

УДК 159.942.5:615.851

Етапы развития клиент-центрированной психотерапии

Кочарян А.С.
kochar50@yandex.ru

У статті розглядаються основні етапи становлення клієнт-центрованої психотерапії: недирективний, рефлексивний, експірієнтальний. Показано еволюцію, що пов'язана з перенесенням акценту з загальних парадигмальних характеристик нового підходу до методичних, технічних, операціональних характеристик конкретного психотерапевтичного процесу. Обговорюється дві ідеї: 1) місце субвербального досвіду в психотерапії; 2) топологічна модель психіки, яка пояснює і спрямовує психотерапію, модель якої пропонується автором. У статті аналізуються деякі сакральні аспекти клієнт-центрованої психотерапії.

Ключові слова: клієнт-центрована терапія, субвербальний вплив, переживання, процес психотерапії, сакральність психотерапії

В статье рассматриваются основные этапы становления клиент-центрированной психотерапии: недирективный, рефлексивный, экспириентальный. Показана эволюция связанная с переносом акцента с общих парадигмальных характеристик нового подхода к методическим, техническим и операциональным характеристикам конкретного психотерапевтического процесса. Обсуждается две идеи: 1) место субвербального опыта в психотерапии; 2) топологическая модель психики, объясняющая и направляющая психотерапию, модель которой предлагается автором. В статье анализируются некоторые сакральные аспекты клиент-центрированной психотерапии.

Ключевые слова: клиент-центрированная психотерапия, субвербальное воздействие, переживание, процесс психотерапии, сакральность психотерапии

The article describes the basic stages of person-centered therapy formation: non-prescriptive, reflective, experiential. There was shown the evolution associated with the transfer of emphasis from the general characteristics of the new paradigmatic approach to methodological, technical and operational characteristics of a particular psychotherapeutic process. It was suggested two ideas: 1) the place of subverbal experience in psychotherapy; 2) the topological model of the psyche, explaining and guiding therapy, the model which the author suggests. The article analyzes some sacred aspects of person-centered therapy.

Keywords: person-centered therapy, a sub verbal impact, the experience, the process of psychotherapy, psychotherapy sacredness

Дж. Харт [1] на основе акцентирования доминирующей идеи выделил три этапа развития клиент-центрированной психотерапии.

На первом этапе (этап недирективной психотерапии) утверждались базовые положения подхода – равноправие клиента с психотерапевтом, введение самого термина «клиент», утверждающего его особую позицию по сравнению с «пациентом», наличие организмической тенденции, которая с необходимостью ведет к росту и развитию, качественно новое представление о психотерапевтическом пространстве и т.п. В 1942 г. К. Роджерс определил недирективность как право «каждого индивида быть психологически независимым и утверждать свою психологическую целостность» [2, с. 141]. Само появление недирективной парадигмы связано и с рождением новой ментальной культуры – философией Другого (М. Бубер, Э. Левинас), где это Другое Ты – имеет онтологическую (а не только гносеологическую) укорененность и является экспликацией Бога (Ф. Эбнер); и с тем обстоятельством, что К. Роджерс, работая с трудными подростками, столкнулся с жесткими возрастными-специфическими реакциями эмансипации и отрицательной имитации, что не позволило бы проявить свою профессиональную гордыню. Директивно же взять «на себя основную ответственность при решении проблемы (клиента - А.К.)» [2, с. 127] - признак непрофессионализма, неготовности терапевта быть с клиентом как человек, разделив его боль. Утверждение новой, недирективной парадигмы отношения, сопровождалось страхом директивности, и, как следствие, техницизма. Психотерапия перестала концептуализироваться как «метод», и стала «отношением».

Р. Хаттерер отмечал, что «увлеченность Роджерса собственным подходом... была обусловлена не столько эффективностью его терапевтического подхода..., сколько новаторским, революционным потенциалом этого подхода...» [3, с. 296]. Однако недирективность из знамени подхода должна была превратиться в собственно психотерапию, где быть просто хорошим (теплым, отзывчивым, понимающим и т.п.) человеком недостаточно. Как отмечает М. Боуэн [4, С. 26.], «в дальнейшем мысли К. Роджерса существенно изменились. Об этом свидетельствует отсутствие термина «недирективный» в предметных указателях его книг, начиная с 1969 г., и в его самой последней книге [5] слово «недирективный» приводится в кавычках, и все ссылки, которые К. Роджерс делает в связи с этим термином, относятся к прошлому». Указанный автор [4, с. 26], делясь своим опытом, пишет: «Лично я больше опасуюсь такого стиля руководства, при котором для того, чтобы избежать директивности, хитрят и манипулируют, чем когда мне открыто предлагают структуру и выбор. Отсутствие структуры, которое стало отождествляться с личностно-центрированным подходом, может, как ни парадоксально, стать очень жесткой структурой. Лично меня стало раздражать фасилитирование на личностно-центрированных семинарах, так как то, что... должно произойти в группе, когда структура не предлагается, становится... все более и более предсказуемым». И далее она отмечает [4, с. 26], что «отождествлять личностно-центрированный подход с недирективностью или с отсутствием структуры — значит не испытывать к нему должного доверия». Мария Виллас и Боас Боуэн [6] отмечают, что за 43 года (с момента публикации своей книги «Консультирование и психотерапия» в 1942 г. до демонстрационного получасового сеанса с Джилл в 1985 г.) в работе К. Роджерса произошли серьезные изменения. В 1942 г. К. Роджерс писал, что терапевт не должен находиться за рамками сказанного

клиентом, и что «если терапевт либо движется быстрее, чем клиент, либо вербализует невысказанные чувства клиента, то этим он наносит настоящий вред клиенту и психотерапевтическому процессу» [2]. В сеансе с Джилл, по словам М. Виллас и Б. Боуэн [6], К. Роджерс показал то, что «приобрел как психотерапевт за многие годы своей профессиональной деятельности. Он стал менее зависимым от «ярлыка» недирективности, стал более подвижным, а его ответы приобрели большее разнообразие. Примером изменений также может служить тот факт, что К. Роджерс 16 раз в течение психотерапевтического сеанса нарушает тишину ...» и множество раз прерывал клиента. Указанные авторы отметили два очевидных изменения в работе К. Роджерса: во-первых, он использовал не только рефлексивные техники (прояснение чувств клиента, уточнение и повторение), но и интерпретации, метафоры для того, чтобы настроить клиента на переживания, испытываемые им здесь и теперь, позволял себе смеяться над ним, использовал технику преувеличения для актуализации противоречивости высказываний клиента; во-вторых, он стал директивным, что проявлялось в том, что он предлагал клиенту причины, объясняющие поведение, подвергал предложенные интерпретации открытой проверке, предлагал темы для обсуждения, прерывал клиента, сам нарушал паузы и т.п. В заключение Мария Виллас и Боас Боуэн [6] отмечают, что директивность К. Роджерса связана с тем, что он стал больше доверять своим клиентам, перестал относиться к ним как к хрупким и ранним существам, полностью зависимым от влияния психотерапевта. ... Такое отношение к клиентам способствовало приобретению большей подвижности, свободы и конгруэнтности. С помощью директивности К. Роджерс продемонстрировал еще более высокую степень доверия в психологическую независимость клиента и его психологическую целостность.

