

ТЕМЫ XII-XIII. ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ГРУППОВОЙ И ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ (3 часа).

ЛЕКЦИЯ 1. Эволюция понятий и концепций психодинамической терапии (1 час).

Цель – сформировать представление об основных понятиях и концепциях в психодинамической терапии.

Вопросы для рассмотрения:

1. Психодинамический подход в психотерапии
2. Значение аффекта в диагностике и психотерапии
3. Специфика групповой динамики в группанализе
4. Экзистенциально-гуманистический подход в психотерапии
5. Современный этап развития экзистенциальной психотерапии (Ирвин Ялом)

Основные понятия: психодинамический подход в психотерапии, аффект, группанализ, экзистенциальная психотерапия.

Литература:

1. Кочюнас, Р. Психологическое консультирование. Групповая психотерапия / Р.Кочюнас. – М.: Академический проект, ОППЛ, 2002. – 464 с.

2. Психотерапия женщин / Под ред. М. Лоуренс, М. Магуир. — СПб.: Питер, 2003. – 208 с.

3. Александров, А.А. Интегративная психотерапия / А.А. Александров. – СПб.: Питер, 2009. – 352 с.

1 вопрос. Последователи психодинамического подхода утверждают, что мысли, чувства и поведение человека детерминированы бессознательными психическими процессами. Основы этого подхода были заложены Зигмундом Фрейдом, который сравнивал личность человека с айсбергом: верхушку айсберга представляет сознание, основную же массу, расположенную под водой и невидимую, – бессознательное.

Личность, по Фрейду, состоит из трех главных компонентов. Первый компонент – Ид (оно) – резервуар бессознательной энергии, называемой либидо. Ид включает базальные инстинкты, желания и импульсы, с которыми мы люди рождаемся, а именно: Эрос – инстинкт удовольствия и секса и Танатос – инстинкт смерти, который может мотивировать агрессию или деструктивность по отношению к себе или другим. Второй компонент личности – Эго (я). Это – разум. Эго ищет пути удовлетворения инстинктов с учетом норм и правил общества. Эго находит компромиссы между неразумными требованиями Ид и требованиями реального мира – оно действует согласно *принципу реальности*. Третий компонент личности – Суперэго. Этот компонент развивается в процессе воспитания как результат интернализации родительских и социальных ценностей. Фрейд использует для этого процесса термин «интроекция». Суперэго включает интроецированные ценности, наши «надо» и «нельзя». Это наша совесть. Суперэго действует на основе *морального принципа*, нарушение его норм приводит к чувству вины.

Столкновение инстинктов (Ид), разума (Эго) и морали (Суперэго) приводят к возникновению *интрапсихических, или психодинамических, конфликтов*. Личность отражается в том, как человек решает задачу широкого спектра потребностей.

Психоанализ (и любой другой метод в рамках психодинамического подхода) ставит перед собой две основные задачи:

- 1) добиться у пациента осознания (инсайта) интрапсихического, или психодинамического, конфликта;
- 2) проработать конфликт, то есть проследить, как он влияет на актуальное поведение и на интерперсональные отношения.

Разновидностью психодинамической психотерапии является наша отечественная личностно-ориентированная (результативная) психотерапия, разрабатываемая в Психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева, теоретической основой которой служит *психология отношений* В. Н. Мясищева.

2 вопрос.

Если обратить внимание на то, каким аффектам преимущественно уделялось внимание в ходе развития психоаналитической теории, то получается следующее: Фрейд с самого начала изучал аффект, который выполняет при внутриспсихической переработке конфликта сигнализирующую функцию, а именно аффект страха, запускающего защиту, к которому позже Бреннер (Brenner, 1974, 1975, 1986) добавил равным образом запускающий защиту депрессивный аффект неудовольствия. Наряду с этим, в связи с разработанной им моделью конфликта, в ранних построениях Фрейда уже играли роль аффекты вины и стыда, особенно аффект неосознанной вины. В первых работах Фрейд также занимался аффектами, которые проявляются в отношениях к объектам и имеют значение независимо от инстинктов, аффекты любви и ненависти.

В постфрейдистской фазе в связи с концепцией самости и нарциссизма, а также идеального Я, Эго-идеала и Суперэго в поле внимания вернулись аффекты вины и стыда.

Для *описания и диагностического понимания* аффективных нарушений при различных психогенных формах заболеваний в диагностике и терапии оказалась полезной предложенная Краузе ориентировочная схема разделения аффективной системы на подсистемы:

- 1) *экспрессивный* компонент на периферии тела в виде выражений лица и вокализаций; при этом речь идет о тех неречевых сигналах, информационное содержание которых решающим образом продолжает и дифференцирует сигналы речевых сообщений;
- 2) *психофизиологический* компонент активации или деактивации автономной эндокринной системы; на этот компонент следует обратить внимание при выпадении экспрессии, как это нередко проявляется, например, при психосоматических нарушениях;

3) *мотивационный* компонент с его реализацией на уровне поведения с помощью телесной мускулатуры и манеры держать туловище, который оказывает тот же эффект, что и экспрессивный сигнал; на него особенно следует обратить внимание при истерических симптомах в произвольной мускулатуре, когда, как правило, выпадает или слабо представлена мимическая экспрессия;

4) *осознанное восприятие* телесных компонентов;

5) *обозначение и оценка* восприятия сложившейся ситуации, а также присоединение к области самости или объекта; четвертый и пятый компонент являются важным потому, что если они выпадают, то снова должны стать доступными в ходе терапевтического процесса (Krause, 1990, с. 635-636).

В основном, в диагностических целях следует прояснить следующие вопросы.

1. Имеется ли генерализированный синдром вытеснения аффективного выражения или нет? При этом следует обратить внимание прежде всего на верхнюю часть лица; не проявляется ли фронтальная иннервация, движения глаз, а также морщины на лбу при концентрации или злобе в общем, или это происходит прежде всего тогда, когда есть связь с содержанием разбираемых тем какие-либо аффективные движения следовало бы сдерживать?

2. При выявлении генерализированного синдрома аффективной пустоты, остается ли и как долго продолжается описанный негативный аффект, замеченный не в контрпереносе и не в переживании, о котором рассказывает пациент, но в его сигнализировании? Здесь речь может идти об отвращении, презрении, ярости, страхе.

3. Можно ли на основе рассказа определить когерентную тему центрального конфликта отношений?

