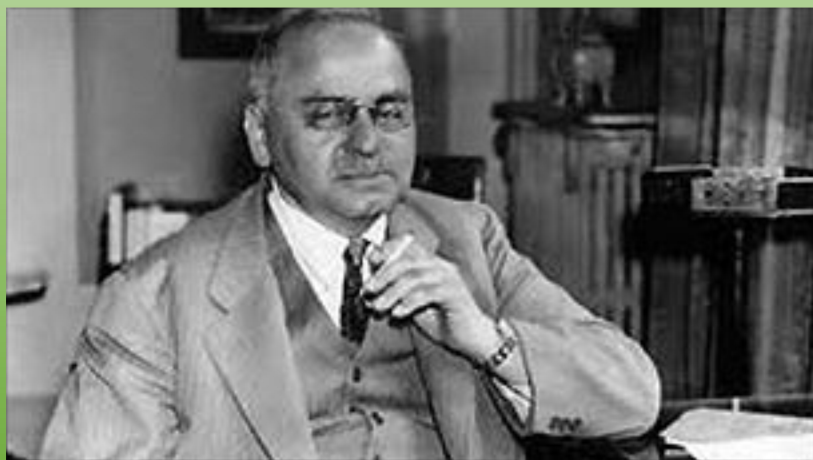


Гарольд Мосак

Адлеррианская психотерапия



Адлеррианская психология (Индивидуальная психология) - теория личности и терапевтическая система, разработанная Альфредом Адлером, рассматривает личность холистически как наделённую творчеством, ответственностью, стремящуюся к воображаемым (fictional) целям в пределах своей области феноменологического опыта. В индивидуальной психологии утверждается, что иногда из-за чувства неполноценности стиль жизни бывает саморазрушительным. Индивид с “психопатологией” скорее утратил уверенность в себе, а не болен, и терапевтическая задача состоит в том, чтобы приободрить такого человека, активизировать его социальные интересы, и посредством взаимоотношений, анализа и методов действий (action methods) развить новый стиль жизни.

Гарольд Мосак. Адлеррианская психотерапия
Перевод Хамитовой И.Ю.

Основополагающие концепции

Адлеровская психология основана на определенных предположениях и постулатах, которые значительно отличаются от того, что было заложено открытиями Фрейда. При этом на протяжении всей своей жизни Адлер признавал за Фрейдом первенство в разработке динамической психологии. Постоянно упоминалось, что именно Фрейду он обязан объяснением того, что симптомы имеют свой определенный смысл и за достижение понимания важной роли сновидений. Еще одним пунктом согласия по-прежнему считается влияние раннего детства на развитие личности. Однако Фрейд делал акцент на роли психосексуального развития и эдипова комплекса, тогда как Адлер в центре внимания ставил последствия восприятия детьми своей семейной группы и их борьбу за значимое место в ней.

Основные предположения Адлера могут быть выражены следующим образом:

1. Любое поведение происходит в социальном контексте. Человек рождается в некотором окружении и вступает в обоюдные отношения с ним. Часто цитируемое утверждение гештальт-психолога Курта Левина, что “поведение является функцией от личности и от окружения” содержит в себе удивительное сходство с утверждением Адлера о том, что человека нельзя изучать изолированно (1929).

2. Естественным следствием этой первой аксиомы является то, что индивидуальная психология – это межличностная психология. Первостепенным является то, каким образом индивиды взаимодействуют с другими, деля с ними “земную кору” (Adler, 1958). Адлер Придавал важное значение развитию восприятия себя частью большего социального целого, чувства социальной вовлеченности, желания внести свой вклад в общественную жизнь на

общее благо. Эти действия позднее были объединены в термине социальный интерес (Adler, 1964b).

3. Психология Адлера отказывается от редукционизма и отдает предпочтение холизму. Ян Смутс (Jan Smuts, 1961), который ввел концепцию “холизма”, и Адлер состояли в переписке, которая, к сожалению, не была опубликована. В своих исследованиях адлерианцы основное внимание уделяют изучению личности в целом, образу ее действий на протяжении жизни, и гораздо меньшее значение придают частичным функциям. Это приводит к тому, что такие противоположности как “сознательное” и “бессознательное”, “сознание” и “тело”, “приближение” и “избегание”, “амбивалентность” и “конфликт” теряют свое значение, за исключением субъективного переживания личности в целом. То есть, люди ведут себя так, как *будто* сознательная часть психики действует в одном направлении, тогда как бессознательная часть действует в другом. С точки зрения внешнего наблюдателя все частичные функции представляют собой функции, подчиненные целям и стилю жизни индивида.

4. И *сознательное* и *бессознательное* служат индивиду, использующему их для осуществления личных целей. Адлер (1963а) трактует бессознательное скорее как прилагательное, чем как существительное, избегая, таким образом, материализации (reifying) этого понятия. Вместе с Отто Ранком Адлер считает, что человек знает больше, чем понимает. “Конфликт” определяется как “шаг вперед и шаг назад”, вследствие чего индивид находится в точке “застывшего центра”. Хотя он ощущает себя, раздираемым мучительными конфликтами, неспособным к действию, в действительности, эти антагонистические чувства, мысли и ценности *создает* он сам, потому что не готов двигаться в направлении решения своих проблем. (Mosak & LeFevre, 1976).

5. Чтобы понять индивида необходимо понимание его когнитивной организации и стиля жизни. Последняя концепция связана с убеждением, что развитие личности начинается на ранних

этапах жизни, чтобы помочь ему организовать опыт, а также понимать, предсказывать и контролировать собственные переживания. *Убеждения* - это выводы, полученные в результате восприятий. Именно они в последующем определяют предпочтительный способ восприятия. Соответственно, стиль жизни не является ни правильным, ни неправильным, нормальным или аномальным, а просто “очками”, через которые личность видит свою жизнь. Поэтому главным средством понимания личности является скорее субъективность, а не так называемая объективная оценка. Как писал Адлер (1958): “Мы должны уметь видеть его глазами и слышать его ушами”.

6. Поведение может меняться на протяжении всей жизни человека в соответствии, как с непосредственными требованиями ситуации, так и с долгосрочными целями, присущими его стилю жизни. Стиль жизни остается относительно постоянным на протяжении жизни, убеждения же под влиянием психотерапии могут измениться. Хотя определение психотерапии обычно подразумевает то, что происходит в пределах кабинета, более широкий взгляд на психотерапию мог бы включить тот факт, что жизнь сама по себе может и часто бывает психотерапевтической.

7. Согласно концепции Адлера, не причины принуждают человека. То есть, человека определяют не наследственность и окружение. “И то и другое дают только каркас и те воздействия, на которые реагирует индивид в соответствие с его творческой способностью (*styled creative power*)” (Ansbacher & Ansbacher, 1956). Люди идут к целям, которые они сами выбрали. Целям, которые дадут им место в этом мире, обеспечат им безопасность и сохраняют самоуважение. Жизнь является динамичным стремлением. “Жизнь человеческой души - это не “существование”, а “становление”” (Adler, 1963a).

8. Центральное стремление человеческого существования описывалось различным образом: как завершенность (Adler, 1958), совершенство (Adler, 1964a), превосходство (Adler, 1926),

самореализация (Horney, 1951), самоактуализация (Goldstein, 1939), компетентность (White, 1957) и власть (mastery) (Adler, 1926). Важное значение при этом имеет то направление, которое принимают данные стремления. Если стремления направлены на увеличение торжества личности, то Адлер рассматривал их как социально бесполезные и, в крайних случаях, как проявления психических проблем. С другой стороны, если стремления направлены на преодоление жизненных проблем, то индивид стремится к самореализации, к укреплению дружественности и превращению мира в лучшее место для жизни.

9. На протяжении жизни индивид сталкивается с альтернативами. Поскольку последователи Адлера не были детерминистами, или же были слабыми детерминистами, то они считали, что человек способен принимать творческие, избирательные и самостоятельные решения, а также выбирать те цели, которых он хочет добиться. Он может выбрать цели полезные, несущие вклад в общество, а может посвятить себя бесполезной стороне жизни. Он может выбрать быть целенаправленным или может, как это делают невротики, заботиться о себе и о своем превосходстве, оберегая себя свое чувство личной значимости от угроз.

10. Свобода выбора (McArthur, 1958) вводит в психологию понятия *ценности* и *исмысла*. Эти понятия подверглись анафеме, когда Адлер ввел их в своей книге “Что должна означать для тебя жизнь” (1931). Но пожалуй самое важное значение для адлерианцев представляет термин социальный интерес (Ansbacher, 1968). И хотя Адлер утверждает, что социальный интерес - это врожденное (или, по крайней мере, потенциальное) свойство человека, тем не менее, принятие этого критерия не является абсолютно необходимым. Люди обладают способностью к сосуществованию и взаимодействию с другими. “Железная логика социальной жизни” (Adler, 1959) требует это от нас. Даже при тяжелой психопатологии не происходит полного исчезновения социального интереса. Даже психотик сохраняет некоторую общность с “нормальными” людьми.

Как заметил Рабби Акива две тысячи лет назад: “Самый великий принцип жизни – любить своего ближнего как самого себя”. Если мы относимся к себе как к дружественным человеческим существам с братскими чувствами, то мы – общественно созидательные люди, заинтересованные в общественном благополучии и, по прагматичному определению Адлером “нормальности”, является психически здоровыми (Dreikurs, 1969; Shoben, 1957).

Чувства невротика проистекает из убеждения, что жизнь и люди враждебны, а он неполноценен, в результате он отстраняется от прямого решения проблем и пытается достичь личного превосходства при помощи средств, защищающих его самооценку: сверхкомпенсации, надев маску, путем отказа, стремлением браться только за те задачи, где исход обещает быть успешным. Адлер сказал, что невротик своими действиями демонстрирует “колеблющееся отношение” к жизни (1964а). Хотя невротик был описан как личность “да, но...” (Adler, 1934), тем не менее, в других случаях он описывается как личность “если только...” (Adler, 1964а). “Если только у меня не было бы этих симптомов, то я бы ...” Последнее дало логическое обоснование для “Вопроса”, - средства, которое Адлер использовал для дифференциального диагноза, а так же для понимания избегания индивидом цели.

11. Так как последователей Адлера интересует скорее процесс, диагностической терминологии уделяется мало внимания. Часто существует проблема дифференциального диагноза между функциональным и органическим нарушением. Поскольку любое поведение целенаправленно, то *психогенный* симптом будет иметь психологическую цель, а *органический* симптом будет иметь соматическую цель. Адлерианец задал бы “Вопрос” (Adler, 1964а; Dreikurs, 1958, 1962) так: “Если бы у меня была волшебная палочка или волшебная таблетка, которая могла сразу устранить ваш симптом, что изменилось бы в вашей жизни?” Если пациент отвечает: “Я бы гораздо чаще выходил на светские встречи” или “Я бы написал

книгу”, - то, скорее всего, симптом имеет психогенную природу. Если пациент отвечает: “У меня бы не было этой мучительной боли”, - то симптом, скорее всего, органический.