Одним словом, на этапе недирективности утверждался новый подход, в котором имплицитно заложена идея самодетерминации, наличия в человеке сил (организмических или актуализационных), делающих его собственно Человеком. А это означает две вещи: 1) изменения в психотерапии связаны с личностным ростом; 2) сам личностный рост представляет собой не достижение внешних целей, а высвобождение своей внутренней природы (внутреннего Я), которая по сути своей трансцендентна. И в этом смысле духовность, как существование источника высшей мудрости, знания, целительной силы, саногенного потенциала и т.п. внутри Я, имманентна человеку и лежит за рамками сознания (рассудка). Натуралистичность антропологии К. Роджерса состоит в том, что пространство духовного (сакрального) парателесно (связка «переживание-тело»: истинный процесс раскрытия эмоций имеет соматовегетативное сопровождение), а не трансперсонально. Одно можно сказать точно – тело не обманешь. Поэтому переживания, заключенные в нем, всегда правдивы, в отличие от многочисленных нарративов клиента, которые часто являются результатом защитного искажения. Порой не поймешь – клиент жалуется или хвастается.

Факт приближения человека к своей природе в рамках клиент-центрированной психотерапии позволил А.Б. Орлову обозначить последнюю как эссенциальную терапию [7].

Суть подхода К. Роджерса состоит в том, что: 1) организмическая тенденция имплицитно несет в себе мудрость, правду, развитие, творчество и т.п. (очень много определений дал сам К. Роджерс), 2) она находится внутри человека (причем, она не просто может находиться, а точно находится (!)), 3) она доступна человеку, 4) средством доступа к ней являются не знания и размышления, а непосредственный опыт переживания. И в этом смысле открытие Себя в себе – это дорога личностного роста.

На втором этапе (этап рефлексивной психотерапии) подчеркивалась особая чувствительность психотерапевта именно к аффективному опыту клиента, а не к содержанию его проблемы. Задача психотерапевта состояла в том, чтобы провести клиента в глубину его собственных переживаний. Средством такой «проводки» стало слово клиента – предполагалось, что раз в клиенте живет актуализационная тенденция, истинная и правдивая, направляющая его жизнь в правильном направлении, и сопровождающаяся «чувством правильности» [8, с. 240], то клиенту можно доверять. Отсюда возникли рефлексивные техники активного слушания (повтор, парафраз и обобщение), отражающие доверие к актуализационной тенденции, связанное с тем, что за счет этих техник психотерапевт находится «на полшага позади клиента» (К. Роджерс), не опережает его в психотерапевтическом процессе, а так же обеспечивающие свободно-неструктурированный процесс психотерапии. Эти техники «подчас карикатурно» вырождались в «бессмысленное повторение того, что только что сказал клиент» [4, с. 26].

Вместе с тем, очевидно, что контакт с переживаниями клиента обеспечивается не словами, а возможностью, как писал К. Роджерс [8], «вступать в непосредственные отношения, за которые отвечает не просто мое сознание, но весь мой организм», когда «моя реакция основана на общей организмической чувствительности к этому человеку без участия сознания...» [там же]. В связи с тем, что клиент инконгруэнтен, диссоциирован со своим опытом, его слова не могут адекватно символизировать собственный опыт (переживания). Как говорится в Псалме 115 Давида: «...всяк человек ложь». **Л. Luborsky и соавт. [9] выявили, что глубина проникновения клиентов в свои переживания является надежным предиктором успешной психотерапии.** А это означает, что у клиентов должен быть опыт непосредственной встречи с собственными переживаниями.

На третьем этапе (этап экспириентальной психотерапии) произошел существенный сдвиг от интереса к словам, символизирующим эмоциональный опыт клиента, к интересу к субвербальному опыту клиента. Z. Boukydis, A. Kantor [10] ссылаются на работы Юджина Джендлина [11], который выявил опыт «felt sense», как особую домодалную (не говоря уже довербальную) форму переживания клиента. И здесь высказывание Жака Лакана (цит. по [12]) о том, что среда у психотерапевта одна – «речь пациента», нуждается в правке. В глубину переживания через слова и посредством слов не зайти. Еще раз подчеркнем, что отказ от слова, различение слова как символа (фантика) и собственно эмоции (как конфеты) составляет суть идеи экспириентальности. Ю. Джендлин [13] подчеркивал важность в психотерапии непосредственного переживания тела - «личностные проблемы коренятся в непосредственно переживаемых допонятийных смыслах...». Эта чувствительность к субвербальному телесному опыту клиента была им обозначена как «экспириентальная рефлексия» - развитие случается

тогда, когда человек становится чувствительным не к словам и образам, а к чувствам-в-теле.

Субвербальное переживание обладает свойством текучести, изменчивости, тогда как модально оформленные вербальные переживания, связанные с переживанием травмы, и в этом смысле являющиеся «заторными» переживаниями, напротив, не имеют качества текучести, они «слиплись», превратились в «кристалл», осевший в теле как «вещь» [14], они осознанны или близки к осознанию, они не возникают и не исчезают – они есть всегда (в актуальной или потенциальной формах), они резистентны к психотерапевтическому воздействию [15]. Делать их мишенью психотерапии – плохая идея: их можно только рационализировать, катартизировать, «релаксировать», понизить их «энергетику» за счет смещения внимания на что-то другое и т.п. Это как китайский чай-порох – при малейшей ассоциации с травматическим опытом съезжившееся переживание (например, обиды) «раскрывается» с новой силой. Задача психотерапии зайти под слой этих вторичных «заторных» эмоций.

Ранее нами [15] была предложена топологическая модель психики (рис.1), которая метафорически описывает, как минимум, два процесса: 1) формирование «мертвых» зон из-за «закупорки» жизненных капилляров «заторными» переживаниями в определенном возрастном периоде; 2) формирование структуры самого «заторного» переживания.