4. Следует ли раскрывать оставшийся ведущий аффект при помощи этого центрального конфликта отношений?

В целом, нужно отметить следующее: в *психоаналитической терапии* аффекты всегда играли важную роль. С тех пор как Фрейд открыл сигнал страха, запускающий защиту, а Бреннер (Brenner, 1974) ввел понятие депрессивного аффекта неудовольствия, тоже запускающего защиту, при терапии больных с невротами конфликтов речь идет о том, чтобы помочь им сделать эти аффекты неудовольствия (прежде всего в контексте переноса) приемлемыми и, тем самым, осознанно переживаемыми: таким образом им может быть открыт доступ к их конфликтам, защищенным с целью уменьшения неудовольствия (страх или депрессивный аффект). Для раскрытия контекста конфликта нельзя обойтись без тщательной идентификации и прояснения всех участвующих аффектов.

3 вопрос.

Стадии групповой динамики.

Начальная стадия соответствует началу терапии и включает в себя обсуждение причин, из-за которых человек обратился к психоаналитику, определение приемлемой для клиента продолжительности курса терапии, а также размеров терапевтического гонорара. После того как данные вопросы выяснены, в группе сообразно с характером нарушений клиентов начинает развиваться специфический процесс, при условии, что психоаналитик не вторгается в него с преждевременными интерпретациями.

Начальная стадия работы группы — наиболее трудная, проблемная и сложная в группанализе. Это период, похожий на первые три месяца младенчества, когда происходит интеграция отдельных частей I. В данном контексте интеграция означает удовлетворение матерью абсолютной зависимости ребенка, как основного условия его дальнейшего развития. Однако если возникают периоды депривации или тревоги, то ребенок может “вернуться” к фазе дезинтеграции. Без адекватной поддержки со стороны матери у младенца проявляется неосмысленная тревога по поводу того, что он оставлен один. Приведенная выше аналогия по сути является некоторым объяснением состояния тревоги клиентов, когда они впервые собираются вместе.

Кроме того, вхождение в группу связано с переживанием потери индивидуального контакта с психотерапевтом и слабой защищенностью в неопределенной ситуации. Процессы дезинтеграции и дефрагментации (рассогласования не с самим собой, а с окружением) переживаются как реальные, и члены группы могут испытывать уровни тревоги, ассоциирующиеся с ранними стадиями их собственного развития. Такая тревога называется психической и рассматривается как закрытость опыту, что в прочем активизирует работу группы.

Таким образом, на стадии групповой начальной динамики члены группы характеризуются состоянием тревожных предчувствий. Не определена точка для контактов, но вместе с тем у многих есть надежда на установление доброжелательных отношений, на возможность найти поддержку, избавиться от страданий, установить эмоциональные связи и близость и, часто бессознательно, отыскать “полное понимание” которое выйдет за пределы групповых занятий. Но эти предварительные, позитивные надежды быстро исчезают при нахождении в группе. Вместо сплоченного союза людей человек видит перед собой “коллекцию” индивидов, что вызывает тревогу и страх подвергнуться враждебной атаке или нападению с их стороны.

Кроме того, обычно люди “входят” в группу с надеждой обнаружить и понять разрушительные силы своей внутренней жизни, но это сопровождается страхом разоблачения. У некоторых этот страх может быть на протяжении всего периода работы группы, но наиболее актуализируется обычно на первых занятиях, т. к. “разоблачение” предполагает риск быть

“атакованным”. По мере того, как у участников, формируются первые впечатления от группы, они начинают бороться за ее “любовь”. Борьба эта может привести к конфронтации в группе, которая проявляется, например, в форме инфантильного гнева на ведущего за то, что он собрал именно данных людей, что он не структурирует группу, или что он не проводит “специальную” градацию ее — не устанавливает “кто есть кто”. Одновременно с этим гневом существует страх перед деструктивными его проявлениями, что в свою очередь вызывает тревогу, имеющую разрушительные последствия для взаимоотношений в группе.

Характерна для данного этапа работы и установка на зависимость от дирижера — эффект стремления к подчинению. Она может широко варьироваться: от образа ведущего как источника власти до образа ведущего — администратора. Такая установка является оборотной реакцией на тревогу, возникающую в группе. Например, расщепление между плохой группой и хорошим психотерапевтом, когда группа воспринимается как враждебная и опасная, а ведущий — как объект поклонения и восхищения. Это расщепление — один из механизмов психополитической защиты, который ограничивает терапевтическое продвижение группы, но одновременно играет и позитивную роль, позволяя группе “работать” с основными тревогами ее членов.

Важным на начальном этапе работы группы является феномен, который называется “исчезновением”. По аналогии с начальным развитием в детстве “исчезновение” является как бы частью тела или психики (ума), которые теряются. В группе это проявляется как страх потери, ухода членов группы, страх утратить понимание смысла происходящего в группе и т. п.

Начальный период формирования группы заканчивается тогда, когда группа объединяется путем самоопределения. Так, ребенок в условиях благоприятного окружения достигает состояния самоопределения Я, т. е. становится способным различать “Я” и “не-Я”. А в группе этому соответствует возникновение собственного опыта бытия в групповом окружении. При этом С. Фулкс считал понятие “границы группы” аналогичным коже человека, которая и отделяет и объединяет человека с внешним миром. И для группы, и для индивида эта граница является фактором, определяющим дальнейшее развитие Я ребенка или самоопределение группы. Такое самоопределение проявляется в так называемой депрессивной позиции, которая характеризуется чрезмерной ответственностью и интересом. Теперь группа способна глубоко анализировать личностные и межличностные проблемы, чувства стыда, вины, страха и т. п., возникающие от познания собственных деструктивных импульсов.

На основной стадии терапевтического процесса завершается формирование групповой структуры. Для данной стадии характерны процессы “воспоминания, повторения и переработки”, которые включают в себя переработку сопротивления, а также развитие, осознание и толкование переносов. Заключительная стадия. Это стадия интеграции опыта.

4 вопрос.

...Мы - живущие существа, и потому в определенной степени все мы - экзистенциалисты (J. Bugental, R. Kleiner).