Врач направил женщину к адлерианскому терапевту, по причине ее жалоб на чувство падения. Он считал, что это был истерический симптом. Она сказала терапевту, что этот симптом впервые проявился после разрыва ее помолвки с женихом. Ей был задан “Вопрос”. Пациентка сказала: “Если мне стало бы лучше, то у меня исчезли бы эти ощущения падения”. После этого терапевт попросил врача заново обследовать пациентку. Были проведены дополнительные обследования, все они дали отрицательный результат. Врач хотел выписать ее из больницы и вернуть ее к психотерапевту, но тот настоял на продолжении обследования. Несколько дней спустя терапевт позвонил по телефону и спросил: “Как Вы узнали, что у моей пациентки болезнь фон Реклингаузена?” Терапевт не только не знал, что у нее была болезнь фон Реклингаузена, он не знал, в чем заключается эта болезнь. Тем не менее, пациентку избавили от психотерапии и она получила то медицинское лечение, в котором нуждалась.

12. Жизнь бросает нам вызов в виде жизненных задач. Адлер явно назвал три из них, упоминал еще, не давая им специального названия (Dreikurs & Mosak, 1966). Первоначальными тремя задачами были задачи, связанные с *обществом, работой и полом*. Первую мы уже упоминали. Вторая: поскольку мы представлены двумя полами, то мы также должны научиться, как к этому факту относиться. Мы должны определить наши половые роли, частично на основе культурных определений и стереотипов, и приучить себя к общению с *другим, а противоположным*, полом. Другие люди другого пола не представляют собой врагов. Они наши друзья, с которыми мы должны научиться работать вместе. И третья, поскольку ни одна личность не может претендовать на самодостаточность, то мы взаимозависимы. Каждый из нас зависим от труда других людей. В свою очередь, они зависимы от нашего вклада. Таким образом, работа становится необходимой для человеческого выживания.

Кооперативный индивид с готовностью принимает на себя эту роль, и активно принимает участие в деятельности человечества.

Четвертая (Dreikurs & Mosak, 1967) и пятая (Mosak & Dreikurs, 1967) уже описаны. Хотя Адлер упоминал *духовную задачу*, он так никогда и не дал ей специального названия (Jahn & Adler, 1964). Однако, каждый из нас должен иметь дело с проблемой определения природы вселенной, существования и Бога, определить свое отношение к этим понятиям. Вильям Джеймс (1890) провел различие между собой как субъектом и собой как объектом. Он считал, что для психического здоровья необходимо, чтобы существовали хорошие взаимоотношения между “Я”-субъектом и “Я”-объектом как и между “Я” и другими людьми.

13. Поскольку жизнь постоянно создает проблемы, чтобы ее прожить требуется мужество (Neuer, 1936). Мужество не является некой способностью, которой кто-либо или обладает или нет. Также мужество не является синонимом отваги, подобной падению на гранату, чтобы спасти своих соратников от смерти или ран. *Мужество* относится к готовности подвергнуться рискованным действиям, когда последствия или неизвестны или могут оказаться неблагоприятными. Любой *способен* к мужественному поведению при условии, что человек *желает*. Эта готовность зависит от многих переменных, внешних и внутренних, таких как жизненные убеждения, степень социального интереса, оценка степени риска, и то, ориентирован ли человек на задачу или на престиж. Поскольку жизнь предоставляет слабые гарантии, то вся жизнь требует принятия риска. Если бы мы были совершенны, всемогущи, всеведущими, то потребовалось бы очень мало мужества, чтобы жить. Вопрос, на который каждый из нас должен ответить, именно в том, есть ли у нас мужество жить, несмотря на знание о нашем несовершенстве (Lazarsfeld, 1966).

14. Жизнь не имеет изначально присущего смысла. *Мы* придаем смысл жизни, каждый из нас на свой собственный манер. Это мы провозглашаем, что она имеет смысл, бессмысленна,

выносим вердикт абсурдности, считаем ее тюрьмой (оправдание подростком действий в свое удовольствие – “Я не просил, чтобы меня родили”), юдолью слез, подготовкой к следующему миру и т.п. Дрейкурс (1957, 1971) утверждал, что смысл жизни неотъемлем от действий для других, от вклада в общественную жизнь и социальные изменения. Виктор Франкл (1963) полагает, что смысл жизни заключается в любви, выражая психологическую вариацию популярной в пятидесятых годах песни, в которой припев звучал следующим образом: “Самая величайшая вещь, которой ты когда-либо научишься, - это любить и быть любимым в ответ”. Наше поведение определяется тем значением, которое мы приписываем жизни. Мы будем вести себя так, *как если бы* жизнь действительно соответствовала нашим ощущениям, и поэтому, определенные ее значения будут иметь больший практический смысл, чем другие. Оптимисты будут иметь жизнь возможностей и надежд, использовать свои шансы, и не будут обескуражены неудачей или неблагоприятным исходом. Они смогут провести различие между неудачей и тем, чтобы быть неудачником. Пессимисты будут избегать любой риск, которые несет с собой жизнь. Они будут отказываться от попыток, а если они все же решатся, то будут саботировать свои усилия, и скорее всего лишь подтвердят сложившиеся ранее пессимистические предчувствия (Krausz, 1935).

Другие системы

Часто студенты спрашивают: “Вы, адлерианцы, тоже верите в секс?”. Вопрос не всегда задается шутливо. Фрейд наделял секс главным мотивом поведения. Адлер же относился к сексу как к одной из нескольких задач, которую индивидууму требуется решить. Фрейд использует эзотерический жаргон, а Адлер предпочитает язык здравого смысла. Это отражено в одной истории о том, как один психиатр выговаривал после лекции Адлеру, очерняя его подход критикой: “Вы говорите только простые истины”, на что Адлер отвечал “Я бы хотел, чтобы больше психиатров так поступало”*. Различия между Фрейдом и Адлером можно представить в следующем виде.

<i>Фрейд</i>	<i>Адлер</i>
1. Объективный	1. Субъективный
2. Физиологическое основание теории	2. Социальная психология
3. Подчеркивает каузальность	3. Подчеркивает телеологию.
4. Редукционистский. Индивид разделен на “части”, которые антагонистичны друг другу, например, ид-эго-суперэго, Эрос против Танатоса, сознательное против бессознательного.	4. Холистический. Личность неделима. Она представляет собой единство и все “части” (память, эмоции, поведение) находятся на службе всей личности.
5. Предметом изучения является внутриличностная или интрапсихическая область.	5. Человека можно понять только межличностно, в социальном отношении, по поведению и взаимодействию с окружением.
6. Установление интрапсихической гармонии составляет идеальную цель психотерапии. “Там, где	6. Развитие личности, самореализация, усиление социального интереса представляют

находилось ид, должно стать эго”.

7. В своей основе человек “плохой”.

Цивилизация пытается его приручить, за что он платит огромную цену. Посредством терапии возможна сублимация инстинктивных требований.

8. Человек – жертва как своей инстинктивной жизни, так и цивилизации.

9. Описание Фрейдом развития ребенка ретроспективно и основано не на непосредственном наблюдении детей, а на материале свободных ассоциаций взрослого.

10. Акцент на эдиповой ситуации и ее разрешении.

11. Люди – враги. Они наши соперники, и мы должны защитить себя от них. Теодор Райк (1948) цитирует Нестроя: “Если случай сведет двух волков вместе... ни один из них не почувствует никакого

идеальные цели для индивидуума.

7. Человек ни “плохой”, ни “хороший”. Но как творческое, принимающее решения человеческое существо, он может выбрать быть ли ему “хорошим” или “плохим” или и тем и другим одновременно, в зависимости от его стиля жизни и от его оценки непосредственной ситуации, ее положительных исходов. Посредством терапии человек может выбрать самоактуализацию.

8. Человек имеет возможность выбора, возможность формировать свою внутреннюю и внешнюю среду. Хотя он и не совершенный господин своей судьбы и не всегда может предопределить события в будущем, но он всегда имеет возможность выбора в том, как относиться к жизненным стимулам.

9. Дети исследовались непосредственно в семьях, в школах и образовательных центрах.

10. Акцент на семейной конstellации.

11. Другие люди – наши ближние, братские человеческие существа. Мы все равноправны Люди наши соратники и сотрудники в жизни.

беспокойства, поскольку другой – волк; однако, два человеческих существа никогда не встретятся в лесу, чтобы при этом не пришла в голову мысль: “Этот человек может оказаться грабителем” (стр. 477).

12. Женщины чувствуют неполноценность из-за зависти к пенису. Женщины неполноценны. “Анатомия это - судьба”.

13. Невроз имеет сексуальную этиологию.

14. Невроз – это цена, которую мы платим за цивилизацию.

12. Женщины чувствуют неполноценность потому, что в нашей культурной среде женщины недооценены. Мужчины имеют привилегии, права, предпочтительный статус, хотя при текущем бурном культурном развитии эти роли переоцениваются.

13. Невроз – неудача в обучении, продукт искаженных восприятий.

14. Невроз – это цена, которую мы платим за недостаток цивилизации.

Более пространное сравнение концепций человека Фрейда и Адлера можно найти в статьях Х.В. фон Зассена (1967) и Отто Хинрихсена (1913).

Адлер и неопрейдисты

Как-то Адлер провозгласил, что он более заинтересован в том, чтобы выжила его теория, а не в том, чтобы в памяти людей сохранилась связь созданной им теории с его именем. Его желание явно было исполнено. При обсуждении влияния Адлера на современную психологическую теорию и практику, Генри Эллиенбергер (1970) высказал свое мнение: “Не так легко найти другого такого автора, как Адлера, у которого было столько всего позаимствовано без упоминания его имени”. Многие неопрейдисты приписывают Адлеру влияние на свои работы. В своей последней книге, Карен Хорни (1951) писала о “невротической амбиции”, “потребности совершенства” и “категории власти”. “Все стремления к славе в общем случае заключают в себе достижение большего знания, мудрости, достоинства или силы, которые присущи человеческой сущности; все они направлены на абсолют, безграничное, бесконечное”. Те, кто знаком с трудами Адлера о невротическом стремлении к совершенству, подобно богу, сразу же будут поражены сходством точек зрения.

Хорни (1951) отказывается от пессимизма Фрейда, от “его неверия в человеческую доброту и личностный рост”, предпочитая точку зрения Адлера, что человек может расти и может “стать вполне приличным человеческим существом” и что человеческие возможности “ухудшаются, если отношения с другими, а, следовательно, и отношение к самому себе, нарушены, и продолжают быть таковыми”.

Другие также заметили сходство между теориями Хорни и Адлера; обозреватель одной из книг Хорни написал, что Карен Хорни всего лишь написала новую книгу Альфреда Адлера (Farau, 1953).

