новая ситуация еще глубже погружает человека в проблемное состояние и тем самым дает все больше подсказок, для поиска причины.

6. Значимая травма. Наконец, мы находим наиболее значимую ситуацию, которая травмировала человека, и в которой сформировался неправильный способ поведения и мышления. Воспоминание ситуации часто сопровождается катарсисом или эмоциональным выплеском.

Диссоциированная или вытесненная ситуация интегрируется в обыденное сознание субъекта, и он уже может начать контролировать свои реакции. Но как показала практика этого не всегда бывает достаточно. Обычное осознание воспоминания не всегда приносит избавление, так как проблема носит более комплексный характер: она имеет под собой когнитивный, эмоциональный и поведенческий аспекты. Поэтому современный гипнотерапевт направлен на работу со всеми этими элементами.

⁷⁶ Каталепсия и амнезия – это феномены гипноза, которые возникают на разных стадиях погружения в гипнотический транс. Именно по их появлению, мы понимаем, что человек находится в гипнозе, в то время как, простое расслабление или витание в облаках никакого отношения к гипнозу не имеют. Каталепсия обычно проявляется как замирание конечности под влиянием внушения, а амнезия как забывание той или иной информации по команде гипнотизера.

⁷⁷ Godden, D. R., & Baddeley, A. (1975). Context-dependent memory in two natural environments: On land and underwater. *British Journal of Psychology*, 66 (3), 325—331

⁷⁸ Almeida-Marques F.X., Sánchez-Blanco J., Cano-García F.J. Hypnosis is More Effective than Clinical Interviews. *The international journal of clinical and experimental hypnosis*. 2018 Jan-Mar;66 (1):3—18.

⁷⁹ Szentágotai A. «Cognitions in cognitive-behavioral psychotherapies; toward an integrative model.» *Clinical psychology review* 26 3 (2006): 284—98.

Сначала терапевт усиливает процесс выплеска эмоционального заряда. Он добивается того, чтобы негативная эмоция «вышла» целиком и полностью, что не всегда бывает при простом воспроизведении ситуации. Для этого гипнотерапевт использует различные техники драматизации, своими словами усиливая эмоциональный накал.

Далее идет проработка когнитивного аспекта, т.е. изучение того, какое базовое убеждение сформировалось у клиента на основе данной травмы и помощь в его изменении. При этом участие терапевта во всем процессе минимальное, человек сам меняет свое восприятие на основе своего текущего жизненного опыта.

7. Переосмысление. В итоге клиент получает какой-то новый ресурс, новый вывод и учится новому поведению. Терапевт проводит возрастную прогрессию (переход от более ранних ситуаций к более поздним) через все травматические ситуации, позволяя клиенту пройти через них с новым опытом и новыми выводами. Если где-то возникает «затор», то происходит такая же проработка проблемной ситуации и продолжается прогрессия, пока человек не доходит до текущей проблемной ситуации, которая его и беспокоит. Далее осуществляется имажинативная проверка, т.е. клиента спрашивают, что он теперь чувствует при представлении проблемной ситуации, и, если он не испытывает ничего или ощущает какие-то положительные эмоции, работу можно считать успешной.

8. Проверка реальностью. После устранения проблемного чувства мы проводим проверку реальностью, т.е. посылаем человека в проблемную ситуацию и смотрим как изменилось его мироощущение. Велика вероятность, что напряжение в ситуации снизится, а на поверхность всплывут новые чувства, с которыми можно дальше работать.

Следует понимать, что устранение проблемы за один сеанс (как обычно об этом заявляют гипнотерапевты) – это крайне редкая ситуация, которая может происходить лишь с очень внушаемыми клиентами, при отсутствии каких-либо реальных психических проблем и, тем более, психиатрических диагнозов. Чаще всего, одна сессия будет посвящена одному проблемному ощущению или чувству. После того как гипнотерапевт поможет «вычистить» данное чувство, при возвращении в проблемную ситуацию будут выявляться другие – ранее скрытые проблемные эмоции. Количество таких чувств индивидуально для каждого человека, но обычно не превышает трех или пяти.

Мы описали типичный процесс регрессивной гипнотерапии, который подходит далеко не всем и далеко не всегда. Однако, если вы попали в ту самую группу клиентов, то вам регрессивная гипнотерапия сможет помочь достаточно быстро.

Говорить же о каких-то объективных данных оценки эффективности наверно не представляется возможным, так как в исследованиях, где упоминается гипноз практически никогда не приводится уточнений какой именно вид гипнотерапии применяли и, чаще, это будет именно суггестивная терапия. В тоже время вы сможете найти достаточно большое количество критических статей, что связано опять-таки с возможностью появления ложных воспоминаний в процессе регрессивной гипнотерапии. Но надо понимать, что большинство критиков регрессивной гипнотерапии концентрируются на ее возможных побочных эффектах, а именно на спорных аспектах вытесненных и ложных воспоминаний, практически всегда понимая под регрессивной гипнотерапией регрессию в прошлые жизни.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на Литрес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.