Экзистенциально-гуманистический подход не относится к числу простых. Сложности начинаются уже с самого названия. Чтобы разобраться с этим, немного истории. Экзистенциальное направление в психологии возникло в Европе в первой половине XX века на стыке двух тенденций: с одной стороны это неудовлетворенность многих психологов и терапевтов господствовавшими тогда детерминистскими взглядами и установкой на объективный, научный анализ человека; с другой стороны это мощное развитие экзистенциальной философии, которая проявляла большой интерес к психологии и психиатрии. В результате в психологии появилось новое течение - экзистенциальное, представленное такими именами как [Карл Ясперс](#), [Людвиг Бинсвангер](#), Медард Босс, [Виктор Франк](#) и др.

Недавно в Санкт-Петербургской Ассоциации тренинга и психотерапии создана секция экзистенциально-гуманистической терапии. Точнее было бы сказать - официальный статус получила группа психологов и терапевтов, реально работавшая в этом направлении с 1992 года, когда в Москве в рамках Международной конференции по гуманистической психологии произошла наша встреча с Дэборой Рэхман, ученицей и последовательницей Дж. Бюджентала. Итак важнейшие положения подхода Дж. Бюджентала, который он сам называет жизнеизменяющей терапией.

1. За любыми частыми психологическими трудностями в жизни человека лежат более глубокие (и не всегда ясно осознаваемые) экзистенциальные проблемы свободы выбора и ответственности, изолированности и взаимосвязанности с другими людьми, поиска смысла жизни и ответов на вопросы Что я есть? Что есть этот мир? и т. д. В экзистенциально-гуманистическом подходе терапевт проявляет особый экзистенциальный слух, позволяющий ему за фасадом заявленных проблем и жалоб клиента услышать эти скрытые экзистенциальные проблемы и призывы.

2. Экзистенциально-гуманистический подход основывается на признании человеческого в каждом человеке и изначальном уважении к его уникальности и автономии. Это также означает осознание терапевтом того, что человек в глубинах своей сущности безжалостно непредсказуем и не может быть познан до конца, так как сам может выступать источником изменений в собственном бытии, разрушающих объективные предсказания и ожидаемые результаты.

3. В центре внимания терапевта, работающего в экзистенциально-гуманистическом подходе, находится субъективность человека, та, как говорит Дж. Бюджентал, внутренняя автономная и интимная реальность, в которой мы живем наиболее искренне.

4. Не отрицая большого значения прошлого и будущего, экзистенциально-гуманистический подход ведущую роль отводит работе в

настоящем с тем, что в данный момент действительно живет в субъективности человека, что актуально здесь и теперь. Именно в процессе непосредственного проживания в том числе и событий прошлого или будущего могут быть услышаны и полноценно осознаны экзистенциальные проблемы.

5. Экзистенциально-гуманистический подход задает скорее определенную направленность, локус осмысления терапевтом происходящего в терапии, нежели определенный набор техник и предписаний. По отношению к любой ситуации можно занять (или не занять) экзистенциальную позицию. Поэтому этот подход отличается удивительным разнообразием и богатством используемых психотехник, включая даже такие, казалось бы, нетерапевтические действия как спор, требование, инструктаж и т. д.

5 вопрос.

Современный этап развития экзистенциальной психотерапии характеризуется попытками строгих научных исследований тех областей человеческого бытия, которые поддаются эмпирическому изучению, а также систематизацией имеющихся методов психотерапевтического вмешательства. Его наиболее ярким представителем является Ирвин Ялом.

В своей фундаментальной работе «Экзистенциальная психотерапия» Ялом дает следующее определение тому, о чем он пишет: «Экзистенциальная психотерапия — это динамический подход, фиксирующий на базисных проблемах существования индивидуума» (Ялом, 1999, с. 8). Такими проблемами (экзистенциальными факторами) он считает смерть, свободу, изоляцию и бессмысленность жизни. Соответственно экзистенциальная психотерапия в его понимании основана на модели психопатологии, согласно которой тревога и ее дезадаптивные последствия представляют собой реакцию на эти четыре данности.

Ялом так же считает, что существуют два типа механизмов психологической защиты, которые могут быть как бессознательными, так и вполне осознанными. Во-первых, это традиционные механизмы защиты (проекция, реакция, отрицание, идентификация и т. п.), которые работают независимо от источника тревоги. Во-вторых, существуют специфические механизмы защиты от каждого из четырех основных беспокойств. Эти механизмы не только помогают защититься отдельным пациентам, но и поддерживаются целыми культурами.

Смерть — основной источник тревоги и невротической, и нормальной, и экзистенциальной. Причем эти виды тревоги, связанные со смертью [Многие авторы отмечают, что силу связанного со смертью беспокойства точнее выражает термин «ужас смерти», а не «тревога, связанная со смертью»], могут быть как осознанными, так и бессознательными. В отличие от многих своих предшественников Ялом на основе обширных и продолжительных эмпирических исследований доказывает, что с самого раннего детства люди чрезвычайно озабочены неизбежностью смерти. Для

того чтобы справиться с ужасом потенциального несуществования, люди воздвигают психологическую защиту, базирующуюся на отрицании смерти. Кроме того, Ялом считает, что развитие психической патологии в значительной степени обусловлено совершением неудачных попыток выйти за рамки смерти. По его мнению, первый интрапсихический экзистенциальный конфликт — это конфликт между осознанием неизбежности смерти и желанием продолжать жить, конфликтом между боязнью несуществования и желанием быть.

И у детей, и у взрослых Ялом выделил два главных механизма защиты от тревоги, связанной со смертью. Прежде всего это вера в свою особенность. В основе механизма веры в спасителя, который придет на помощь в последний момент, лежит представление человека о том, что хотя с ним может случиться что-то плохое, он не одинок в огромной равнодушной Вселенной и некий вездесущий служитель добрых сил в трудный момент придет на помощь и спасет его. Свобода прежде всего предполагает, что не существует никакой падежной основы, поддерживающей человеческое существование. Это порождает тревогу и страх, а также необходимость ответственности. Свободные люди ответственны не только за придание миру смысла, но и за свою жизнь, за свои действия и неудачи при совершении действий. Поэтому второй экзистенциальный конфликт — это конфликт между столкновением людей с отсутствием опоры и свободой и их стремлением к обретению основы и структуры.

Механизмы защиты от тревоги, связанной со свободой, помогают индивидам избежать осознания своей ответственности за собственную жизнь. Осознание ответственности влечет за собой развитие состояния, в котором человек «осознает, что создал самого себя, свою судьбу, затруднительное положение, чувства и, если таковое имеет место, собственное страдание». Основной вид защиты — компульсивность или навязчивость, проявляющаяся в разных сферах жизни и деятельности.