Теории Эриха Фромма также выражают взгляды, сходные с взглядами Адлера. Человек Фромма - это человек осуществляющий выбор. Отношение матери при воспитании ребенка имеет

первостепенное значение. Жизнь воспитывает чувства бессилия и тревоги. Патрик Мюллау (1955) указывает, что:

“Согласно Фромму, единственным адекватным решением является построение взаимоотношений с человеком и природой, главным образом с любовью и продуктивным трудом, что укрепляет личность в целом, поддерживает ее чувство уникальности, и в то же время, дает чувство принадлежности, чувство единства и общности судьбы с человечеством.”

Хотя Гарри Салливан в большей степени, чем Адлер, уделял внимание психологии развития ребенка, тем не менее, “человек” Салливана на протяжении жизни действует сходным образом с человеком Адлера. Так, например, Салливан (1954) говорит о “действиях безопасности” (security operations) личности, прямой перевод “Sicherungen” Адлера и Лене Греднера (1930). Его дихотомия “хорошего меня” и “плохого меня” сходна с тем, что описано адлерианцами.

Было отмечено так много совпадений между Адлером и неофрейдистами, что Гарднер Мерфи (1947) подвел итог: “Если такой способ аргументации правилен, то невроз должен быть главной характеристикой человека при индустриализме, пункт, вызывающий недоверие у многих последователей Фрейда, и в особенности, у того ответвления школы Фрейда (Хорни и ее сторонники), которое большей частью училась у Адлера” (стр. 569). Сводка таких сходств есть в *“Индивидуальной психологии Альфреда Адлера”* Хайнца и Ровены Ансбахер (1956), а также в статье Вальтера Джеймса (1947). Фриц Вительс (1939) предложил, что неофрейдистов будет гораздо правильнее называть “неоадлерианцами”, а исследование Хайнца Ансбахера (1952) наводит на мысль, что многие традиционные последователи Фрейда согласились бы с ним.

Адлер и Роджерс

Хотя терапии Адлера и Карла Роджерса диаметрально противоположны, их теории имеют много общего. Обе они феноменологические, холистические и ориентированные на цель. Оба подчеркивают способность к творчеству и изменению. В качестве иллюстрации приведем следующие постулаты Роджерса (1951):

1. Организм реагирует как организованное целое на феноменологическую область...
2. Наиболее выигрышная точка для понимания поведения - исходить из внутренней точки зрения индивида на самого себя.
3. Организм реагирует на окружение в зависимости от того, как он переживает и воспринимает...
4. У организма одна основная тенденция и стремление – актуализировать, поддерживать и обогащать себя.

Большая часть из ранних исследований, проведенных в рамках клиент-центрированной терапии, использовали в качестве критерия измерения расхождение между Я-концепцией и Я-идеалом. Адлерианцы описали бы расхождение между Я-идеалом и Я концепцией как меру чувства неполноценности.

Адлер и Эллис

В этих двух когнитивных теориях много общего. То, что Адлер называет “базисными ошибками”, Альберт Эллис называет иррациональные убеждения или установки. Они оба придерживаются мнения, что эмоции, в действительности являются формой мышления, что люди создают или контролируют свои эмоции, контролируя свое мышление. Поэтому человек является не жертвой своих эмоций, а их создателем. Сходен их подход к психотерапии, они (1) принимают сходную уважительную позицию по отношению к

мотивации бессознательного, (2) бросают вызов иррациональным идеям пацента (базисным ошибкам или интернализированным суждениям), (3) подвергают пациента контрпропаганде, (4) настаивают на действии и (5) постоянно *поощряют* пациентов принять ответственность за направление своих жизней в более позитивные русла. Последняя фраза, по всей видимости, отражает основное разногласие между Адлером и Эллисом. На вопрос “Что является “позитивным?” - у них разные ответы.

Эллис утверждает (1957):

“Там, где Адлер пишет, что: “Все мои усилия направлены на увеличение социального интереса пациента”, - рациональный терапевт предпочел бы сказать: “Большая часть моих усилий направлена на увеличение у пациента интереса к самому себе”. Он предполагает, что если индивидуум обладает рациональным интересом к самому себе, то из этого и биологически и логически следует, что он так же будет стремиться обладать высокой степенью социального интереса.

Адлер и другие системы

Многими авторами были отмечено большое количество точек совпадения и расхождения между Адлером и мыслителями-экзистенциалистами (Birnbbaum, 1961; Farau, 1964; Frankl, 1970). Филип Боттом написал в 1939 году, что “Адлер был первым основателем экзистенциальной психологии”. Поскольку экзистенциальная психология является не школой, а точкой зрения, то сложно провести сравнение, но заинтересованный читатель может открыть для себя в статье под редакцией Ансбахера (1959) линии преемственности между Адлером и современной экзистенциальной мыслью.

Не вызывает сомнений признание Адлера одним из самых ранних гуманистических психологов. Эллис оказывает дань уважения Адлеру как “одному из первых гуманистических психологов”.

Абрахам Маслоу (1962, 1970) опубликовал пять статей в адлерианских журналах на протяжении 35 лет. Как мы уже видели, при слабом понимании вклада Адлера, многие из его идей были позаимствованы гуманистическими психологами. От “Модели человека как соединение частичных функций”, которую поставил под сомнение Джеймс Бьюдженталь (1963), адлерианцы отказались почти полвека назад. Бьюдженталь предполагает: “Основополагающим для нового гуманистического движения в психологии является концепция человека, которая заключается в представлении о том, что человек - процесс, который заменяет сумму его частичных функций”. Мы можем сравнить это предположение с предположением Дрейкурса (1960а): “Целое представляет собой большее, чем общая сумма его частей; поэтому оно не может быть объяснено каким-либо количеством качеств, и может быть понято только как неделимое целое в движении к цели”. Среди других признают свой долг перед Адлером Виктор Франкл и Ролло Мей высоко оценили вклад Адлера. Франкл (1970) писал: “То, что он [Адлер] ... достиг и совершил, не менее значимо, чем переворот Коперника...Помимо этого, в значительной степени Адлера можно считать экзистенциальным мыслителем и предшественником экзистенциального психиатрического движения”; Мей пишет следующее:

“...Я ценю Адлера все больше и больше...Мысли Адлера, о которых я узнал, когда мы вместе с ним обучались летом 1932 и 1933 в Вене, косвенным образом привели меня в психологию, и оказывали большое влияние на появившиеся позднее труды Салливана и Вильяма Алансона Уайта, и других”.

Альберт Эллис (1970, 1971) отмечал близость своей рационально-эмотивной психологии с индивидуальной психологией Адлера. Абрахам Маслоу писал: “Я год за годом убеждаюсь в правильности идей Адлера. По мере накопления фактов, его образ человека находит все большее подтверждение. Я должен сказать, что в одном отношении время еще не коснулось его. Я имею в виду его акцентирование идеи холизма”.

История

Предшественники

Настойчивость Адлера в том, что нельзя изучать людей в изоляции, а только в их социальном контексте, до этого было выражено Аристотелем, который относился к человеку как к *zoon politicon*, к политическому животному (Adler, 1959). Он относил свое описание типов личностей к юмористической теории Гиппократата, но после 1927 уже более не упоминал о нем. Как указывают и Элленбергер (1970) и Х. Н. Симпсон (1966), у Адлера проявляется сходство с философией стоицизма. Другие комментаторы указали на сходство трудов Адлера с философией Канта, особенно в отношении категорического императива, частной логики и преодоления (*overcoming*). Адлер и Ницше часто подвергались сравнению. Во многих работах отмечалось сходство в использовании концепции стремления к власти. Однако, Адлер говорил об этом в смысле нормального стремления к компетенции, тогда как Ницше упоминал эту концепцию, имея ввиду то, что Адлер назвал бы “бесполезной стороной жизни”. Ницше выделял понятие *Übermensch* (сверхчеловек), а Адлер говорил о равенстве. Более того, Адлер выделял *социальное чувство*, понятие совершенно чуждое философии Ницше.

На протяжении всей истории философы пытались одолеть проблему сознания и тела. На рассвете современной научной эры рационалистическая и эмпирическая школы постоянно давали объяснения связи между сознанием и телом. В области психологии этот вопрос оставался в относительно дремлющем состоянии и испытал ренессанс, когда психологи и психиатры обратились к исследованию психосоматических синдромов. Были выдвинуты психосоматические и соматопсихические гипотезы для того, чтобы объяснить, каким образом эмоции могут оказывать влияние на создание симптомов и как состояние тела могут вызвать

эмоциональное или психическое заболевание. Адлер отказывался от такого разделения. Подобно Курту Левину (1935), он отказался от категоризации и дихотомии. Подобно Яну Сматсу (1961) он был холистиком. Согласно Адлера личность может быть понята только как целая, неделимая единица. Изучать человека, разлагая на атомы, значит не постигнуть полностью природу человека. Согласно Адлеру вопрос стоит ни “Как сознание воздействует на тело?”, ни “Как тело воздействует на сознание?”, а скорее “Как личность использует тело и сознание при достижении целей?”. Хотя книга Адлера *“Изучение неполноценности органа и его психической компенсации”* (1917), в которой Адлер выражает каузальную точку зрения, как может показаться, противоречит вышеуказанным утверждениям, эта крайне оригинальная теория была сформулирована в течение того периода, когда Адлер был членом кружка Фрейда. Позднее он добавил субъективный фактор:

“Поэтому, можно было бы предположить, что для определения того, где лежат интересы ребенка, нам нужно только выяснить, какой орган является дефектным. Но не все так просто. Ребенок воспринимает факт неполноценности органа не так же, как его видит внешний наблюдатель; он модифицируется исходя из существующей схемы восприятия индивида”. (Adler, 1969)

Возможно, самое большое влияние на Адлера оказала “философия” “как будто” (as if) Ханса Вайхингера (1965). Согласно Вайхингеру, фантазия представляет собой “всего лишь кусочек воображения”, которая хоть и отличается от реальности, имеет утилитарное значение. Как понятие мира, так и понятие себя – субъективны, то есть, воображаемы, и поэтому, ошибочны. *Истина* представляет собой “наиболее приемлемую ошибку, то есть, систему представлений, которая дает возможность нам действовать и справляться с любыми вещами наиболее быстро, четко и безопасно, и с минимумом иррациональных элементов”.

И, наконец, в психологии Адлера есть религиозный тон (Adler, 1958; Jahn & Adler, 1964). Расположение им на самой вершине его

теории ценностей социального интереса присуща традиции тех религий, которые выделяют ответственность человека друг за друга. Действительно, Адлер (Rasey, 1956) утверждал, что: “Индивидуальная психология - это хорошая религия для тех, кто еще не открыл для себя другую религию.”