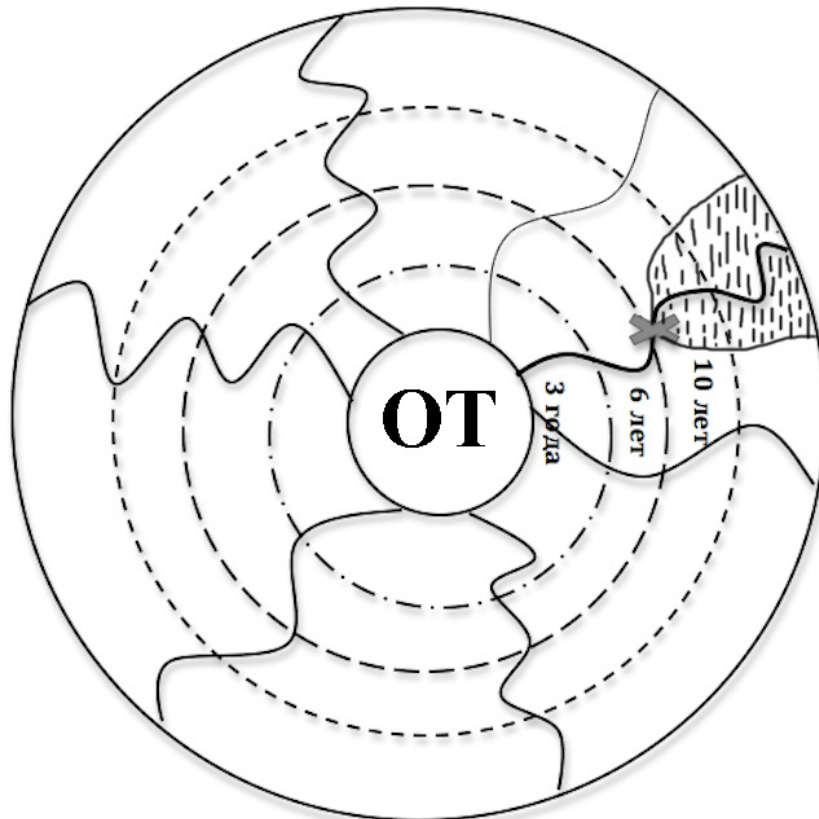


Рис. 1. Топология психики,
Где ОТ – организмическая тенденция

Относительно первого процесса. «Мертвые» зоны появляются в результате того, что «заторные» переживания перекрывают движение организмического потока. Недостаточно только понимать психотравмирующую ситуацию детства – важно понимать как эта ситуация «легла» на человека, каким конкретным переживанием. В характер-аналитической традиции [16-19] каждый тип характера вызван определенным видом травмы: шизоидный – отвержением; оральным – лишением; мазохистический – подавлением и т.п. Но это слишком большие обобщения, требующие подгонки конкретного клиента к некоторой типичной ситуации. И, думается, всегда возникает некоторое насилие – конкретный случай индивидуален и он больше всякого, хотя и серьезного, обобщения. М.Е. Бурно [20] мудро определяет психотерапию как «научное искусство» - искусство, которое идет от индивидуального, а не от типического: «Пациенты и психотерапевты — разные. Теоретик обычно идет мимо этого. Он выше этого. Он создаст систему о человечестве и для человечества, в которой все люди, как один, и система эта, как правило, только одна для всех, авторская». Он [20] отмечает, что обобщения клинициста не проникнуты «сложной терминологической символикой, вместо неё — реалистические образы, порою глубоко проясняющие научную мысль чувством». Реалистическая натура в подходе М.Е. Бурно определяется как «врожденные мозаичные природно-характерологические структуры» [21, 22]. И тогда, действительно, психотерапия осуществляется с опорой на определенную характерологическую структуру. Мы, говоря о психотерапии как искусстве, хотим подчеркнуть не то, что не следует забывать конкретную характерологическую основу (как базу для проведения психотерапии), а то, что психотерапия – это и есть конкретный процесс в конкретном человеке, который заранее нельзя предвидеть. Поэтому нас интересует конкретное «заторное» переживание, которое серьезно затрудняет или делает невозможным протекание жизненного (организмического) потока в теле и, со-

ответственно принципу эквивалентности, в душе. Выявить «заторное» переживание сложно – это не интерпретационная работа, опирающаяся на некоторые теоретические схемы распознавания эмоций и их смысловое послание.

Вот, например, одно из приводимых значений основных эмоций [23]: «агрессия – это когда пора что-то начать или закончить; обида – это когда мы перекаладываем ответственность с себя на внешнее; страх – это когда мы не понимаем того, что происходит; стыд – происходит от запрета на то, кем ты есть, запрет на свое проявление; грусть – это когда уходит старое, и мы смотрим назад; радость – это когда мы после подавления себя расслабляем».

Подобные схемы могут быть полезны, но они крайне далеки и от теоретического постижения феномена, и от понимания реального человека. Это, скорее, игрушка, полезная в психологических тренингах, создающая иллюзию понимания.

Если какая-то часть психического становится «мертвой», напр., любовь и сексуальность, то в функционировании личности появляется качество «как бы» [24]:

«Мне не Дано Земного наслаждения
Земным Покоем и Земной судьбой
Я испытала взлеты и падения
В Своем стремлении стать самим С собой.
Но пробит Час и потекли минуты.
Стремясь собой заполнить Пустоту.
Но я страдаю и люблю как будто
И этим состоянием – Живу?».

«Как будто» («как бы») жизнь (любовь, секс, злость и т.п.) становится наполненной экзистенциалом Пустоты, или Бессмысленности, или Ненужности, или Второсортности и т.п. Чем более перекрыт поток в «капилляре», тем более следует компенсировать реальность фантазией, а желания подменяются его суррогатами – не «хочу, а хочу хотеть», а потом «хочу, чтобы хотелось хотеть» и т.д. На определенном этапе, когда фантазия уже не справляется с функцией замены реальности, она «лопается как пузырь» и возникает Пустота (субдепрессивные и собственно депрессивные состояния).

На рисунке 2 представлен «затор» движения по «капилляру».



Рис. 2. «Затор» движения по «капилляру»

В результате блокирования обширные зоны психического лишаются питания – возникают «пустыни», «болота» и др. мало предназначенные для жизни области психики.

Топография психики эквивалентна психологической топографии тела. Ниже на рисунках 3-5 представлены части тела, в которых отражаются определенные психологические особенности клиентки.



Рис. 3. Голени и стопы клиентки К. (28 лет).



Рис. 4 Бедра той же клиентки К. (28 лет)



Рис. 5. Кисть клиентки К. (28 лет).

Как видно из рисунков 4 и 5, у клиентки К. имеются выраженные признаки инфантилизма, незрелости. На рис. 4 бедра смотрятся пассивными, им недостает энергии, сексуальности. На рис. 5 кисть помимо признаков детства имеет признаки «женского зова», привлечения внимания мужчины и контролирование его. На рис. 3 голени и стопы активны, смотрятся как мужские. Таким образом, можно говорить о следующих инконсистентных (несогласующихся) особенностях клиентки: 1) незрелость, пассивность, ожидание помощи; 2) привлечение внимания мужчины и невозможность быть с ним как женщина, а только как ребенок; 3) наличие мужских черт характера. В реальности клиентка имеет двоих детей (8 мес. и 4 г.), ее мужчина живет в другой семье, постоянно обещая перейти к ней. Она находится в симбиотических отношениях с матерью, причем в двойных связях: с одной стороны, она зависима, имеет много страха и тревоги (такое впечатление, что боится выйти в жизнь за рамки материнского дома), а, с другой, - стала мамой собственной маме (феномен парентификации). «Затор» движения эмоционального потока в эмоциональных «капиллярах» задержал развитие, привел к созданию «мертвых» зон, которые не получают «питания». Важно восстановить нарушенный эмоциональный поток, освободить «капилляр», по которому течет организмический поток, от «бляшек». В качестве «бляшек» выступают «заторные» эмоциональные переживания.

Относительно второго процесса. «Заторное» переживание многослойно, включает в себя: 1) вторичные переживания (обида, злость, беспомощность и т.п.), возникающие как реакция на психотравму; 2) **первичные переживания, лежащие в основе всего негативного «заторного» комплекса** (чувства второсортности, ненужности, порочности/грязности и т.п.). Собственно первичные переживания лежат в основе многочисленных вторичных переживаний. В таблице 1 представлена структура «заторных» переживаний.