В изоляции Ялом выделяет три формы. При наличии межличностной изоляции, часто переживаемой как одиночество, люди в различной степени отрезаны от других. Возникновение межличностной изоляции может быть обусловлено недостаточным развитием социальных навыков, наличием психических отклонений, собственным выбором или необходимостью.

При наличии внутриличностной изоляции у людей заблокировано сознание частей самих себя или же люди как бы отделены от некоторых своих частей. Если межличностная изоляция может быть не связанной с патологией, то внутриличностная изоляция подразумевает патологию по распределению.

В основе экзистенциальной изоляции лежит положение, согласно которому каждый человек вступает в мир, живет в нем и покидает его одиноким. В конечном счете существует непреодолимая пропасть между «Я» и другими. Ялом отмечает, что экзистенциальную изоляцию можно даже отнести к более фундаментальной форме изоляции, а именно к «отделению от мира». Соответственно третий экзистенциальный конфликт — это

конфликт между осознанием людьми их фундаментальной изоляции и их желанием устанавливать контакты, искать защиту и существовать в качестве части большего целого.

Используя механизмы защиты от тревоги, связанной с изоляцией, люди не относятся к другим как к самим по себе, а используют их для защиты себя. Так, одним из видов защиты людей от одиночества является попытка утвердить себя в глазах других. Такие люди существуют настолько, насколько являются частью сознания других и получают их одобрения. Поэтому часто под видом любви они скрывают свою неспособность любить. Но окружающим рано или поздно надоедает удовлетворять чужую потребность в самоутверждении.

Бессмысленность жизни приводит к возникновению четвертого внутреннего экзистенциального конфликта — конфликта между потребностью людей в смысле и безразличным миром, в котором нет никакого смысла. Многие факторы современной постиндустриальной культуры способствуют ослаблению ощущения смысла жизни у людей (по сравнению с их предками в доиндустриальном сельско-хозяйственном мире).

Механизмы психологической защиты от бессмысленности также разнообразны. Это может быть все та же компульсивная деятельность (накопление денег, получение максимального удовольствия, абсолютной власти, полного признания, высшего статуса и т. п.), которая рано или поздно заканчивается сомнениями и разочарованием в ее результатах. Это могут быть проблемы, которые позволяют занять и структурировать время (например, хобби, споры, семейные ссоры, общественная и политическая деятельность, «самосовершенствование» и т. п.). Еще один вариант — уже упоминавшийся нами нигилизм, проповедуя который люди относятся с пренебрежением ко всем источникам смысла, которые другие находят в своей жизни (например, к любви, альтруизму, религиозному служению и т. п.).

ЛЕКЦИЯ 2. Методологические и методические основания в различных направлениях личностно-ориентированной психотерапии (2 часа).

Цели — сформировать представление о методологии направлений в личностно-ориентированной психотерапии.

Вопросы для рассмотрения:

1. Гештальт-подход в психотерапии. Теоретические истоки гештальт-терапевтического направления. Понятие о механизмах прерывания контакта. Концепция полярностей. Специфика работы с группой. Применение и эксперименты
2. Клиент-центрированная психотерапия. Современное состояние и тенденции развития клиент-центрированной и групп-центрированной терапии

Основные понятия: гештальт-подход, клиент-центрированная психотерапия.

Литература:

1. Браун, Д. Введение в психотерапию: Принципы и практика психодинамики / Д. Браун, Дж. Педдер. – М.: Независимая фирма "Класс", 1998. – 224 с.
2. Кочюнас, Р. Психологическое консультирование. Групповая психотерапия / Р.Кочюнас. – М.: Академический проект, ОППЛ, 2002. – 464 с.
3. Бурлачук, Л.Ф. Психотерапия / Л.Ф. Бурлачук [и др.]. – СПб.: Питер, 2007. – 480 с.
4. Гингер, С. Гештальт: искусство контакта. Новый оптимистический подход к человеческим отношениям / С.Гингер. – М., 2002. – С. 17 – 18.
5. Киппер, Д. Клинические ролевые игры и психодрамма / Д.Киппер. – М., 1993.
6. Урсано, Р. Психодинамическая психотерапия / Р. Урсано, [и др.]. – М., 1992. – С.34 – 45.

1 вопрос. Основателем гештальттерапии является Ф.С.Перлз. В отличие от З.Фрейда, К.Юнга, А.Адлера и других, он внес вклад в психологию личности скорее в области психотерапевтической практики, нежели в области собственно теории личности. К концу своей жизни он начал понимать, что, несмотря на опасность излишней интеллектуализации, нужно все же дать некоторое теоретическое обоснование его подхода.

Опубликованная в 1942 году в Южной Африке работа Ф.Перлза “Эго, голод и агрессия” фактически является первой попыткой изложения теории гештальттерапии. Акт рождения и официального крещения Гештальта приходится на 1953 год – время появления в Нью-Йорке основной книги “Гештальттерапия”.

Основными интеллектуальными тенденциями, оказавшими непосредственное влияние на Ф. Перлза, были психоанализ (прежде всего З.Фрейд и В.Райс), гештальттерапия (В. Келер, М. Вертгеймер, К.Левин, К.Гольдштейн и др.), экзистенциализм и феноменология. Ф. Перлз также использовал некоторые идеи Дж.Л.Морено, развивавшего идеи спонтанности и ролевых игр в психотерапии. Несколько менее явно влияние на Ф. Перлза философии дзен-буддизма (минимум интеллектуализации и фокусирование на осознании настоящего), особенно в поздний период.

Ф. Перлз определял психологическое здоровье и зрелость как способность перейти от опоры на среду к опоре на себя и саморегуляцию. Терапевтический процесс, в частности, направлен на создание этой способности, а именно — равновесия внутри себя и между собой и средой, условием достижения которого является беспрепятственное сознавание и иерархии потребностей. Терапевт же — это экран проекций, на котором клиент видит свой недостающий потенциал, а также искусный фрустратор.

В настоящий момент гештальттерапия используется в самых разных контекстах и имеет самые разные цели:

- в индивидуальной психотерапии (лицом к лицу с терапевтом),
- в супружеской психотерапии (когда работают вместе оба супруга),
- в групповой терапии или группах развития личностного потенциала,

- внутри организаций (школы, учреждения для адаптивных молодых людей, психиатрические больницы и т.д.),
- внутри предприятий индустриального или коммерческого сектора (для улучшения контакта, укрепления связей, предотвращения конфликтов, стимуляции креативности).