Начала

Адлер родился 7 февраля 1870 года, около Вены, и умер во время лекционного тура в Абердене, Шотландии, 27 мая 1937 года. Окончив Университет Вены в 1895 году, в 1898 году Адлер занялся частной практикой в качестве офтальмолога. Позднее он переключился на общую практику, а затем на неврологию. Уже в течение этого периода проявилась социальная ориентация Адлера; в то время он написав книгу о здоровье портных (1898), в связи с чем его можно считать предшественником индустриальной медицины.

В 1902 году по приглашению Фрейда, Адлер присоединился к вечернему дискуссионному кружку по средам Фрейда. Биографы сходятся во мнении, что данное приглашение было связано с тем, что Адлер написал две статьи в защиту теории Фрейда. Хотя учебники часто упоминают Адлера как студента Фрейда, на самом деле, Адлер был коллегой, который уже состоялся как врач (Ansbacher, 1962; Ellenberger, 1970; Federn, 1963; Maslow, 1962). На протяжении следующих десяти лет Адлер стоял одной ногой в кружке Фрейда, а другой вне него. Хотя работа “Изучение неполноценности органа” заслужило одобрение Фрейда, последующая его работа по инстинкту агрессии, написанная в 1908 году натолкнулось на неодобрение Фрейда. Гораздо позже, когда Адлер уже отказался от теории инстинктов, Фрейд все же включил инстинкт агрессии в психоанализ (Sicher & Mosak, 1967), тогда Адлер провозгласил: “Я обогатил психоанализ агрессивным влечением. Я с радостью преподнес им его в дар!” (Bottome, 1939).

Все возрастающее расхождение с точкой зрения Фрейда привело Адлера к ощущению дискомфорта в Венском обществе и разочарованию в нем. Адлер критиковал Фрейда за акцентирование сексуальности; Фрейд осуждал психологию эго Адлера. Они расходились по целому ряду вопросов: (1) в единстве (unity) невротиков, (2) зависть к пенису (сексуальное) против маскулинного протеста (социальное), (3) в защитной роли эго в невротиках и (4) в роли бессознательного. Фрейд считал, что Адлер не открыл ничего нового, а лишь подверг повторной интерпретации то, что уже было сказано психоанализом. Он полагал, что открытия Адлером были “тривиальными и методологически плачевными, что обрекает весь его труд на бесплодность” (Colbi, 1951). После ряда встреч, где в атмосфере сарказма, обмена язвительными замечаниями и прерывания оратора репликами, обсуждались эти вопросы (Brome, 1968), в 1911 году Адлер подал в отставку с поста президента Венского психоаналитического общества. После этого года Фрейд навязал выбор между ним и Адлером. Некоторые члены этого кружка выразили свои симпатии Адлеру, выйдя из состава кружка и сформировав Общество свободного психоаналитического исследования, предшественника “Internationale Vereinigung für Individualpsychologie”. В 1914 году они опубликовали первое издание “Zeitschrift für Individualpsychologie”.

В течение следующих десяти лет, за исключением периода войны, Адлер и его соратники разработали социальный взгляд на невроз. И хотя Адлер еще с 1908 года демонстрировал интерес к детям и к образованию, в центре их внимания был главным образом клинический аспект. В 1922 году Адлер инициировал, вероятно, первую общественную программу, - центры помощи детям. Эти центры были размещены в школах, в них бесплатно работали психологи. Метод, который навлек на Адлера так много критики, был методом публичного семейного образования, метод, который до сих пор используется центрами семейного образования Адлера. До 1934 года в Вене существовало двадцать восемь таких центров, пока с пришествием нацизма эти центры не были закрыты. Такая форма центра была перенесена Рудольфом Дрейкурсом и его студентами в

Соединенные Штаты (Dreikurs, Corsini, Lowe & Sonstegard, 1959). Успех подобных центров побудил авторитетных лиц Венской Школы пригласить нескольких последователей Адлера составить программу школы по адлерианской методике. Так родилась школа, описанная в “Дисциплине без наказания” Оскара Шпиля (1962). Эта школа делала упор на методах образования, которые используются до сих пор, на поощрении, дискуссии в классе, демократических принципах, на ответственности детей за самих себя и друг за друга.

Социальная ориентация индивидуальной психологии неизбежно привела к интересу к групповым методам и введению Адлера в семейную терапию (1922). Дрейкурсу приписывают (1959) первое использование групповой психотерапии в частной практике.

Между Первой и Второй мировыми войнами адлерианские группы существовали в 20 европейских странах и в Соединенных Штатах. В 1926 году Адлер был приглашен в Соединенные Штаты для демонстрации и лекций, и вплоть до 1934 года, когда фашизм взял власть в Австрии, он делил свое время между медицинским факультетом Колледжа Медицины Лонг-Айленда в Соединенных Штатах, и за границей. Двое из его детей, Александр и Курт, в настоящее время практикуют в области психиатрии в Нью-Йорк Сити. С приходом нацизма многие адлерианцы были вынуждены покинуть свои европейские страны, и после многочисленных трудностей осели в Соединенных Штатах, сделав их центром своей деятельности. Сегодня общества индивидуальной психологии существуют в Соединенных Штатах, Англии, Канаде, Франции, Дании, Швейцарии, Германии, Австрии, Нидерландах, Греции, Италии, Израиле и Австралии.

Текущий статус

После ее развала в Европе восстановление адлерианской школы стало тяжелой задачей. Личные трудности эмигрантов – последователей Адлера – сочетались с существующим психологическим климатом в этой стране. Все еще господствовала

экономическая депрессия. Фрейдистская школа удерживала почти монополию, как в области лечения, так и в отношении должностей в медицинских школах. Некоторые последователи Адлера отказались от своих убеждений, другие оставались адлерианцами тайно. Однако остальные упорно отстаивали свои взгляды и сохраняли оптимизм. Были основаны местные общества, и 1952-й год ознаменовался созданием Американского общества адлерианских психологов. Появились несколько журналов; главным американским журналом является “Индивидуальная психология”, до этого называвшийся “Журнал индивидуальной психологии”, который сам был преемником “Бюллетеня индивидуальной психологии”, редактором которого в течение многих лет был Дрейкурс. Также Международная ассоциация индивидуальных психологов издает “Информационный бюллетень индивидуальной психологии”.

В Нью-Йорке, Чикаго, Миннеаполисе, Беркли, Сан Луисе, Дейтоне, Толидо, Фт. Ван, Кливленде, Ванкувере, Монреале и Торонто были основаны институты, которые выдавали сертификаты по психотерапии, консультированию и детскому образованию. Индивидуальные курсы и программы обучения предлагаются во многих университетах, таких как, университеты штата Орегон, Аризона, Западная Виржиния, Вермонт, Южный Иллинойс, Де Поля и Колледже Род-Айленда. Степени мастера, основанные на индивидуальной психологии, предлагаются государственным колледжем Боуи и Чикагским институтом Альфреда Адлера, последний должен был в 1984 году начать программу докторантуры в области клинической психологии.

Хотя адлерианская психология уже однажды была охарактеризована как умирающая, поверхностная (т.е. как “эго психология”) и как пригодная главным образом для детей, именно она сейчас является жизнеспособной психологией, которая первой проложила дорогу к холистическому, феноменологическому, социальному, телеологическому взгляду на человека.

Современный адлерианец может действовать как традиционный клиницист. Но он по-прежнему новатор. Джошуа

Байрер стал первооткрывателем в социальной психиатрии (1969) и лидером в движении госпиталей на дому (day-hospital movement) (1951). Социальные терапевтические клубы действуют в Клинике психического здоровья Альфреда Адлера в Нью-Йорке и в больнице Святого Джозефа в Чикаго. Дрейкурс дал начало множественной психотерапии (1950) и он, Гарольд Моусак и Бернард Шульман оказали содействие ее развитию (1952a, 1952b, 1982). Рудольф Дрейкурс, Ася Кадис, Хелене Папанек и Бернард Шульман внесли весомый вклад в групповую терапию. В совместном с роджерсианским Центром консультирования при Чикагском университете исследовательском проекте Джон Шлиен, Моусак и Дрейкурс (1962) исследовали эффект краткосрочной терапии. Присущие индивидуальной психологии идеи профилактического вмешательства привели к всестороннему участию в области образования. Среди ответственных за применение адлерианских принципов в школе - Манфорд Зонстегард, Раймонд Лове (Лоуи), Брония Грюнвальд, Оскар Хриштенсен, Раймонд Корзини и Лорин Грей. Мосак (1971) принял участие в программе, которая ввела адлерианские методы в школьную систему. Все они были студентами Дрейкурса, перенесшего эту традицию из Вены, который и сам внес большой вклад в эту область. По сложившейся традиции, адлерианцев можно привлекать в общественные программы помощи неимущим или они могут направлять свои усилия на изучение таких тем, как наркотики, старение, правонарушение, религия и бедность.

Новую разработку в области образования можно найти в работе Корзини и его коллег (1977, 1979). Индивидуальное образование Корзини представляет систему, которая применяет философию Адлера к обучению в школе. Современные адлерианцы считают гораздо ближе себе по духу модель развития личности, а не модель болезни. Адлерианцы заинтересованы не в лечении больных индивидов или больного общества, а скорее в переобучении индивидов и переформировании (resharing) общества таким образом, чтобы все люди могли жить вместе как равные в свободном обществе.

Личность

Теория личности

Психология Адлера является скорее психологией использования, чем психологией обладания. Это положение понижает значение вопросов “Как наследственность и окружающая среда формируют личность?” или “Насколько интеллект является наследственным и насколько он обязан окружающей среде?”. Вместо этого функционалист, холистический адлерианец спросит: “Как личность *использует* наследственность и окружающую среду?”

По Адлеру, семейная система устанавливает первичное социальное окружение растущего ребенка, чье положение сравнимо с положением иммигранта в чужой стране – неспособного понять язык и неспособного быть понятым. Несведущий в правилах и обычаях, к своему ужасу обнаруживает, что, до тех пор, пока он не выучит соответствующий язык и не научится соответственному поведению, он не сможет найти своего пути в этих местах. Родители, братья и сестры, ровесники, общественные институты и культура оказывают влияние на него, способствуют его социализации. Пока он не научится тому, что от него ожидается, он будет относительно беспомощным, некомпетентным и уязвимым. Поэтому, наблюдая за своим окружением, он оценивает, и постепенно приходит к различным выводам относительно себя самого, своей ценности, своего окружения, чего оно от него требует, и как он может приобрести “гражданство в новом мире”. Путем наблюдений, исследований, путем проб и ошибок, и получения обратной связи от своего окружения он изучает, что получает одобрение, а что – неодобрение, каким образом он может достичь значимости. Помимо своих восприятий и оценок, ребенок не является пассивным приемником семейного влияния. Он активно и творчески занят изменением своего окружения, “воспитанием” (training) своих братьев и сестер, “повышением” (raising) своих родителей (Mosak, 1980). Он хочет принадлежать, быть частью, иметь значимое слово.