Таблица 1

Глубинная структура переживаний

Вторичные эмоции	Беспомощность
	Злость
	Обида
Первичная эмоция	Чувство ненужности (напр., второсортность)

Первичные «заторные» переживания имеют высокий порог осознания и, в отличие от вторичных переживаний, способность «двигаться». В этом смысле интересны идеи К. Роджерса о стадиях работы с этими первичными переживаниями. На первой стадии наблюдается феномен «просачивания», когда эти переживания начинают себя проявлять, а затем и частично осознаваться. На второй стадии эти переживания доходят «до предела». И здесь актуализируется описанный К. Роджерсом механизм «уравновешивания эмоций», когда эти первичные переживания, выражаясь метафорически, начинают двигаться и освобождают «просвет капилляра». Парадоксально, но доведенные «до предела» первичные переживания актуализируют организмические эмоции (напр., злость как тенденцию убрать фрустрирующий барьер), сдвигающие первичные «заторные» переживания: «Я никому не нужен? Нет, нужен. Как это я не нужен?! Нужен!!!». Травму «ненужности» убрать практически невозможно, но сдвинуть «затор» и освободить движение по капилляру – возможно. Механизм «уравновешивания эмоций» плохо артикулирован и, видимо, не может быть объяснен принципом реципрокности, используемым в поведенческой технике систематической десенсибилизации.

З. Фрейд (цит. по [25]) указывал, что важно «повысить интенсивность эмоционального и аффективного процесса», на что собственно, и направлен механизм уравновешивания.

А что собственно течет по капилляру? З. Фрейд указал, что таким жизнеобеспечивающим началом есть поток либидо. В антропологии же К. Роджерса нет указаний на то, какие именно процессы являются актуализационными (или организмическими) - это может быть любовь и отказ от нее (если она «токсична»), сепарация и отказ от нее (если не ведет к развитию), учеба и отказ от нее (напр., в рамках процесса, напр., полоролевой идентификации у девочки - младшего подростка) и т.п. Организмичность поведения, переживания и когниции может быть понята только в контексте развития. Отсутствие перечня организмических тенденций является недостатком в области теории антропологии, но, по словам С. Мадди [26], оборачивается достоинством в психотерапевтическом контексте. Мы определяем этот организмический процесс как «зов», открытие которого всегда имеет соматовегетативное сопровождение.

«Зов» в христианской сотериологии позволяет раскрыть подлинность человеческого существования «через преодоление ... автономной тотальности с помощью ответственного отношения с Другим», «обращению к спасающему - исцеляющему Богу, которое размыкает замкнутость индивидуального бытия» [27]. В психотерапевтическом контексте это означает две вещи: 1) организмическая тенденция как «зов» имеет направленность вовне, к Другому; 2) в организмической тенденции «впаян» смысл: нет смысла задавать вопрос: «В чем смысл?». Когда наполненная сексуальная или пищевая потребность себя реализуют, то у человека не возникает подобного вопроса, он излишен, все очевидно само по себе – просто хочется. Любая попытка привнести смысл извне трансформирует саму тенденцию: еда, становится лекарством, способом заслужить любовь родителей и т.п., т.е. «как бы» едой, утрачивает свой исходный организмический смысл. «Зов» же становится носителем истинных, натуральных, естественных, чистых и т.п. процессов. И в этом смысле целительные силы, аутосаногенность (С. Гроф, Л. Хей) являются хорошей метафорой организмичности, правильности и т.п. К. Роджерс [8], описывая психотерапевтический процесс, определил его как конструктивный, правильный, развивающий и т.п. А его сподвижница Рут Сэнфорд [28] прямо заявила, что у нее нет оснований не верить разумности процесса. Если «зов» реализует человеческую **эссенциальность**, добрую и хорошую по своей природе, то он отражает Божественное. Поэтому сотериологические мотивы

обращения к Господу за спасением на уровне психотерапии фактически означают обращение к Себе, к своему внутреннему Я, поиск и освобождение Себя, вхождение в поток жизни и самоосуществления. Думается, что идея «невозможности преодоления этого (внутреннего – А.К.) хаоса через самособирание на каком-то внутреннем основании» [27] при нашей трактовке не противоречит идее самоосуществления через открытие в себе Себя. Такое психотерапевтическое движение направлено на расширение Я-концепции, на преодоление нарциссической (эгоцентрической) установки.

Таким образом, важно не столько понять человека, сколько сдвинуть «заторные» переживания, освободить организмический поток. Это задача «соблазнения» на жизнь [29], а не углубление понимания. Это сопровождение в глубину собственных переживаний клиента, в зоны, в которых правит не слово, а переживание, лишённое слов, субвербальное переживание. Ю. Джендлин (цит. по [10]) метафорически обозначает такое движение клиента в психотерапии как процесс, «несущий вперед», а К. Роджерс [8] указал, что он осуществляется при наличии «чувства правильности». Способ работы с такими переживаниями – резонансы (эмоциональные и телесные) психотерапевта. Э. Минделл [30] называет работу психотерапевта со своими переживаниями метанавыком, что обеспечивает его свободу и возможность трансценденции за роль. В этом смысле психотерапевт погружен в собственные резонансные переживания – телесные (опыт резонансных ощущений) и эмоциональные: подташнивание, боль и/или неприятные ощущения в желудке, животе, груди, желание отодвинуться от клиента, надвигающаяся сонливость, вялость, слабость, брезгливость, желание погладить, поддержать, ущипнуть и т.п. Пережить то, что чувствует клиент можно только через себя. У клиента нет доступа к собственным первичным «заторным» переживаниям, и спрашивать у него, что он чувствует, не имеет смысла – потому он и клиент, что инконгруэнтен. После того, как психотерапевт «находит» первичные «заторные» переживания, он обращает на них (разными способами) внимание клиента. На рисунке 3 представлена модель фокусирования первичных «заторных» переживаний.

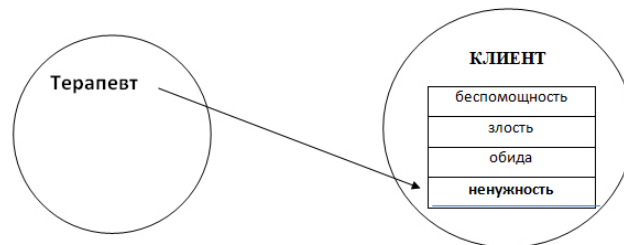


Рис. 3. Фокусирование первичных «заторных» переживаний

Фокусирование приводит к разрыву «слипшихся» эмоций, распаду «заторного» конгломерата эмоций на отдельные переживания. Это происходит за счет того, что, во-первых, для клиента обозначается стержневая эмоция (первичное «заторное» переживание), которая держит весь «заторный» комплекс и, во-вторых, включения уже обозначенного нами механизма уравнивания эмоций. Как только указанный механизм начинает работать, возникают подвижки – забитый эмоциональный капилляр начинает работать, по нему устремляется (понятно, что первоначально только «просачивается») организмический поток. Такое «оживление» случается волнами, причем, вовсе не обязательно, что открывшийся капилляр будет теперь гарантировано работать. Он может работать то больше, то меньше, а может и вовсе закрыться. У К. Роджерса есть идея самоактуализации, которая состоит в том, что открывшаяся организмическая тенденция может проситься в личность, сделать ее своей «программой». Человек найдет варианты закрыть в себе жизнь, затормозив или исказив организмическую тенденцию (и тогда актуализация не доходит до самоактуализации). Для ее реализации, как писали Б. Мирнс и Д. Торн [31, с.2], клиенту нужно мужество. По словам М. Боуэн [4, с. 25], важно «перейти от осознания себя как жертвы, когда клиент винит в превратностях своей жизни прошлое и окружающих, к доверию по отношению к своей собственной тенденции к самодетерминации. Это доверие дает клиенту мужество пробиться сквозь защитные завесы страха и вины и встретиться лицом к лицу свое бессознательное, интегрируя все эти переживания в процессе их осознания».