Концепция полярностей.

Полярности в гештальт-терапии - крайности человеческого поведения, противоположные и конфликтующие между собой образы жизни, между которыми выбирает или мечется клиент. Гештальт-подход стремится к гармоничному единству всех взаимодополняющих крайностей (полярностей) человеческого поведения, но не к отказу от одной полярности в пользу другой и не к золотой середине, считая поиск ее ложной и иллюзорной, ведущей к бледному подобию живых чувств.

В практике гештальт-терапии при встрече с полярностями терапевт работает с чувствами, предлагает рассказать свои ощущения с обеих сторон и задает вопросы типа: "В твоей повседневной жизни, кем ты себя больше ощущаешь - всезнающей правильной приземленной мамой или свободной творческой натурой, позволяющей себе летать, ничем себя не ограничивая? Какую твою испостась тебе удастся лучше реализовать?"

Механизмы прорыва контакта.

На практике все протекает не так просто: велико количество незакрытых Гештальтов, циклов, оборванных из-за нарушений границы-контакт, внутренних или внешних по отношению к субъекту нарушений, мешающих свободному проявлению self. Такие механизмы защиты или избегания контакта могут быть здоровыми или патологическими в зависимости от их интенсивности, гибкости, момента их проявления, короче говоря, от того, насколько они оказываются уместными или своевременными. Гудман выделяет четыре основных механизма: конфлуэнцию, интроекцию, проекцию и ретрофлексию. Он же описывает и пятый механизм несколько особым статусом — эготизм. Другие авторы добавляют еще дефлексию, профлексию и т.д., которые представляют, из себя скорее сочетания первых четырех механизмов, чем самостоятельные процессы. Конфлуэнция. Речь идет о состоянии отсутствия контакта, слияния вследствие временного отсутствия границы-контакт. При этом self не может быть выделен. Маленький ребенок находится в нормальной конфлуэнции со своей матерью (симбиоз), влюбленный — со своей возлюбленной, взрослый — с группой духовно близких ему людей, любой человек — со всей Вселенной в моменты мистического единения с ней («океанское» чувство слиянности или экстаза). Как правило, за конфлуэнцией следует отступление, позволяющее субъекту вновь обрести свою собственную границу-контакт, возвратиться к себе самому — особому и не похожему на других. Способ функционирования, при котором отступление оказывается настолько затруднительным, что конфлуэнция становится хронической, может быть квалифицирован как патологический (невротический или даже психотический).

Интроекция.

Она лежит в самой основе воспитания ребенка и процесса роста: мы сможем вырасти только в том случае, если будем усваивать то, что идет из окружающего мира, определенные питательные вещества, идеи, принципы...

Но если элементы внешнего мира проглатываются непережеванными, то они останутся непереваренными, продолжая существовать внутри нас в виде посторонних паразитов. Любое усвоение начинается с разрушения, слома установившейся структуры: мы разгрызаем яблоко, прежде чем проглотить его, мы критикуем идею, прежде чем принять ее.

Патологическая интроекция возникает, когда идеи, привычки или принципы «проглатываются целиком», без предварительной переработки, необходимой для их усвоения.

Проекция.

Перлз определяет ее как оборотную сторону интроекции: «если интроекция — это тенденция переносить на self ответственность за то, что на самом деле является частью окружающей среды, то проекция — это тенденция приписывать окружающей среде ответственность за то, что берет свое происхождение в self». Другими словами, если при интроекции self поглощен внешним миром, то в случае проекции self выходит из берегов и сам поглощает внешний мир.

Проекция — это хорошо знакомый всем психологам механизм сопротивления, в своем крайнем проявлении встречающийся у подозрительного параноика, упрекающего всех окружающих за ту агрессивность, которую он сам проецирует на других людей.

Однако здоровая проекция необходима: именно она поможет мне установить контакт и понять другого человека. Ретрофлексия.

В случае ретрофлексии субъект оборачивает мобилизованную энергию против самого себя, приписывая себе то, что он хотел бы сделать другим (например, я кусаю себе губы или сжимаю руки, чтобы не ударить другого человека), или делая самому себе то, что он хотел бы получить от других (например, мастурбация или бахвальство). Перлз так обобщил все эти виды поведения: «Интроецирующий делает себе то, что он желал бы получить от других, проецирующий делает другим то, что, как он считает, они делают ему, страдающий от патологической конfluэнции не знает, кто кому и что делает, а ретрофлексирующий делает самому себе то, что он хотел бы сделать другим».

Дефлексия.

Некоторые авторы называют другие виды сопротивлений. Дефлексия или девиация (Польстеры) — уклонение от прямого контакта путем отведения энергии от того объекта, на который она первоначально была направлена. Такое поведение выражается в избегании, бессознательных отвлекающих маневрах. Иногда за некоторыми увертками может скрываться эффективная адаптивная стратегия (например, политические маневры, предназначенные отвлечь внимание широкой общественности в период кризиса). Однако если дефлексия становится систематической, то она будет

препятствовать любому подлинному контакту и, в крайних случаях, даже может предположительно указывать на психоз: субъект постоянно не соответствует ситуации, все, что он говорит, — невпопад, некстати, а его действия никак не связаны с окружающей действительностью.

Профлексия.

Профлексия (Сильвия Крокер) проявится как сочетание проекции и ретрофлексии: сделать другому то, что самому хотелось бы от него получить. Например, я расхваливаю чужой костюм только затем, чтобы его обладатель обратил внимание на мой собственный. Можно было бы продолжать перечень других форм, оттенков или комбинаций различных видов поведения уклонения или механизмов сопротивления, однако их практическое значение мне представляется ограниченным.

Если у субъекта обнаруживаются четыре основных механизма, то, как мне кажется, этого уже достаточно для проведения серии терапевтических интервенций, направленных, однако, не на подавление этих механизмов, а на улучшение их осознания, а значит, и на их более разумное использование клиентом.

Схема С. Гингера вышеперечисленных основных механизмов защиты:

	конфлу- энция	интросек- ция	проек- ция	ретро- флексия	дефлек- сия	про- флексия	эготизм
другие — окружающая среда			↑		↑		
граница-кон- такт	~	↓	↑	↓	↓	↓	○
я — организм	•						

Эготизм.