В независимости от того является ли эта потребность биологической или приобретенной, каждый ребенок ищет значимости. Он не стесняется в средствах для достижения цели в семейной иерархии, выискивая себе “место под солнцем”. Один из братьев или сестер становится “лучшим” ребенком, другой “самым худшим”. Быть любимчиком, принадлежность к предпочтительному в данной семье полу, идентификация себя с одним из родителей или одним из братьев или сестер или заключение союза с одним из них может дать основу для ощущения своего места. Другими “создателями положения” для некоторых детей являются умственные недостатки, физическая ущербность и т.д.

Крайне важным для ребенка является положение ребенка в семейной иерархии. Таким образом, скорее всего первый ребенок обычно консервативен, а второй часто бунтарь. Обычно ребенок является или принцем или тем, который встает на цыпочки, чтобы взглянуть поверх предшествующих братьев или сестер. Если эти общие характеристики хоть в какой-то степени соответствуют действительности, то в самом лучшем случае они представлены в виде статистических вероятностей, а не как определяющие особенности. При рассмотрении семейной иерархии с точки зрения порядка рождения или порядкового положения создается проблема характеристики, скажем, пятого ребенка в семье. Хотя он часто встречается в семейной ситуации, в литературе ему не уделено должного внимания. Порядок рождения сам по себе игнорирует положение ребенка с точки зрения пола. Дети в семьях из двух детей, в которых возможными конфигурациями являются мальчик-мальчик, девочка-девочка, мальчик-девочка и девочка-мальчик не обладают сходными характеристиками, если исходить только из порядкового положения (Schulman & Mosak, 1977).

Последователи Адлера предпочитают изучать иерархию семьи с точки зрения *психологического* положения. Эту точку зрения иллюстрирует простой пример. Возьмем двух братьев или сестер с десятью годами разницы в возрасте. Если рассматривать по порядку

рождения, то их следует считать первым ребенком и вторым ребенком. С точки зрения последователя Адлера, психологическое положение каждого, *скорее всего*, было бы положением единственного ребенка, при этом, *возможно*, что старший ребенок для младшего исполняет функции дополнительной родительской фигуры. Выделенные курсивом термины “скорее всего” и “возможно” использованы специально, чтобы показать, что: (1) Адлерианцы не признают ригидные причинно-следственные связи между семейным расположением и особенностями сиблингов; (2) Связи могут быть поняты только из контекста, т.е. когда известен климат в семье и полная конфигурация всех факторов в семейной иерархии. Когда Адлер делал обобщения или отваживался дать предсказание он всегда любил напоминать своим студентам: “К тому же все может оказаться совершенно иначе”.

Поиск значимости и вытекающее из этого сиблинговое соперничество отражает ценности конкурирующего общества, в котором мы живем. Нас поощряют быть первыми, быть выше, быть популярными, быть атлетичными, быть “настоящими” мужчинами, “никогда не терять духа” и т.д. Соответственно, каждый ребенок должен наметить для себя границы “территории”, которая включает в себя те атрибуты или способности, которые, как он надеется, дадут ему чувство значимости. Если при оценке своих возможностей (potency) (способностей, мужества и уверенности) он придет к убеждению, что он сможет достичь этого места при помощи приемлемых средств, то он будет добиваться “полезной стороны жизни”. Если же он почувствует, что не сможет таким образом достичь своей цели, то он теряет мужество и в своих усилиях начинает полагаться на деструктивное действие. Для адлерианца “не приспособленный к окружающему миру” ребенок не является “больным” ребенком. Дрейкурс (1947, 1948) классифицирует цели ребенка, утратившего веру в себя, на четыре группы – привлечение внимания, поиск силы, месть и декларация ущерба или поражения. Дрейкурс говорит о непосредственных, а не о долгосрочных целях. Они представляют собой цели “неправильного

поведения” ребенка, а не поведение всех детей (Mosak & Mosak, 1975).

В процессе социализации, в процессе становления человеческим существом ребенок делает выводы на основе своих субъективных переживаний. Поскольку у маленьких детей еще не сильно развиты процессы логики и суждения, то многие из их убеждений содержат ошибки или лишь частичную “правду”. Тем не менее, они относятся к этим выводам о себе самих и о других как к истинным, даже если они “фиктивны”. Они представляют собой субъективные оценки, тенденциозные восприятия самих себя и мира, а не объективной “реальностью”. Таким образом, можно быть по настоящему неполноценным, и не чувствовать неполноценности. И наоборот, можно чувствовать неполноценность при отсутствии какой-либо неполноценности.

Ребенок создает когнитивную карту, стиль жизни, который призван помочь ему, “маленькому”, справиться с “большим” миром. Стиль жизни включает в себя те стремления, долгосрочные цели личности, “формулировки” тех условий, личных и социальных, которые необходимы для “безопасности” личности. Последние также являются фикциями и, как правило, возникают в терапии в виде “Если бы только..., то я бы...”. Моусак (1954) разделил убеждения образа жизни (life-style convictions) на четыре группы:

1. *Я-концепция* – те убеждения, которые есть у меня, относительно того, кто я такой.

2. *Я-идеал* (Адлер создал этот неологизм в 1912) – убеждения о том, каким мне следует быть, или каким я обязан быть, чтобы занять свое место.

3. *Weltbild* или “картина мира” - убеждения о том, что не является мной (мир, люди, природа и тому подобное) и о том, что мир требует от меня.

4. *Этические убеждения* – персональный свод правил “правильно-неправильно”.

Когда существует несоответствие между Я и Я-идеалом (“Я низенький; я должен быть высоким”), то отсюда происходит *чувство неполноценности*. Хотя существует бесконечное разнообразие чувств неполноценности следует упомянуть одно, которое обсуждал Адлер, когда он еще был в Фрейдистском Обществе, и которое привело к размолвке между Адлером и Фрейдом. В определенных кругах оно сейчас принимает грандиозное значение и это – мужской протест. В культуре, которая ценит больше маскулинность, некоторые женщины чувствуют неполноценность, потому что им не предоставляют прерогативы или привилегии мужчин (“Я – женщина; Я должна быть равна с мужчиной”). Но мужчины тоже страдают от маскулинного протеста, потому что некоторым мужчинам для того, чтобы обеспечить себе “место” недостаточно быть мужчиной (“Я – мужчина; но мне следует быть *настоящим* мужчиной”). Так как Адлер верил в равноправие полов, он не мог принять такие допущения (Mosak & Schneider, 1977). Поскольку и ныне продолжается битва между полами за равноправие, то можно наблюдать подтверждение предсказания Вексберга (1929), что “в своей нынешней форме семья определенно исчезнет при постоянно нарастающем процессе женской экономической эмансипации”.

К чувству неполноценности приводит также недостаточность соответствия между представлениями понятия себя и представлениями о *Weltbild* (“Я слаб и беспомощен. Жизнь опасна”). Несоответствие между понятием себя и этическими убеждениями (“следует всегда говорить правду; Я лгу”) приводят к чувству неполноценности в моральной области. Таким образом, чувство вины представляет собой лишь один из видов чувства неполноценности.

Это разнообразие чувств неполноценности само по себе не является “ненормальным”. Было бы трудно спорить с наблюдениями Адлера, что жить это значит *чувствовать* неполноценность. Лишь только тогда, когда личность поступает так, как если бы он был неполноценен, обнаруживает симптомы, или ведет себя как “больной”, тогда мы видим признаки того, что в медицинском случае

назвали бы “патологией” и что адлерианцы называют *утратой веры в себя* или *комплексом неполноценности*. Наиболее упрощенно, *чувство неполноценности* является всеобщим и “нормальным”; *комплекс неполноценности* отражает утрату веры в себя ограниченной части нашего общества и обычно – “ненормально”. Первое может быть замаскировано или спрятано от посторонних глаз; второе представляет собой открытую демонстрацию неадекватности или “болезни”.

Используя свою “карту”, человек облегчает свои действия на протяжении жизни. Она позволяет ему оценивать и понимать опыт. Она дает ему способность предсказывать и контролировать его. В этой связи Лоуренсе Франк (1939) пишет:

“личностный процесс можно сравнить с некоторым видом резинового штампа, который эта личность накладывает на каждую ситуацию, при помощи которого придает ту форму, которая требуется этой личности; поступая таким образом, она неизбежно игнорирует многие аспекты ситуации, которые для нее неприемлемы или избирательно реагирует на определенные значимые аспекты.

Хотя стиль жизни - инструмент, который позволяет справиться с опытом, он в значительной степени является бессознательным. Стиль жизни включает в себе скорее когнитивную, а не поведенческую организацию. В качестве иллюстрации приведем убеждение “Мне нужно возбуждение”, которое может привести к выбору профессии актера, автогонщика, исследователя или привести к “поведенческому отреагированию”. Такого рода убеждение может в дальнейшем привести как к попаданию в затруднительные или волнующие положения, так и к участию в творческих мероприятиях или научным открытиям.

При одном и том же стиле жизни можно вести себя полезно или бесполезно. Вышеупомянутое различие позволяет адлерианцам (например, Dreikurs, 1961; Nikelly, 1971a) проводить различие между *психотерапией* и *консультированием*. Первое, утверждают

адлерианцы, имеет целью изменение стиля жизни; второе – изменение поведения при существующем стиле жизни.

Так как в адлерианской литературе достаточно широко обсуждаются жизненные цели в любви, в профессиональной и социальной деятельности, то здесь они не будут разбираться тщательным образом, разве что будут даны некоторые краткие комментарии. Льюис Уей (1962) подчеркивает, что “проблемы, которые они ставят, никогда не могут быть разрешены раз и навсегда, и требуют от личности непрерывного и творческого движения к адаптации”.

Любовь, подобно другим эмоциям, имеет когнитивные основы. Люди не являются “жертвами” своих эмоций или страстей. Они создают эмоции, чтобы помочь себе в достижении своих целей. Любовь представляет собой связующее чувство, которое мы создаем тогда, когда мы хотим сблизиться с людьми.

Хотя жизненные цели любви, профессиональной и социальной деятельности требуют решения, существует возможность избегать некоторых решений или откладывать их, если можно компенсировать это в других областях. “Даже успешные люди впадают в невроз из-за того, что они не являются еще более успешными” (Way, 1962). *Невротический симптом* выражает “Я не могу, потому что я болен”; действия личности явно выдают “Я не буду, потому что может пострадать моя самооценка” (Krausz, 1959). Хотя действия невротической личности соответствуют ее “частной логике” (Nikelly, 1971b), она по-прежнему цепляется за “здоровый смысл”. Человек знает, что ему нужно делать или чувствовать, но он “не может”. Адлер относит его к личности “да-но”. Эрик Берн (1964) в своей игре “Почему Вы этого не делаете – Да, но” ярко описал подобные межличностные маневры. Истоки невроза находятся в утрате веры в себя. Индивид избегает решения и откладывает его, или идет обходными путями, с тем чтобы “сохранить лицо”. Даже если он ожидает неудачу и подготовился к ней, он пытается спасти самооценку. Студент, страшющийся провала на экзамене, будет

отказываться от учебы. В случае, если он все же провалится, ему просто следует держаться мысли, что он был ленив или невнимателен, но не глуп.