Техники поддержки механизма «эмоционального уравнивания». Технически актуализация первичных «заторных» переживаний обеспечивается самой разной группой техник: 1) разными вариантами его фокусирования (субъективное обнаружение переживания клиентом в себе) и 2) разными вариантами его амплификации (усиление переживания). Фокусирование – это направление внимания клиента на то, что еще находится за рамками осознанного переживания клиента, но в его «зоне ближайшего развития». Такая тактика «на полшага впереди» клиента не противоречит стратегии «полшага позади», направленную на выражение уважения и поддержку самоуважения к организмической тенденции. Это могут быть слова психотерапевта, открыто символизирующие потаенное переживание клиента, открытая экспрессия психотерапевтом резонансных переживаний, обращение внимания на определенные слова, позы, жесты и др. клиента или их усиление (техника «челнока») и т.п. Прежде всего, я отдаю предпочтение своим эмоциональным резонансам, которые возвращаю клиенту (расширенное воспроизводство эмоций), но это могут быть и информирование клиента о его переживаниях, озадачивание клиента тем, что его тело в каких-то местах перенапряжено или ведет себя непонятно (напр, он не может отдать психотерапевту руки – они продолжают висеть в воздухе. Почему?), прямые вопросы к клиенту в моменты пика его переживаний о том, что он чувствует в данный момент, вопросы о том, что ощущает клиент в теле и т.п. В ряде случаев мы ищем «felt sense» (прочувствованное ощущение) и работаем с ним. Так, на одной из групп было дано задание найти телесный резонанс (прочувствованное ощущение) на фразу: «Я счастлива». Одна девушка начала руками показывать (слов еще нет, переживание домодально – «Не знаю, как сказать») то, что она чувствует (ощущает) внизу живота. Это было движение как будто «выжимает» белое. Я повторил

и усилил это движение, говоря: «У меня такое впечатление, что это скручивание, выжимание того, что внизу живота». Она стала говорить о том, что внизу живота чувствует холод. Далее я сказал ей, что у меня для нее есть хорошее новость – «Нужно не скручивать, а напротив, раскручивать, освобождать», делая при этом соответствующее движение руками. Она стала повторять, через некоторое время почувствовала тепло внизу живота, раскраснелась. На следующее утро сообщила о том, что проблему вагинизма она успешно решила (сама!). Амплификация состоит в том, что мы помогаем потенцировать клиенту то переживание, было открыто в рамках фокусирования: поддержка и похвала, провокации, нагнетания, сомнения, критика, интерпретации, в ряде случаев применяю гипervентиляцию. Особенно важно, ослабить защитный телесный «каркас», удерживающий первичное переживание. Очень часто в структуре такого «каркаса» оказывается напряженная шея (сзади). Поэтому просьба расслабить шею (а далее нужно смотреть на конкретную защитную конфигурацию) может способствовать усилению эмоционального процесса.

В ряде случаев наша стратегия направлена не на усиление первичного переживания (когда это слишком травматично, а сама организмическая тенденция значительно ослаблена – ради чего страдать?!), а на прямую поддержку организмической тенденции.

Так, клиентка Ж., 27 лет жалуется на то, что у нее с мужчинами ничего не получается – «Я им не нужна». Остро реагирует на любое проявление невнимания к себе. «Застряла» в подростковом возрасте, имеет выраженный компонент инфантильной (инцестуозной) сексуальности, но отодвинута от отца, и «выслана» сначала на учебу, а затем и на работу в другую страну. Место рядом с отцом заняла не мать, а старшая сестра. Организмическая тенденция состоит в сепарации от отца. Однако, страх уйти от него и психологически, и материально (отец ее полностью обеспечивает) и чувство ненадежности мужчины, на которого нельзя положиться, жестко фиксирует ее в инфантильной позиции. Первичное «заторное» переживание (чувство второсортности, а потому и ненужности) является очень жестким и остро ею переживается. Поэтому актуализация механизма эмоционального уравнивания, связанная с потенцированием первичного «заторного» переживания, практически не представляется возможным. Она не может принять чувства любви и тепла, направленные на мужчину (такая организмическая тенденция ослаблена): «и мужчины не те, и я им не нужна». Для того, чтобы организмическая тенденция для клиентки обрела смысл, ее нужно усилить («найти» и получить от нее удовольствие). Я спрашиваю у клиентки: «С чего будем начинать?». И сам отвечаю: «С печки. В доме главное – печь. На ней спят, готовят еду, греются. Такой печью у женщины является живот – мягкий, упругий и теплый». Далее идет работа с животом, цель которой пробудить «чувство живота», тепло в нем. Достигается ощущение «наполненного» (не «пустого»), теплого живота, бедер и ягодиц. Как будто что-то «просыпается» в указанных зонах, пробуждается в них жизнь. Появляются новые телесные переживания – Женское «впяно» в тело, а не просто является конструкцией ума. Такое переживание, появляясь, становится желанным, «зовущим».

Такое понимание клиент-центрированной терапии выводит ее из разговорного жанра, наполняет качеством переживания и телесности, так как эти переживания не в слове (они в нем оказываются потом, и то необязательно подходящем). И в этом смысле трудно согласиться с мнением В.П. Руднева [3], что психотерапия – это только «языковая игра».

Клиент-центрированная психотерапия представляет собой внутренне далеко не однородный подход. На сегодняшний день, по словам М. Warner [32], в рамках человеко-центрированного подхода существует множество «племен» (направлений), что «является здоровым состоянием дел, и показывает, что подход не умирает, и где практики открыты к новому теоретическому и практическому опыту». D. Mearns B. Thorne [31, с. 4] прямо указывают, что «человеко-центрированное консультирование не ограничено определенной и эксклюзивной формой практики». В такой ситуации существуют много вариантов концептуализации клиент-центрированной психотерапии [33]: 1) классический, или чистый вариант; 2) экспириентальный (акцент на исследовании переживания, в частности, это фокусирование Ю. Джендлина); 3) процессуально-экспириентальный (акцент на привлечении ресурсов разных направлений и, в частности, гештальттерапии); 4) экзистенциально-феноменологический (акцент на философских основаниях концепции клиент-центрированной психотерапии); 5) трансцендентальный (акцент на духовных аспектах подхода); 6) экспрессивный (акцент на использовании элементов искусства, движения, тела); 7) аналитический (ассимиляция клиент-центрированных принципов в психоаналитической работе); 8) бихевиоральный (акцент на развитии навыков, напр., - эффективного родителя, эффективного управленца и т.п.); 9) системный (привлечение идей системной семейной терапии – в частности, это работы Юргена Крижа). **Р. Хатгерер [3], приходит к убеждению, что психотерапевтический эклектизм и кризис идентичности у клиент-центрированных психотерапевтов является результатом негативной ситуации на рынке психотерапии и особенностей самого строя клиент-центрированной модальности.** Юрген Криж [34] указывает, что клиент-центрированная терапия инконсистентна западной культуре, которая, с одной стороны, описывается параметром «власть над» людьми, животными, миром в целом, в отличие от установления партнерства, буберовского «Я-Ты» отношений; а, с другой, - рассматривает развитие как движение к определенной цели, которая определяется извне, в отличие от понимания развития как разворачивания внутреннего потенциала.