Речь идет об осознанном усилении границы-контакт, гипертрофии эго. Кстати, усиление эго связано с практикой разного рода терапий, и в особенности Гештальта. Ведь в ходе терапии клиент занят прежде всего самим собой и своими проблемами, посвящая многие часы самонаблюдению, рассказывая о себе, внимательно исследуя себя, жертвуя своим временем и деньгами ради собственного развития и лучшего самочувствия, он проходит таким образом через период эготизма или эгоцентризма, когда особенно нелегко приходится семьям таких клиентов!

Гештальт придает особое значение чувству личной ответственности каждого. Он борется с некоторыми социальными нормативными интросектами, снижает эффект внутреннего контроля, рассматриваемый как проявление ретрофлексии, обличает конфлуэнцию и, таким образом, разрушает давно установившееся *неустойчивое равновесие*.

Специфика работы с группой.

П. Гудмен говорит о том же: “Первейшее лекарство состоит в том, чтобы не относиться к большому обществу слишком серьезно и интересоваться тем, с кем имеешь дело”.

Группа как экспериментальная экологическая ниша. П. Гудмен (1972) вводит понятие “эко-ниши” для обозначения реального окружения, ограниченного и отобранного, структурированного и освоенного каждым индивидом. Пусть сравнение экспериментальной ситуации в терапевтической группе с обычной средой, в которой живет каждый человек и в которой действуют другие факторы, представляется некорректным. Все равно, в такой группе создаются условия пространства и времени, чрезвычайно благоприятные для сотрудничества в создании системы связей и правил, которые соотносимы с системами “большого мира”. Существует некий общий алгоритм обсуждения психотерапевтического случая в группе (В.Шлей, С.Папе, 1995).

1. ФАЗА.

Клиент: сообщает случай (сообщение спонтанное, неподготовленное, ассоциативное).

Понятие “случай” не связывается с представлениями о том, что это должно быть нечто особенно драматичное и проблемное, напротив, под случаем понимается сцена или опыт из нормальной жизни. Содержательно случай может касаться любой проблемы или любого человека, с которым мы сталкиваемся в повседневности. Рассказчик сообщает то, что ему вспоминается, не структурированно, не столько объективные события, сколько субъективные переживания. Противоречия, неясности, пропуски, могут указывать на бессознательные части переживания, которые вытесняются, “забываются”.

Группа: активно слушает, внимательно наблюдает, регистрирует собственные реакции.

2. ФАЗА

Клиент: слушает.

Группа: выражает чувства, которые вызвал в них этот случай. Каждый (по кругу) отвечает на вопрос: “Что я чувствую сейчас?” (Вопросы не задаются, выражаются только чувства, члены группы субъективно остаются в рамках собственного состояния, комментарии очень короткие).

Важно, чтобы каждый участник очень коротко рассказал в одном предложении или 2-3 словах о своих чувствах в настоящий момент.

Смысл этого: устанавливается подлинная эмоциональная вовлеченность. Участники часто чувствуют то, что рассказывающий в себе подавляет и не замечает.

Переживание скуки также важно: она может быть сигналом того, что чувства в сообщаемой ситуации вытесняются, рационализируются и дистанцируются, что существует тайная стратегия “неучастия”.

Очень важно, чтобы в конце круга сообщающий случай коротко сказал, какие высказывания для него *важны, неожиданны, новы..*

3. ФАЗА.

Клиент: слушает.

Группа: отвечает на вопрос: “Что мне бросилось в глаза при представлении случая?”, сообщает внешние восприятия и наблюдения по поводу сообщения случая, не давая советов и толкований.

Здесь важно, чтобы участники сообщили свои наблюдения о том, как рассказывался этот случай: *акценты, пропуски, неясности, противоречия* (например, сообщающий случай с улыбкой говорил о горе), *тон, темп речи, бессознательные телесные сигналы*.

Представление случая не должно оцениваться или толковаться. Многим трудно дается различие между наблюдением и оценкой. Эта фаза помогает сообщающему случаю точнее себя воспринимать т.к. взгляд группы направлен на него.

4. ФАЗА.

Клиент: слушает и воспринимает.

Группа: поглощена внутренним восприятием случая (фантазиями, чувствами, образами и индентификациями, включая направленные, с персонажами данного случая).

Во время рассказа все участники бессознательно эмоционально переносятся в описываемую сцену, реагируют позитивным или негативными индентификациями. В этой фазе взгляд направлен вовнутрь.

Можно целенаправленно вызывать как индентификации так и фантазии членов группы: их просят вчувствоваться в персонажей рассказа и в “Я” - форме рассказать, что они при этом чувствуют или думают. Можно организовать также подгруппы, которые индентифицируются с различными участниками конфликта. Очень важны образы, возникающие у членов группы.

Это игровое воспроизведение ситуации сопровождается на метакоммуникативном уровне рефлексией участников группы. При этом аффективном воспроизведении исходной ситуации в работе группы важны индентификация и дистанция, чтобы не скатиться на уровень общего бесполезного сопереживания. Важно, чтобы сообщающий случай не оправдывался, не защищался.

5. ФАЗА

Клиент слушает и осознает, занимается самоисследованием.

Группа: прорабатывает, она занята углублением отдельных аспектов, теоретическим толкованием, диагностическими заключениями, институциональными, общественными, политическими взаимосвязями, интерпретацией реакций членов группы на случай.

Этот круг служит прежде всего углублению отдельных аспектов, касающихся или личности сообщающего случая или происходящего в сообщаемой ситуации. Проработка означает поиск с помощью ролевой игры возможных решений и таким образом переход к 6 фазе.

В этой фазе существует богатая палитра возможностей, начиная от углубленного самоисследования представляющего случая, выяснения вопросов относительно типичных ситуаций, до печали по поводу

ограниченности собственных возможностей развития. Эта фаза, такими образом, пересекается с 4 фазой и плавно переходит в 6. Во временном интервале она как правило может длиться очень долго.

6. ФАЗА.

Клиент: осознает происходящее с ним (иногда дает короткую обратную связь на отклик группы, которая может быть высказана в виде несогласия или, напротив, благодарности).

Группа: принимает возможные решения (собирает банк идей, предложения по поводу поведения, альтернативы к поступкам и т.д.).