Психотическая цель превосходства часто оказывается гораздо выше, чем может быть достигнута смертным человеком. “Индивидуальная психология показала, что цель превосходства может быть зафиксирована только на таких высотах, когда личность, помимо потери интереса к чужим доводам, также утратила интерес к своему благоразумию и пониманию..., здравый смысл стал для нее бесполезным” (Adler, 1964a). Адлер использовал термин “здравый смысл” в том же значении, в котором Салливан говорил о “согласованном подтверждении” (consensual validation). В области псевдоработы личность назначает саму себя главврачом психбольницы. В псевдосоциальной области гипоманиакальный пациент напоминает бодрого экстраверта, а более тяжелый маниакальный пациент становится “уничтожителем имен” и “проглатывает” людей (Schulman, 1962). Параноидальный пациент представляет, что другие люди представляют собой, его “поиск славы” манифестируется, если использовать фразу Карен Хорни (1951), в виде мании преследования, что *они* тайно замышляют сделать что-то со *мной*. Он - центр внимания людей. Еще одним “решением” душевных псевдозадач является мания величия у психотически депрессивного пациента (“Я самый худший певец всех времен”) или мания величия шизофреника, который считает себя Христом. Сюда же можно отнести галлюцинации разговора с Дьяволом (Adler, 1963b; Mosak & Fletcher, 1973).

Психологически здоровый или *нормальный* индивидуум – это тот, который развил у себя социальный интерес, кто хочет посвятить себя жизни и жизненным задачам” (Wolfe, 1932). Он использует свою энергию на то, чтобы быть членом общества с уверенностью и оптимизмом справляющегося с жизненными проблемами. У него есть свое место, у него адекватная самооценка. Он ощущает чувство принадлежности и сотрудничества и обладает “мужеством быть

несовершенным”. У него твердое знание того, что, несмотря на его несовершенство, он может быть востребован другими. Прежде всего, он отказывается от ложных ценностей, которые проецируются и навязываются его культурой и пытается заменить их ценностями, которые в большей степени соответствуют “железной логике социальной жизни”. Такой личности не существует и психотерапия ее не создает. Это лишь созданный Адлером идеал, а поскольку его стремлением было заменить большие ошибки малыми, то многие из этих целей при психотерапии могут быть приближены. Многим людям выпала удача обладать мужеством и социальным интересом проделывать это самостоятельно, без терапевтической помощи.

Другие концепции

Простота словаря последователей Адлера делает излишними обычно необходимые определения и интерпретации. Но все же некоторые различия во взглядах существуют и среди адлерианцев. Относительно термина *стиль жизни* адлерианцы расходятся в том, что он описывает – когнитивную или поведенческую организацию. *Социальный интерес* (Bickhard & Ford, 1976; Crandall, 1981; Edgar, 1975; Kazan, 1978) явно является не единым понятием, а совокупностью чувств и поступков (Ansbacher, 1968). Хотя социальный интерес часто описывается как “врожденный”, для многих последователей Адлера остается загадкой, что делает его “таким”, поскольку очевидно, что он не является ни генетическим, ни конституциональным. Если взглянуть на теории Адлера, Фрейда и Юнга, то поражают усилия со стороны всех троих “биологизировать” свои теории. Возможно, это было характерным веянием того времени. Возможно, это было из-за того, что все трое были врачами. Возможно, это произошло из-за потребности придать своей теории больше респектабельности в течение того периода, когда к психоанализу было негативное отношение. Ни одна из этих теорий не понесла бы большого урона, если бы “инстинкты”, “социальный интерес” и “расовое бессознательное” трактовались бы как

психологические конструкты, а не как биологические процессы. Адлер, введя понятие неполноценности органа и связанной с ней компенсации, в действительности предложил биопсихологическую теорию, но следует вспомнить, что это произошло в течение его “фрейдистского периода”. Позднее он заменил *чувством социальной неполноценности* реальную неполноценность органа, и за исключением одной значительной статьи (Schulman & Klarman, 1968), последователи Адлера в своих работах очень мало внимания уделяли неполноценности органа. Хотя совершенно очевидно, что люди действительно компенсируют неполноценность органа, это понятие более не является краеугольным камнем в системе взглядов адлерианцев.

Гарднер Мерфи (1947) развернул дискуссию об использовании Адлером компенсации лишь как защитного механизма. Если подходить буквально, то труды Адлера действительно следует понимать таким образом. С другой стороны, при более внимательном чтении, компенсация становится зонтиком для прикрытия всех механизмов преодоления. Так, Адлер говорит о мерах предосторожности, отговорках, проекции, склонности к осуждению, созданию дистанции и идентификации. Хотя последователи Фрейда могут рассматривать их как защитные механизмы, которые эго использует в своей борьбе с инстинктивными побуждениями, последователи Адлера предпочитают рассматривать их скорее как средства решения проблем, которые личность использует, чтобы защитить свою самооценку, репутацию и физическую сущность, а не как защитные механизмы. Поскольку адлерианцы не принимают концепции бессознательного, такие механизмы как подавление и сублимация становятся неприемлемыми для системы взглядов адлерианцев. В адлерианской теории нет места для инстинктов, влечений, либидо и другим понятиям-допущениям.

Создатели “Журнала индивидуальной психологии” заявили, что он “посвящен холистическому, феноменологическому, телеологическому, теоретическому и социально-ориентированному

подходу”, ближе скорее к взглядам Роджерса, Маслоу, другим гуманистам-экзистенциалистам и некоторым неопрейдистам, чем к тем, кто придерживаются таких схем как “причина-следствие” или “стимул-реакция”. Адлерианская психология и теория модификации поведения были ошибочно приравнены. Хотя адлерианцы и заинтересованы в изменении поведения; их главной целью является не модификация поведения, а изменение мотивации. Дрейкурс (1963) пишет: *“Нашей основной задачей является не изменение поведенческих паттернов или устранение симптомов. Если пациент достигает изменения, потому что считает такое поведение выгодным на данное время, не изменяя при этом свои базовые предпосылки, мы не считаем такое изменение терапевтическим успехом. Мы пытаемся изменить цели, концепции и взгляды”*.

Психотерапия

Теория психотерапии

У всех научных школ психотерапии существует своя доля успехов и неудач. Значительное число направлений психотерапии не имеют каких-либо научных оснований, однако, похоже, они не менее эффективны. Следовательно, мы можем сделать вывод, что валидность психодинамической теории не несет никакой прямой связи с терапевтической эффективностью. Современные теории, подобно их предшественникам, могут исчезнуть из практики и лишь упоминаться в учебниках по психотерапии. В любом случае, независимо от валидности или жизнестойкости, любая теория должна учитывать контекст взаимоотношений пациент-терапевт. Как показал Фред Фидлер (1950), терапевтический успех является функцией скорее квалификации терапевта, чем его теоретической ориентации. Это помогает объяснить успех современных и примитивных теорий.

Еще один часто задаваемый вопрос “Существуют ли специфические техники, которые способствуют терапевтическому успеху? Определенно таковой, по всей видимости, можно было бы считать раннюю позицию Роджерса, до того, как недирективная терапия стала личностно-ориентированной терапией. Для ранних недирективных школ создание теплой, ненавязчивой, безоценочной атмосферы, сосредоточение на отражение чувств и избегание интерпретаций, советов, убеждения и внушений были наиважнейшими элементами терапевтической ситуации.

Последователи Фрейда во главу угла ставят перенос, а поведенческие терапевты игнорируют его. Для многих директивных терапевтов решающее значение имеет содержание и способ интерпретации. Последователи Адлера подчеркивают интерпретацию стиля жизни пациента и его действий.

Критерии успешности терапевтического процесса различны. Некоторые терапевты решающим фактором считают глубину

терапии. Для большей части последователей Адлера глубина терапии не представляет собой основного интереса, может быть, даже не представляет интереса вообще. В этой связи терапия не является ни глубокой, ни поверхностной, за исключением того, что таковой ее воспринимает пациент. На практике мы видим пациентов, которые хвалят нас за какую-нибудь особую интерпретацию, а когда мы с ними обсуждаем ее, мы понимаем, как сильно они ее исказили. В соответствие с такой произвольностью, ни система интерпретаций, ни содержание, ни глубина не являются тем решающим фактором, благодаря которому происходит исцеление.

Если решающим является не теория и не использование предписанных техник, значит ли это, что основной вклад в исцеление вносит перенос? Или равноправные взаимоотношения? Или же теплая, непринужденная атмосфера, в которой терапевт не берет на себя роль судьбы и принимает пациента таким, какой он есть? Поскольку все эти, перечисленные выше компоненты входят в состав и эффективной, и неэффективной терапии, мы должны выдвинуть гипотезу, что, или терапевтическая эффективность является делом подбора определенных терапевтических отношений к определенным пациентам, или что все терапевтические взаимоотношения обладают общими факторами. Эти факторы, вариации христианских добродетелей веры, надежды и любви, по всей видимости, являются необходимыми, но недостаточными, условиями эффективной терапии.

Вера

Д. Розенталь и Джером Д. Франк (1956) обсуждают практическое значение веры в терапевтическом процессе. Франц Александр и Томас Френч (1946) утверждают:

Как правило, пациент, который по собственной воле обращается за помощью верит и ожидает, что терапевт и может и хочет помочь ему. Если это не так, если пациента принудили к лечению, терапевт должен прежде всего создать чувство раппорта, лишь после этого возможно терапевтическое изменение.

Укреплению веры пациента могут способствовать различные терапевтические механизмы. Для некоторых пациентов - простое объяснение, которое проливает свет на суть дела, для других – сложная интерпретация. Вера терапевта в себя, впечатление мудрости и силы, готовность терапевта слушать без критики – все это может быть использовано пациентом для укрепления веры.

Надежда

Степень надежды пациента от лечения может быть различной, от полной безнадежности до надежды (и ожидания) очень много, включая чудо. Эффект реализации собственного предсказания способствует склонности людей действовать в направлении исполнения своих предвидений. Поэтому терапевту следует сохранять надежду пациента на высоком уровне.

Поскольку последователи Адлера придерживаются мнения, что пациент страдает от уныния (*discouragement*), то главной техникой терапевта-адлерианца становится подбадривание. Выражение веры в пациента, отсутствие обвинений и избегание явных требований к нему могут дать пациенту надежду. Пациент также может черпать надежду из чувства, что его понимают. Следовательно, одной из задач терапевта является создание в терапии переживания “мы”, когда пациент чувствует, что он не одинок, когда благодаря силе и компетентности своего терапевта он чувствует безопасность и испытывает некоторое облегчение симптомов. Он также может обрести надежду в ходе опробования действий, которых ранее казались ему пугающими и неприемлемыми для него. Кроме того, юмор часто помогает сохранять надежду. Льюис Уей (1962) высказывает свое мнение: “Тот юмор, которым Адлер обладал в таком изобилии, представляет собой неоценимый капитал, поскольку если есть возможность время от времени шутить, то не может быть все так плохо”.