М. Боуэн [4, с. 26] подчеркивает наличие «духовных аспектов личностно-центрированного подхода», разуртывание которых «следует из признания того, что мы уже имеем в себе все необходимые ресурсы, чтобы жить полноценной жизнью». Следует «прикоснуться» к себе, услышать свое внутреннее Я через специфический контакт с психотерапевтом, который обладает важным качеством – он в контакте с внутренним Я клиента. М. Боуэн [4, с. 31] пишет, что «особый дар К. Роджерса как психотерапевта состоит в его способности переживать ... духовные моменты в самом психотерапевтическом процессе и работать, исходя из своего Внутреннего Я». Это позволяет К. Роджерсу стать «одним целым» с клиентом, проникнуть «в его дезорганизованный, запутанный, иррациональный мир», собрать вместе «в одном интегрирующем впечатлении фрагментированные и разрозненные переживания клиента» и вернуть клиенту «в виде обратной связи интегрирующее впечатление терапевта», позволяя ему

«увидеть все в новом свете и организовать, упорядочить его хаотический опыт». Одним словом, важно растворить границы между Я-Ты. По форме это работа с «защитными когнитивными слоями», а по сути – это совместная медитация, транслиционный контакт, освященный любовью и интуицией. В таком контакте создаются «новые паттерны собственной упорядоченности, согласованности и сложности». Психотерапия – это медитация, молитва, песня, ликование (радость по поводу открытия Лица, Сакрального в себе), наполненные и все более наполняющиеся непосредственными переживаниями. Данный вариант клиент-центрированной терапии сочетает в себе и когнитивную, и трансперсональную, и собственно эмоциональную работу, и, вместе с тем, является не достаточно артикулированным и доведенным до конкретной методической разработки.

Духовными аспектами наполняется и более поверхностная работа поддерживающей психотерапии, где главный акцент - качество присутствия психотерапевта, который стремится не только понять, но главное – разделить судьбу клиента. Важно, чтобы такой контакт не редуцировался к воспроизводству детско-родительских отношений, в котором клиент просто «падает» на психотерапевта.

Таким образом, трудно, а, скорее, невозможно выделить один вектор сакрализации современной клиент-центрированной психотерапии.

Литература

1. Hart J. The development of client-centered therapy / J. Hart, T. Tomlinson // *New Developments in Client-Centered Therapy* / J. Hart, T. Tomlinson. – Boston: Houghton-Mifflin, 1970. – P. 3–22.
2. Роджерс К. Консультирование и психотерапия. Новейшие подходы в области практической работы: Монография. / Пер. с англ. О. Кондрашовой, Р. Кучкаровой. – М.: ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс, 1999. – 464 с.
3. Хаттерер Р. Эклектизм: кризис идентичности человекоцентрированных терапевтов // Карл Роджерс и его последователи: психотерапия на пороге XXI века / Под. Ред. Дэвида Брэзиера. Пер. с англ. – М.: Когито-Центр, 2005. – С. 293 – 305.
4. Боуэн М.В.-Б. Духовность и личностно-центрированный подход // *Вопросы психологии*. 1992. № 3-4, стр. 24-33
5. Rogers C. R. *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin Co., 1980. – 416 p.
6. Виллас М., Боуэн М. Миф о недирективности: сеанс с Джил [Электронный ресурс] // *Экзистенциальная и гуманистическая психология: [сайт]*. URL: <http://hpsy.ru/tags/13/> (дата обращения: 05.01.2016).
7. Орлов А.Б. Человекоцентрированный подход как вариант эссенциальной психотерапии // Тезисы докладов XI Международного Форума по Человекоцентрированному Подходу, - Звенигород, 4-10 мая 2010.
8. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека: Пер. с англ. / Общ. ред. и предисл. Исениной Е.И. – М.: Издательская группа «Прогресс», «Универс», 1994. – 480 с.
9. Luborsky L., Chandler M., Auerbach A. H., Cohen J., Bachrach H. M. Factors influencing the outcome of psychotherapy: A review of quantitative research. // *Psychological Bulletin*. – 1971. – 75. - P. 145-185.
10. Boukydis Z. Understanding Focusing-Oriented Psychotherapy / Boukydis Zack, Kántor Árpád // *Психологічне консультування і психотерапія*. – 2015. – Том 2. Випуск 1-2. – С. 62 – 74.
11. Джендлин Ю. Фокусирование: Новый психотерапевтический метод работы с переживаниями / Ю. Джендлин ; пер. с англ. А. С. Ригина – М. Независимая фирма «Класс», 2000. – 448 с.
12. Руднев В.П. Миф психотерапии // *Психология. Журнал Высшей школы экономики*. – 2006. - Т.3, №1. – С. 97-102.
13. Gendlin, E.T. Subverbal communication and therapist expressivity: Trends in client-centered therapy with schizophrenics. *Journal of Existential Psychiatry*, 1963, no. 14, 4, - С. 105-120.
14. Ермошин А. Ф. Вещи в теле: Психотерапевтический метод работы с ощущениями / А. Ф. Ермошин. – М. : Независимая фирма «Класс», 1999. – 320 с. – (Библиотека психологии и психотерапии, вып. 72).
15. Кочарян А.С. Переживание как мишень клиент-центрированной психотерапии // *Психологічне консультування і психотерапія*. – 2014. – Випуск 1-2. – С. 24 – 36.
16. Райх В. Характероанализ. Техника и основные положения для обучающихся и практикующих аналитиков. / В. Райх. – М.: Когито-Центр, 2006. – 368 с.
17. Лоуэн А. Терапия, которая работает с телом / А. Лоуэн. – СПб.: Издательство Речь, 2000. – 272 с.
18. Джонсон С.М. Психотерапия характера. Методическое пособие для слушателей курса «Психотерапия». / Стивен М. Джонсон. / М.: Центр психологической культуры, 2001. - 356 с.
19. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе: Пер. с англ / Нэнси Мак-Вильямс. – М.: Независимая фирма «Класс», 1998. – 480с.
20. Бурно М.Е. О самобытной российской психотерапии: новой — полимодальной и традиционной — клинически-классической // *Теория и практика психотерапии* 2015, №9 (13). - С. 2 — 16.
21. Бурно М.Е. О «Характерологической креатологии» и «психотерапии здоровых» // *Психотерапия*. — 2011. — Вып. 10. — С. 54-62.
22. Бурно М.Е. Терапия творческим самовыражением (отечественный клинический психотерапевтический метод). — 4-е изд.; испр. и доп. — М.: Академический Проект, Альма Матер, 2012. — 487 с., ил.
23. Эмоции — что они обозначают? Информационное послание наших эмоций. [Электронный ресурс] / Режим доступа до ресурсу: <http://domenicayoga.com/ehmocii-chto-oni->

oboznachayut-informacionnoe-poslanie-nashikh-ehmocijj/.