Здесь обобщаются все аспекты предыдущей работы, поскольку шаги для решения проблемы включают как личностные, так и институционные изменения, а также возможные социально-политические действия. Необходимо искать пути решения, направленные на преодоление личностных трудностей, учитывая возможности на стратегическом уровне и понимание взаимосвязей.

Эксперименты. Виды.

Эксперимент в рамках гештальттерапии – это попытка противостоять тупику; он побуждает клиента к активному действию. В ситуации эксперимента человек может мобилизовать себя перед лицом актуальных требований жизни, отыгрывая свои невысказанные чувства и действия в относительной безопасности. Безопасность достигается тем, что рискованные действия клиента получают поддержку от терапевта или группы, которые то поощряют его, то побуждают к риску в зависимости от того, что уместно в конкретный момент.

1. Положение о незавершенных ситуациях
2. Работа с горем
3. "Горячий стул" или Столкновение Противоположностей
4. Фантазия
5. Работа со снами
6. Возвращение оторванных частей себя
7. Межличностное столкновение
8. Работа с телом

2 вопрос. Карл Рэнсом Роджерс начал научную карьеру в 1927 г. в Институте детского воспитания в Нью-Йорке. Через год он поступил на кафедру изучения детей Общества по предотвращению жестокого обращения с детьми в Рочестере, штат Нью-Йорк. С 1940 г. Роджерс занимал должность профессора психологии в университете штата Огайо. Там он привлек внимание к своей системе психотерапии, особенно после выхода в 1942 г. книги «Консультирование и психотерапия: новые концепции в практике». С 1945 г. он был исполнительным секретарем в Чикагском университете, а затем работал в университете Висконсина. В 1951 г. Роджерс опубликовал книгу «Клиент-центрированная терапия: современная практика, смысл и теория».

Днем публичного рождения теории Роджерса явилась его встреча с

американскими психологами в 1940 г. В раннем варианте психотерапии, названном «недирективной психотерапией», акцент был сделан на технике рефлексии — словесном отражении терапевтом чувств клиента (терапевтическое зеркало). Посредством такой обратной связи последний получает возможность осознать свои чувства и без терапевтического руководства, самостоятельно прийти к определенным выводам и решениям. Д. Мирнс (1980) указывал, что вышеприведенное название является неудачным, так как любая психотерапия директивна по своей сути. В 1951 г. Роджерс изменил название терапии — она стала именоваться «клиент-центрированной» или «клиент-ориентированной» (*client-centered*). Этим подчеркивалось, что психотерапия не ориентирована ни на теорию (когда имеется концептуальный аппарат анализа клиента, и в этом смысле терапевт выступает в качестве эксперта, лучше понимающего проблему клиента, чем сам клиент), ни на проблему (когда признается, что единственный способ решить проблему — это погрузиться в нее), а на клиента: он свободен в терапии делать и говорить то, что хочет, он равноправен с психотерапевтом, он — ключевая фигура в создании психотерапевтических изменений. Термин «клиент» в большей мере, чем термин «пациент», адекватен неманипулятивной, немедицинской модели психотерапии, отражает важность уважения к человеку, который приходит за помощью. Такой человек сам ответствен за свое изменение и не рассматривается как объект диагностики и лечения. Роджерс и Э. Сэнфорд (1985) указали на следующие основные черты человеко-центрированной терапии: 1) гипотеза о том, что определенные установки психотерапевта образуют необходимые и достаточные условия терапевтической эффективности; 2) основной акцент на феноменологическом мире клиента (отсюда определение психотерапии как «клиент-центрированной»); 3) терапевтический процесс ориентирован на изменения в переживаниях, на достижение способности более полно жить в данный момент; 4) внимание в большей степени к процессам изменения личности, а не к статической структуре; 5) гипотеза о том, что одни и те же принципы психотерапии применимы ко всем людям, независимо от того, к какой клинической категории они отнесены — к лицам, страдающим психозами, неврозикам или к психически здоровым людям; 6) интерес к фундаментальным проблемам, вытекающим из практики психотерапии.

Генезис невроза

Если ребенок не живет в климате безусловно позитивного отношения и переживает хорошее отношение к себе лишь тогда, когда оправдывает ожидания значимых лиц (родителей, учителей и т. п.), то он находится в постоянном, часто неосознаваемом опасении утраты позитивного отношения к себе. В сознании ребенка внутренний опыт разделяется на «хороший» и «плохой», как соответственно согласующийся и несогласующийся с ожиданиями окружающих. Переживаемый ребенком страх потери одобрения и принятия является патогенным и блокирует тенденцию самоактуализации. Ребенок начинает избегать или отрицать собственный опыт самоактуализации, или, другими словами, свой естественный организменный

опыт. Например, родители могут не принимать агрессивное поведение ребенка, его плач, крик, шумное поведение и т. п. Естественно возникающий гнев ребенка блокируется. Формируется личность с ретрофлексированным (см. главу о гештальт-терапии) гневом и сверхразвитым чувством вины, в Я-концепции которой совершенно отсутствует гнев и которая испытывает значительные трудности при необходимости сказать другим «нет». Помимо этого, из-за подавленного гнева такая личность испытывает и физические проблемы (напряженные мышцы шеи и спины). Возможны и другие варианты инконгруэнтности между сознанием и бессознательным, чувствами и словами, поведением и чувствами и т. п. Например, вербально клиент сообщает, что был любимым ребенком в семье, но психотерапевт улавливает у клиента чувства одиночества и заброшенности; клиент утверждает, что не чувствует тревоги, а психотерапевт улавливает ее очевидные признаки. Такая инконгруэнтность охраняет Я-концепцию личности: человек воспринимает себя таким (и ведет себя так), каким его хотят видеть близкие. Отказ от себя в угоду другим, инконгруэнтность со своим естественным, организменным опытом — патогенетический механизм развития невроза. Инконгруэнтность поддерживают два механизма психологической защиты: отрицание и искажение. Первый механизм состоит в недопущении в сознание психотравмирующего опыта, который личность бессознательно получает благодаря способности к субцепции (бессознательному восприятию). Искажение представляет собой такую интеллектуальную переработку материала, которая делает его безопасным для Я-концепции. Тревога сопровождает инконгруэнтность Я-концепции и организменного опыта. Опыт, не согласованный с Я-концепцией, может «врываться» в сознание человека очень неожиданно, так что защиты не справляются. Тогда происходит «разрывание» Я-концепции, что очень болезненно переживается человеком, так как он не в состоянии ассимилировать инконгруэнтный опыт и полон внутреннего напряжения и конфликтов.