Любовь

Это очевидно, что пациент должен чувствовать, что терапевт заботится о нем (Adler, 1963a, 1964a). Доказательством может служить использование таких средств, как эмпатическое слушание, совместная “проработка” (working through), а при множественной терапии - выражение интереса к пациенту через участие двух терапевтов. Переход пациента от одного терапевта к другому или от индивидуальной терапии к групповой терапии может иметь противоположный эффект, даже если он подвергается “проработке”. Однако терапевт должен избегать таких подводных камней как инфантилизация и излишняя поддержка пациента, или принятие терапевтом роли жертвы, когда пациент обвиняет его в недостаточной заботе. В адлерианской групповой терапии группа концептуализируется как “повторное переживание семейной системы” (Kadis, 1956). Таким образом, терапевт может быть обвинен в потакании любимчикам, в чрезмерном внимании к одному и слишком малом внимании к другому пациенту.

Адлерианская теория психотерапии покоится на понятии, что психотерапия представляет собой образовательное предприятие, включающее в себя одного или более терапевта и одного или более пациента, сотрудничающих друг с другом. Целью терапии является развитие социального интереса пациента. Для достижения этого терапия должна включать в себя изменение ложных социальных ценностей (Dreikurs, 1957). Пациент проходит через переобучение – своего стиля жизни и отношения к жизненным целям. При изучении “базовых ошибок” в своей когнитивной карте, у него есть возможность решить, хочет ли он продолжать идти старым путем или хочет двигаться в других направлениях. “В любых обстоятельствах клиент должен иметь абсолютную свободу. Он может двинуться в сторону изменения или отказаться от него, это как ему заблагорассудится” (Ansbacher & Ansbacher, 1956, p. 341). Он может принять выбор между интересом к себе и социальным интересом.

Данный бразовательный процесс имеет следующие цели:

1. Стимулирование социального интереса.
2. Уменьшение чувства неполноценности и преодоление уныния, а также осознание и использование собственных ресурсов.
3. Изменения в стиле жизни личности, то есть восприятия и целей. Как уже было упомянуто, терапевтическая цель включает в себя трансформацию больших ошибок в маленькие (также как с автомобилями, некоторые личности нуждаются в “настройке”; другим требуется “капитальный ремонт”).
4. Изменение ошибочной мотивации, даже если она лежит в основе приемлемого поведения или изменение ценностей.
5. Способствовать осознанию индивидом равенства среди своих коллег и товарищей (Dreikurs, 1971).
6. Помощь в становление человеческим существом, делающим вклад в общее дело.

Если “студент” достигнет этих образовательных целей, он почувствует причастность, принятие себя и других. Он будет ожидать, что другие примут его также, как он принял себя. Он почувствует, что “мотивационная сила” лежит внутри него, что он, хотя и в пределах существующих жизненных возможностей, но активно строит свою судьбу. Симптомы уйдут и он будет чувствовать себя бодро, оптимистично, уверенно и мужественно.

Процесс психотерапии

Процесс психотерапии по Адлеру имеет четыре цели: (1) создание и поддержание “хороших” отношений; (2) раскрытие динамики пациента, его стиля жизни, его целей, а также того как они влияют на ход его жизни; (3) интерпретация, кульминацией которой является инсайт; и (4) переориентация.

Отношения

“Хорошие” терапевтические отношения - это дружественные отношения между равными. Оба, терапевт-адлерианец и пациент, сидят лицом к другу, их стулья находятся на одном уровне. Многие адлерианцы предпочитают работать без стола, поскольку дистанцирование и отделение могут породить нежелательную психологическую атмосферу. Отказавшись от медицинской модели, последователи Адлера с неодобрением относятся к участию доктора в роли актера (всемогущего, всеведущего и таинственного) и пациента – в роли подыгрывающего ему. Терапия структурирована так, чтобы информировать пациента, что творческое человеческое существо играет роль в создании своих проблем, что всякий ответственен (не в смысле обвинения) за свои действия, и что проблемы всякого основаны на неправильном восприятии, на неадекватном или неправильном обучении, и в особенности, на ложных ценностях. Эти идеи позволяют принять ответственность за изменения. Тому, чему не научились до этого можно научиться сейчас. То, чему научились “плохо”, может быть заменено лучшим обучением. Ошибочные восприятие и ценности могут быть изменены и модифицированы. С самого начала лечения не одобряются попытки пациента оставаться пассивным. Пациент принимает активную роль в терапии. И хотя он может быть в роли студента, он, все же, активный обучающийся, ответственный за успех собственного обучения.

Терапия требует сотрудничества, что означает согласование целей. Несовпадение целей может привести к тому, что терапия “не сдвинется с места” как, например, когда пациент отрицает, что ему нужна терапия, а терапевт чувствует, что она показана ему. Поэтому, при первом (первых) интервью нельзя пропустить рассмотрения изначальных целей и ожиданий. Пациент может желать победить терапевта, подчинить терапевта своим нуждам или сделать терапевта могущественным и ответственным. Избежать таких ловушек – вот, что должно быть целью терапевта. Пациент может захотеть ослабить свои симптомы, но не лежащие в их основании убеждения. Он может

искать чуда. В любом случае, до того, как терапия начнется, должно быть достигнуто согласие относительно целей, по крайней мере, хотя бы временное. Уей (1962) предупреждает:

“Отказ попасться таким образом (став жертвой призывов пациента к тщеславию терапевта или попыток добиться симпатии) дает мало шансов пациенту развить серьезное сопротивление и перенос, и в действительности, является лишь защитой терапевта против обмена ролями и против открытия, что именно он, а не пациент подвергается лечению. Лечение всегда должно быть сотрудничеством и никогда борьбой. Тяжело проверить собственное равновесие терапевта, но, по всей вероятности, успех будет достигнут только при условии, если он сам свободен от неврозов.”

Адлер (1963а) сходным образом предостерегает против обмена ролей.

Поскольку проблемы сопротивления и переноса определяются исходя их расхождения целей пациента и терапевта, то на протяжении терапии эти цели будут расходиться, и общая задача будет заключаться в перестраивании целей так, чтобы оба двигались в одном направлении. Пациент привносит в терапию свой стиль жизни. Какие бы факторы ни влияли на его создание стиля жизни, вытекающие из него убеждения дают пациенту чувство безопасности. Когда пациент считает, что терапевт подвергает сомнению или угрожает его убеждениям, то он должен защищать себя, сопротивляться, даже тогда когда он согласен с терапевтом, что это в его собственных интересах (Schulman, 1964). Такие действия терапевта лишают пациента безопасности, цели обоих снова становятся явно несовпадающими. Терапевт рекомендует: “Давайте отойдем от “базовых ошибок”, а пациент заявляет: “Я не могу” - или “Я не буду” или “Мне страшно” или “Мне не по себе” или “Давайте поговорим о чем-нибудь другом”.

Принося свой стиль жизни в терапию, пациент ожидает от терапевта тот вид реакции, который, как он привык с детства, должны

давать люди. Он может почувствовать себя непонятым, что его лечат не тем или, что его не любят. У него также может появиться предчувствие, что терапевт плохо относится к нему и будет эксплуатировать его. Часто пациент бессознательно создает ситуации, чтобы склонить терапевта к такому способу поведения. Поэтому, терапевт должен быть внимательным к тому, что адлерианцы называют “знаками” (scripts), и то, что Эрик Берн (1964) называет “играми”, и не подтверждать ожидания пациента. Например, пациент заявит: “Видели ли Вы когда-нибудь пациента, подобного мне?”, чтобы обосновать свою уникальность и бросить вызов способности терапевта его лечить. Ответ терапевта может быть прямым, но без сарказма: “В течение последнего часа – нет”, а дальше он может перейти к обсуждению уникальности. Поскольку оценка начинается с первого же момента контакта, то уже в течение первого интервью пациенту в общем случае даются интерпретации, обычно сформулированные в виде предположений. Это дает пациенту некоторую пищу для размышлений до следующего интервью. Он может почувствовать, что его понимают (“Я никогда не думал об этом таким образом” или “Мне стало легче, когда я лучше понял в чем дело”). Вскоре у терапевта появится возможность оценить, как будет реагировать пациент на интерпретацию, на терапию и на терапевта, возникнут первые проблески понимания структуры стиля жизни. В разыгрывании игры пациент является профессионалом, потому как он уже очень давно играет эту роль, еще с детства, тогда как терапевт по сравнению с ним является любителем. Терапевту нет надобности побеждать в этой игре. Он просто не должен в нее играть. Проиллюстрируем это – в перетягивании каната побеждает только одна сторона. Однако, если одна сторона (терапевт) не заинтересована ни в победе, ни в поражении, то она просто не берется за свою сторону каната. Это делает игру “оппонента” бесполезной, и эти двое могут приступить к более продуктивной, кооперативной игре.

В целом процесс отношений способствует образованию пациента. Для некоторых пациентов они являются их первым опытом

хороших межличностных взаимоотношений, отношений сотрудничества и взаимного уважения и доверия. Несмотря на время от времени возникающие неприятные чувства и трения, а также чувство пациента, что его не понимают, эти отношения могут выдержать испытание и выстоять. Пациент учится тому, что хорошие и плохие отношения не случаются просто так. Он узнает, что плохие межличностные отношения являются результатом ошибочного восприятия, неверных выводов и беспочвенных ожиданий, входящих в стиль жизни.

Анализ

Исследование динамики пациента разделено на две части. Прежде всего, терапевт стремится понять стиль жизни пациента, а, кроме этого, его цель состоит в том, чтобы понять то влияние, которое этот стиль жизни оказывает на реализацию жизненных целей последнего. Не все страдания проистекают из стиля жизни. У многих пациентов с адекватными стилями жизни проблемы или симптомы возникают вследствие попадания в непереносимые или чрезвычайные ситуации, из которых они не могут выпутаться собственными силами.

Аналитическое исследование начинается с первого момента. Та манера, с которой пациент вошел в комнату, его поза, как и куда он усаживается (особенно важно в семейной терапии), все дает ключи к пониманию пациента. Не только то, что говорится пациентом, но и то как это делается, расширяет понимание терапевта, в особенности, когда терапевт понимает сообщения пациента не в описательном смысле, а сточки зрения межличностного взаимодействия, как “сценарии” (scripts). Так, адлерианцы переводят описательное утверждение “Я запутался” в предупреждение “Не припирайте меня к стенке”. Фраза “Это привычка” выражает заявление “И это еще одна вещь, которую вам не заставить меня изменить”, таким образом пациент пытается убедить терапевта, что привычки неизменны (Mosak & Gushurst, 1971). В ходе терапии терапевт действует как детектив, за исключение лишь того, что он у него другая цель, он не

стремится установить виноватого. Стремясь понять пациента он изучает любые намеки, складывает их в паттерны, одни гипотезы принимает, другие отвергает. В результате этого терапевт постепенно собирает вместе разрозненные кусочки информации, тем самым как бы решая головоломку.