24. Андрюшенко Т.Г. Истома любви. – Харьков: ООО «Модель Вселенной», 2001. – 236 с.
25. Ницшке Б. Значение сексуальности в трудах Зигмунда Фрейда // Энциклопедия глубокой психологии. Том 1. Зигмунд Фрейд. Жизнь, работа, наследие. М.: Издательство: Interneta, Менеджмент, 1998. – С. 365-406.
26. Мадди С. Теории личности: сравнительный анализ / С. Мадди ; пер. с англ. – СПб. : Издательство «Речь», 2002. – 539 с.
27. Филоненко А.С. Собирающий зов Другого [Электронный ресурс] / А.С. Филоненко – Режим доступа до ресурсу: <http://www.pca.kh.ua/2010-01-23-19-50-46/113-fl2>.
28. Сэнфорд Р. От Роджерса к Глейку и от Глейка к Роджерсу / Р. Сэнфорд // Карл Роджерс и его последователи: психотерапия на пороге XXI века / под ред. Д. Брэзиера ; пер с англ. – М. : Когито-Центр, 2005. – С. 271– 292.
29. Макдугалл Дж. Театры тела. Психоаналитический подход к психосоматическим расстройствам. – М.: Когито-Центр, 2007. – 215 с.
30. Минделл Э. Психотерапия как духовная практика / Э. Минделл; пер. с англ. И. Романенко, Л. Романенко. – М. : Независимая фирма «Класс», 1997. – 160 с.
31. Mearns D. Person-centred counselling in action. / Mearns D., Thorne B. / – London: Sage, 2008. – 242 p.
32. Warner M. Person-centered psychotherapy: one nation, many tribes // Person-centered journal. – 2000. – 7 (1). – P. 28-39.
33. Некрылова Н.В. Основные направления современной клиент-центрированной психотерапии // Журнал практического психолога. – 2012, № 1. - С. 81-101.
34. Kriz J. Self-actualization. – Norderstedt: Herstellung und Verlag: Books on Demand GmbH., 2006. – 211 p.

Literatura

- 1.Hart J. The development of client-centered therapy / J. Hart, T. Tomlinson // New Developments in Client-Centered Therapy / J. Hart, T. Tomlinson. – Boston: Houghton-Mifflin, 1970. – P. 3–22.
- 2.Rodzhers K. Konsul'tirovanie i psihoterapija. Novejshie podhody v oblasti prakticheskoy raboty: Monografija. / Per. s angl. O. Kondrashovoj, R. Kuchkarovoj. – М.: ЗАО Izd-vo JeKSMO-Press, 1999. – 464 s.
- 3.Hatterer R. Jeklektizm: krizis identichnosti chelovekocentrirovannyh terapevtov //Karl Rodzhers i ego posledovateli: psihoterapija na poroge XXI veka / Pod. Red. Djevida Brjeziera. Per. s angl.. – М.: Kogito-Centr, 2005. – S. – S. 293 – 305.
- 4.Boujen M.V.-B. Duhovnost' i lichnostno-centrirovannyj podhod // Voprosy psihologii. 1992. № 3-4, str. 24-33
- 5.Rogers S. R. A way of being. Boston: Houghton Mifflin Co., 1980. – 416 p.
- 6.Villas M., Boujen M. Mif o nedirektivnosti: seans s Dzhil [Jelektronnyj resurs] // Jekzistencial'naja i gumanisticheskaja psihologija: [sajt]. URL: <http://hpsy.ru/tags/13/> (data obrashhenija: 05.01.2016).
- 7.Orlov A.B. Chelovekocentrirovannyj podhod kak variant jessencial'noj psihoterapii // Tezisy dokladov XI Mezhdunarodnogo Forumu po Chelovekocentrirovannomu Podhodu, - Zvenigorod, 4-10 maja 2010.
- 8.Rodzhers K. Vzglyad na psihoterapiju. Stanovlenie cheloveka: Per. s angl. / Obshh. red. i predisl. Iseninoj E.I. – М.: Izdatel'skaja gruppa «Progress», «Univers», 1994. – 480 s.
- 9.Luborsky L., Chandler M., Auerbach A. H., Cohen J., Bachrach H. M. Factors influencing the outcome of psychotherapy: A review of quantitative research. // Psychological Bulletin. – 1971. – 75. - R. 145-185.
10. Boukydis Z. Understanding Focusing-Oriented Psychotherapy / Boukydis Zack, Kántor Árpád // Psihologichne konsul'tuvannja i psihoterapija. – 2015. – Tom 2. Vipusk 1-2. – S. 62 – 74.
11. Dzhendlin Ju. Fokusirovanie: Novyj psihoterapevticheskij metod raboty s perezhivanijami / Ju. Dzhendlin ; per. s angl. A. S. Rigina – М. Независимая фирма «Класс», 2000. – 448 s.
12. Rudnev V.P. Mif psihoterapii // Psihologija. Zhurnal Vysshej shkoly jekonomiki. – 2006. - T.3, №1. – S. 97-102.
13. Gendlin, E.T. Subverbal communication and therapist expressivity: Trends in client-centered therapy with schizophrenics. Journal of Existential Psychiatry, 1963, no. 14, 4, - S. 105-120.
14. Ermoshin A. F. Veshhi v tele: Psihoterapevticheskij metod raboty s oshhushhenijami / A. F. Ermoshin. – М. : Независимая фирма «Класс», 1999. – 320 s. – (Библиотека психологии и психотерапии, вып. 72).
15. Kocharjan A.S. Perezhivanie kak mishen klient-centrirovannoj psihoterapii // Psihologichne konsul'tuvannja i psihoterapija. – 2014. – Vipusk 1-2. – S. 24 – 36.
16. Rajh V. Harakteroanaliz. Tehnika i osnovnye polozhenija dlja obuchajushhihsja i praktiku-jushhih analitikov. / V. Rajh. – М.: Когито-Центр, 2006. – 368 s.
17. Loujen A. Terapija, kotoraja rabotaet s telom / A. Loujen. – SPb.: Izdatel'stvo Rech', 2000. – 272 s.
18. Dzhonson C.M. Psihoterapija haraktera. Metodicheskoe posobie dlja slushatelej kursa «Psihoterapija». / Stiven M. Dzhonson. / М.: Centr psihologicheskoy kul'tury, 2001. - 356 s.
19. Mak-Vil'jams N. Psihoanaliticheskaja diagnostika: Ponimanie struktury lichnosti v klinicheskom processe: Per. s angl / Njensi Mak-Vil'jams. – М.: Независимая фирма «Класс», 1998. – 480s.
20. Burno M.E. O samobytnoj rossijskoj psihoterapii: novoj — polimodal'noj i tradicionnoj — klinicheski-klassicheskoy // Teorija i praktika psihoterapii 2015, №9 (13). - S. 2 —
- 16.
21. Burno M.E. O «Harakterologicheskoy kreatologii» i «psihoterapii zdorovyh» // Psihoter-

pija. — 2011. — Vyp. 10. — S. 54-62.

22. Burno M.E. Terapija tvorcheskim samovyrazheniem (otechestvennyj klinicheskij psihoterapevticheskij metod). — 4-e izd.; ispr. i dop. — M.: Akademicheskij Proekt, Alma Mater, 2012. — 487 s., il.

23. Jemocii — chto oni oboznachajut? Informacionnoe poslanie nashih jemocij. [Elektronnij resurs] / Rezhim dostupu do resursu: <http://domenicayoga.com/ehmocii-chto-oni-oboznachayut-informacionnoe-poslanie-nashikh-ehmocij/>.

24. Andrijushhenko T.G. Istoma ljubvi. — Har'kov: OOO «Model» Vselennoj», 2001. — 236 s.

25. Nicshke B. Znachenie seksual'nosti v trudah Zigmunda Frejda // Jenciklopedija glubinnoj psihologii. Tom 1. Zigmund Frejd. Zhizn', rabota, nasledie. M.: Izdatel'stvo: Interna, Menedzhment, 1998. — S. 365-406.