Современное состояние и тенденции развития клиент-центрированной терапии

Различные психотерапевтические походы и направления нередко описывают как харизматические: во-первых, во главе каждого такого направления стоит явный харизматический лидер, имеющий «свое» мировоззрение, в концентрированном виде отражающее одно из «биений» эпохи; во-вторых, язык психотерапии (концепции личности, формирования психопатологии и психотерапевтического изменения клиента) каждого направления настолько специфичен и метафоричен, что непередадим на другие психотерапевтические языки. Метафорическое описание человека и психотерапевтического процесса очень мало напоминает то, что можно было бы назвать «объективными» закономерностями психотерапевтического процесса. Именно поэтому в научном (особенно медицинском) сообществе предпринимаются попытки описать процесс формирования и терапии психопатологических и психосоматических расстройств на языке нейрофизиологии. Это вовсе не значит, что психологическая психотерапия

находится на «донаучном» этапе формирования психотерапии или что она в принципе неверна. Напротив, в реальном живом процессе психотерапии происходит то, что объективное научное знание сегодня описать не может. Такой статус психологической психотерапии объясняет ее некоторый консерватизм — трудно отойти от харизматической традиции. Отход от традиции субъективно воспринимается как «измена отцу», как завышенные претензии и амбиции сыновей (последователей). Кроме того, система подготовки психотерапевтов сильно канонизирована, опирается на достаточно жесткие традиции. Вместе с тем в последние годы намечалась тенденция радикальных преобразований различных психотерапевтических направлений.

Современное состояние человек-центрированного подхода (*PCA*) представлено в нижеприведенных тезисах. Причем это взгляд человека не извне *PCA*, а, напротив, того, кому близок этот подход, кто работает в его рамках, кто разделяет его ценности.

Во-первых, для современного человек-центрированного подхода характерна размытость концептуальных границ. Подход Роджерса является хорошей метафорой человека, и вряд ли его основополагающие понятия («самоактуализирующая тенденция», «полностью функционирующая личность» [В работе Роджерса «Взгляд на психотерапию: Становление личности» (М., 1994) понятие *full function personality* было переведено как «полноценно функционирующая личность», что, на наш взгляд, неправомерно, так как Роджерс подчеркивал момент объема реализующихся личностных функций, а не давал оценку качества функционирования личности.], «эмпатия», «независимое позитивное отношение к клиенту» и т. п.) имеют теоретический статус.

Второй характерной чертой современного человек-центрированного подхода является терапевтический эклектизм. Это совершенно нормальное явление для психотерапевтов, но оно создает ряд проблем для самой психотерапии. Сочетаются совершенно противоположные, несочетаемые подходы. Так, известный голландский клиент-центрированный терапевт Й. Хейзинга сочетает *PCA*-терапию с бихевиоральной. Думается, что такой эклектизм является показателем класса терапевта.

Еще одной характерной чертой является безразличие к патогенезу и структуре расстройств. *PCA*-терапия не имеет списка показаний, т. е. перечня тех видов расстройств, при которых она эффективна. Выясняется, что ее используют при решении супружеских проблем, терапии сексуальных расстройств, пограничных состояний и выраженной психопатологии. На VI форуме *PCA* (Греция, 1995) Г. Стопени-Наста в своем докладе рассматривала клиент-центрированную терапию транссексуализма. Если *PCA*-терапия является не техникой, а системой качественных отношений, то, очевидно, что проблема показаний к данному виду терапии вообще не стоит: хорошие отношения полезны в любом случае и при любой патологии. Вместе с тем конкретная практика требует обсуждения пределов и возможностей клиент-центрированной терапии.

Следующей особенностью является слияние профессиональной клиент-центрированной терапии с *РСА*-движением. Объединение профессиональных *РСА*-терапевтов и тех, кому близки ценности *РСА*, приводит к формированию особой *РСА*-культуры со своим сленгом, традициями, нормами коммуникации. По этому поводу сложен не один анекдот, а общение членов сообщества с обязательными прикосновениями и поцелуями поначалу просто поражает. Рут Санфорд подчеркнула, что Роджерс всегда стремился к тому, чтобы люди были ближе, теплее друг к другу. Это своеобразное преломление мечты быть вместе в рамках отношений взаимоотноужденности и изолированности. Данная черта *РСА* близка нашей ментальности, взращенной на общинности и оборотности, одним из генетических механизмов которой является влияние в «мы» как механизм психологической защиты. На данном этапе социокультурного развития у многих наших соотечественников существует проблема разрушения «мы»-связей и становления самостоятельного «Я» (культурная модель человека-локатора трансформируется в модель человека-Робинзона).

Наконец, в концепции Роджерса практически отсутствует вертикальное (духовное) измерение: «Бог умер, религия больше не говорит с человеком в современном мире» (Тиллих, Роджерс). Духовность редуцируется к системе качественных межличностных отношений, «опля» Бога в межличностном пространстве. «Я» стремится обрести свою истинность в межличностных отношениях, в «Я-Ты» связях. Сердечность и уважение, безусловно, важны, но могут стать искусственной средой суррогатного общения, не знающей и не желающей знать реальность. На таком конвенциональном уровне *РСА* может быть даже опасна для культуры. Теплота, сердечность и безусловное уважение, свойственные подобным коммунам, вряд ли могут рассматриваться как близкие характеристики любого эффективного контакта. Во всяком случае, распространение этих ценностей на школы бизнеса не даст ожидаемых результатов.

Вышесказанная ситуация в *РСА*-движении позволяет ряду *РСА*-терапевтов говорить о кризисе *РСА*. В связи с этим важно цивилизованно интернализировать *РСА*, сделать его элементом культуры, развивающим своих граждан.

ТЕМА XIV-XV. НЕЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ В ПСИХОТЕРАПИИ (3 часа).

ЛЕКЦИЯ 1. Краткосрочный подход в психотерапии (1 час).

Цель – изучить основы краткосрочного подхода в психотерапии.

Вопросы для рассмотрения:

1. Гипноз и аутотренинг
2. Психологические и физиологические результаты, достигаемые посредством гипноза
3. Подходы, базирующиеся на форме и функции (Дж. Хейли)