26. Maddi S. Teorii lichnosti: sravnitel'nyj analiz / S. Maddi ; per. s angl. — Spb. : Izdatel'stvo «Rech», 2002. — 539 s.

27. Filonenko A.S. Sobirajushhij zov Drugogo [Elektronnij resurs] / A.S. Filonenko — Rezhim dostupu do resursu: <http://www.pca.kh.ua/2010-01-23-19-50-46/113-fil2>.

28. Sjenford R. Ot Rodzhersa k Glejku i ot Glejka k Rodzhersu / R. Sjenford // Karl Rodzhers i ego nasledovateli: psihoterapija na poroge XXI veka / pod red. D. Brjeziera ; per s angl. — M. : Kogito-Centr, 2005. — S. 271– 292.

29. Makdugall Dzh. Teatry tela. Psihoanaliticheskij podhod k psihosomaticeskim rasstrojstvam. — M.: Kogito-Centr, 2007. — 215 s.

30. Mindell Je. Psihoterapija kak duhovnaja praktika / Je. Mindell; per. s angl. I. Romanenko, L. Romanenko. — M. : Nezavisimaja firma «Klass», 1997. — 160 s.

31. Mearns D. Person-centred counselling in action. / Mearns D., Thorne B. / — London: Sage, 2008. — 242 p.

32. Warner M. Person-centered psychotherapy: one nation, many tribes // Person-centered journal. — 2000. — 7 (1). — P. 28-39.

33. Nekrylova N.V. Osnovnye napravlenija sovremennoj klient-centrirovannoj psihoterapii // Zhurnal prakticheskogo psihologa. — 2012, № 1. — S. 81-101.

34. Kriz J. Self-actualization. — Norderstedt: Herstellung und Verlag: Books on Demand GmbH., 2006. — 211 p.

УДК 159.09.07

Психологічна реабілітація учасників АТО та членів їх сімей на базі санаторію «Остреч»
Мозговий В. І.

У статті розглянуто реалізацію концепції часткової психологічної реабілітації учасників АТО та членів їх сімей на базі санаторію «Остреч». Реабілітація проходила у чотири етапи. На підготовчому етапі проводилась психоедукація персоналу санаторію та військовослужбовців. На діагностичному етапі психологи визначали психоемоційний стан особистості та наслідки впливу бойової травми. Реабілітаційний етап проходив на основі визначеної схеми індивідуальної реабілітації. Було застосовано інтегративні програми із тілесно-м'язової, когнітивно-поведінкової, сімейної групової та індивідуальної терапії, арттерапії у поєднанні з фізіотерапевтичними процедурами. На заключному етапі проводилося анкетування щодо ефективності проведених психологічних реабілітаційних заходів. Реабілітацію пройшло 285 осіб. У 64% виявлено різний рівень посттравматичного стресового розладу, а у 56% депресивні стани різного рівню. Особи, які відвідували групові заняття легше йшли на контакт з психологом в індивідуальній роботі. Усі засоби психотерапії, зокрема тілесно-орієнтованої, у поєднанні із фізіотерапією дали відмінний результат.

Ключові слова: психологічна реабілітація, медико-психологічна реабілітація, посттравматичний стресовий розлад, фізіотерапія, психотерапія, психоедукація.

The article deals with the implementation of the concept of partial psychological rehabilitation ATU members and their families at the sanatorium «Ostryech.» Rehabilitation was held in four stages. At the preparatory stage psychoeducation of resort staff and military personnel was carried out. In the diagnostic step psychologists determined and psycho-emotional state of an individual and effects of combat trauma. The rehabilitation phase took place on the basis of a certain individual rehabilitation scheme. There was applied an integrative program of body-muscle, cognitive-behavioral, family group and individual therapy, art therapy, combined with physiotherapy treatments. At the final stage there was a survey conducted on the effectiveness of psychological rehabilitation. Rehabilitation took 285 people. 64% demonstrated different levels of post-traumatic stress disorder, and 56% depression of different levels. Those who attended group sessions were easier to contact for the psychologist in individual work. All methods of psychotherapy in combination with physical therapy were shown to be effective.

Keywords: psychological rehabilitation, medical and psychological rehabilitation, post-traumatic stress disorder, physiotherapy, psychotherapy, psychoeducation.

В статье рассмотрено реализацию концепции частичной психологической реабилитации участников АТО и членов их семей на базе санатория «Остреч». Реабилитация проходила в четыре этапа. На подготовительном этапе проводилась психоедукация персонала санатория и военнослужащих. На диагностическом этапе психологи определяли психоэмоциональное состояние личности и последствия воздействия боевой травмы. Реабилитационный этап проходил на основе выстроенной схемы индивидуальной реабилитации. Были применены интегративные программы по телесно-мышечной, когнитивно-поведенческой, семейной групповой и индивидуальной терапии, арттерапии в сочетании с физиотерапевтическими процедурами. На заключительном этапе проводилось анкетирование для выявления эффективности проведенных психологических реабилитационных мероприятий. Реабилитацию прошло 285 человек. У 64% выявлены разный уровень посттравматического стрессового расстройства, а у 56% депрессивные состояния разного уровня. Лица, которые посещали групповые занятия легче шли на контакт с психологом в индивидуальной работе. Все средства психотерапии в сочетании с физиотерапией показали свою эффективность.

Ключевые слова: психологическая реабилитация, медико-психологическая реабилитация, посттравматическое стрессовое расстройство, физиотерапия, психотерапия, психоедукация.

На сьогоднішній день бойові дії на Сході України у зоні АТО призвели не тільки до фізичних, але і до тяжких психологічних людських втрат, як серед цивільного населення, так і серед військовослужбовців, які безпосередньо приймали участь у бойових діях. Згідно отриманих польових даних у липні-жовтні 2014 року ПТСР (посттравматичний стресовий розлад) був виявлений у 45 – 60 % військовослужбовців, які безпосередньо приймали участь у бойових діях (Луганський, Донецький аеропорти та ін.). Неякісно проведена ротація особового складу - відсутність відновлюваного карантину, зміни харчування, проходження психофізіологічного інтенсивного курсу на відновлювання психоемоційного і морального стану, отримання військовослужбовцями подвійного психоемоційного навантаження під час зустрічі з рідними і близькими призвели до нових переживань ними стресу та прояву певних ознак психічної інвалідації. Зафіксовані непоодинокі випадки летального суїциду, порушення психіки, девіантної поведінки, страху повернення на передову дезертирства військовослужбовців. За офіційною статистикою з початку бойових дій більш ніж 3000 військових отримали психологічні травми різної важкості.

Відсутність системної психологічної реабілітації військовослужбовців направленої на відновлення психоемоційної сфери, їх бойової та трудової працеспроможності може привести до серйозних економічних втрат вже починаючи з 2015 року. По-перше, дефіциту трудових ресурсів у агропромисловій сфері пов'язаних із втратою працеспроможного населення чоловічої статі, по-друге, проблемі у демографічній сфері, пов'язані із природним зростанням населення регіону, третє, зростання податкового навантаження у зв'язку із невиннованими соціальними витратами.

Проведення часткової психологічної реабілітації демобілізованих учасників АТО та військовослужбовців, які продовжують службу сприятиме їх максимальній адаптації до життєдіяльності в умовах мирного цивільного життя, зокрема профілактиці суїцидів, делінквентної поведінки, що дасть змогу відновити трудові ресурси області та покращити психологічне середовище регіону.