Исследование стиля жизни

Одной из формальных диагностических процедур является исследование семейной констелляции пациента, чтобы установить условие, в которых сформировались те убеждения, которые стали основой его стиля жизни. Тем самым мы получаем предположения о том положении, которое имел ребенок в семье, какой путь он прошел, добываясь своего места в семье, в школе и среди своих сверстников. Вторая часть диагностики состоит из интерпретации ранних воспоминаний пациента. *Раннее воспоминание* происходит в период предшествующий периоду непрерывной памяти, и поэтому может быть неточным или даже абсолютно вымышленным. Оно скорее представляет единичное событие (“Я помню, однажды...”), а не группу событий (“Мы обычно...”). Воспоминания трактуются как проективная техника (Mosak, 1958). Понять раннее воспоминание – значит понять “Историю моей жизни” пациента (Adler, 1958), поскольку люди избирательно вспоминают события своего прошлого, в соответствии со своим стилем жизни. Следующее воспоминание Адлера (1947) может служить иллюстрацией согласованности между его ранним воспоминанием и его последующими психологическими взглядами.

Одним из самых ранних моих воспоминаний является воспоминание о себе сидящем на скамье. Из-за рахита я весь перебинтован, при этом мой здоровый старший брат сидит напротив меня. Он мог бегать, прыгать и двигаться вокруг почти без усилий, тогда как для меня движение любого вида представляло напряжение и усилие. Все с великим усердием старались помочь мне, а мои отец и мать делали все, что было в их силах. В ту пору мне должно было быть около двух лет.

В одном воспоминании Адлер упоминает неполноценность органа, чувство неполноценности, подчеркивает “свое желание свободно двигаться – видеть все психические проявления в виде движения” и социальное чувство (Mosak & Kopp, 1973).

Собрание ранних воспоминаний, история жизни пациента, дает возможность установить происхождение “базисных ошибок” пациента. Стил жизни - это что-то вроде личной мифологии. Личность будет вести себя так, как если бы мифы были правдой, потому что для нее они таковы. Когда греки верили, что Зевс живет на Олимпе, они относились к этому как к истине и вели себя так, как если бы это было правдой, причем ныне мы относим это верование к области мифологии. Хотя то, что Зевс существует, не является истиной, но существование Олимпа является верным. Таким образом, в мифах есть “истины” или частичные “истины”, и есть мифы, которые мы путаем с истиной. Последнее является *базисной ошибкой*.

Базисные ошибки могут быть классифицированы следующим образом:

1. *Сверхобобщения*. “Люди враждебны”. “Жизнь опасна”.
2. *Ложные или недостижимые цели “безопасности”*. “Один неверный шаг и ты – покойник”. “Я должен быть приятным для всех”.
3. *Неправильные восприятия жизни и ее требований*. Типичным убеждением может быть “Жизнь никогда не даст мне никакой передышки” или “Жизнь так тяжела”.
4. *Преуменьшение или отрицание своих достоинств*. “Я глуп” и “Я недостойный” или “Я – всего лишь домашняя хозяйка”.
5. *Ложные ценности*. “Быть первым, даже если тебе придется карабкаться по головам других”.

Кроме того, терапевта также интересует, как пациент воспринимает свои достоинства.

Ниже образец краткого описания стиля жизни. Даже краткое

описание стиля жизни позволяют пациенту и терапевту формулировать свои первоначальные предположения, его можно использовать как вопрос, который следует обсудить и исследовать. Ниже приводится *типичное резюме стиля жизни*.

Резюме семейной констелляции.

Джон – младший из двух детей, единственный мальчик, который после девяти лет рос без отца. Его сестра была так не по годам развитой, что Джон утратил уверенность в себе. Так как он посчитал, что он никогда не станет знаменитым, то он решил, что может быть сможет стать известным, если его негативное поведение привлечет к внимание других. Он приобрел репутацию “священного ужаса”. Все должно быть так, как хочется ему, никто не может его остановить. Он следовал основному принципу сильного, маскулинного отца, от которого он перенял, что побеждает сильнейший. Поскольку дурная слава приходит при совершении чего-то осуждаемого, то Джон рано стал интересоваться сексом и рано начал половую жизнь. Это также усилило его маскулинность. Поскольку оба родителя страдали увечьем, и по-прежнему “занимались этим”, Джон явно решил, что без какой-нибудь физической неполноценности весь мир будет ему тесен.

Резюме ранних воспоминаний

“Я пугался жизни, и даже тогда, когда люди говорили мне, что нечего бояться, я по-прежнему боялся. Женщины устраивают мужчинам тяжелые времена. Они предают их, они наказывают их, и они мешают тому, что мужчины хотят делать. Настоящий мужчина ни от кого ничего не берет. Всегда кто-то мешает. Я не собираюсь делать то, что другие хотят от меня. Другие называют это “плохим”, и хотят наказать меня за это, но я не воспринимаю это таким образом. Делать то, что я хочу – это всего лишь часть того, что значит быть мужчиной”.

“Базисные ошибки”

1. Джон чрезмерно преувеличивает значение маскулинности и приравнивает ее к совершению тех действий, которых ему хочется.

2. Он настроен не на ту же волну что и женщины. Они считают его поведение “плохим”; он считает свое поведение всего лишь “естественным” для мужчины.

3. Он всегда готов к сражению, чтобы защитить свое чувство маскулинности.

4. Он воспринимает женщин как врагов, даже несмотря на то, что он стремится к ним за комфортом.

5. У него вырывают победу в последний момент.

Достоинства

1. Он – водитель. Когда он прикладывает свой ум к любой вещи, он заставляет ее работать.

2. Он способен к творческому решению проблем.

3. Он знает, как добиться того, что хочет.

4. Он знает, как привлечь к себе внимание.

5. Он знает как “хорошо” попросить женщину.

В течение курса лечения многое другое также подвергается анализу. Стил жизни - это нечто последовательное, поэтому он будет проявляться во всем поведении пациента – физическом поведении, языке и речи, в создании фантазий, снах, в настоящих и прошлых межличностных взаимоотношениях. В ходе каждого интервью терапевт внимательно наблюдает за поведением, речью и языком. Иногда диалоги будут сосредоточены на настоящем, иногда – на прошлом, часто – на будущем. Свободные ассоциации и “болтовня”, за исключением тех случаев, когда последнее служит терапевтическим целям, рекомендуется исключить прежде всего. Хотя анализ сновидения является интегральной частью

психотерапии, пациента, который говорит только о сновидениях, мягко отговаривают (Alexandra Adler, 1943). Анализ продолжается в виде исследования взаимодействия между стилем жизни и жизненными целями, – каким образом стиль жизни оказывает влияние на личностные функции и дисфункции по отношению к жизненным целям.

Сновидения

В отличие от точки зрения Фрейда, по которой сновидение было попыткой решения старой проблемы, Адлер воспринимал сновидения как деятельность направленную на решение проблем с ориентацией на будущее. Сновидение воспринимается адлерианцами как некая предварительная репетиция возможных действий. Если мы хотим отложить действие, то мы забываем сон. Если мы хотим отговорить себя от некоторых действий, то мы пугаем себя ночными кошмарами.

“Сновидение”, - говорил Адлер – “является “фабрикой эмоций”. В нем мы создаем настроения, которые подталкивают нас к действиям следующего дня или уводят нас от них. Обычно люди говорят: “Я не знаю почему, но я проснулся сегодня в паршивом настроении”. За день до своей смерти Адлер сказал своим друзьям: “Я проснулся с улыбкой..., поэтому я помню, что мои сны были хорошими, хотя сами сны я уже не помню” (Bottome, 1939). Подобно тому, как ранние воспоминания отражают долговременные цели, сновидения - это ответы на непосредственные проблемы. Исходя из идеи уникальности личности последователи Адлера отвергают теорию фиксированного символизма. Нельзя понять сновидение без знания того, кто видит сон, хотя Адлер (1936) и Эрвин Вексберг (1929) все же обращаются к некоторым наиболее часто встречающимся темам сновидений. Уей (1962) предостерегает:

Снова вспоминаются два мальчика, которых приводил в качестве примера Адлер (1964а), каждый из которых хотел быть лошадью, один – потому что он должен был бы нести ответственность за свою семью, другой – чтобы превзойти всех

остальных. Это должно быть полезным предостережением против проведения интерпретаций по словарю.

Интерпретация сновидения не заканчивается с анализом содержания, а должна включать в себя целевую функцию. Сновидения играют важную роль в лечении, они выносят проблему на поверхность и указывают направление действий пациента. Дрейкурс (1944) описывает пациента, который выдел периодически повторяющиеся сны, короткие и с отсутствием действия. Эти сновидения пациента отражали его стиль жизни, его понимание “самого лучшего способа избежать проблем, а именно ничего не делая..Когда в его сновидениях стали происходить какие-то действия и они стали активными, то в своей жизни он тоже приступил к действию”.

Переориентация

Переориентация пациента в любой терапии начинается с предварительного, мягкого или энергичного убеждения пациента, что изменение в его же интересах. Нынешний образ жизни пациента обеспечивает ему “безопасность”, но не счастье. Поскольку ни терапия, ни жизнь не предоставляют *гарантий*, не хотел бы он рискнуть частью своей “безопасности” ради возможности большего счастья, самореализации или ради какой бы то ни было цели, которая должна у него быть по его представлению? Эта дилемма не решается легко. Подобно Гамлету, пациенту хочется узнать будет ли “мириться лучше со знакомым злом, чем бегством к незнакомому стремиться”.

Инсайт

Аналитические психотерапевты часто придают главное значение инсайту, основываясь на предположении, что “базисные изменения” не могут произойти без него. Убеждение, что инсайт должен предшествовать изменению поведения часто приводит к длительному лечению, к поощрению тенденций некоторых пациентов становиться “более больным”, лишь бы избежать или отложить изменения, и к увеличению их самопоглощенности, а не к их

самопознанию. Тем самым пациент освобождает себя от ответственности за свою жизнь до тех пор, пока он не достигнет инсайта.

Второе предположения, разделяемое многими пациентами и терапевтами, проводит различие между *интеллектуальным* и *эмоциональным* инсайтом (Ellis, 1963; Н. Раранек, 1959), дуализм, которого придерживающиеся холистического взгляда адлерианцы не разделяют. Этот и другие дуализмы, такие как сознательное против бессознательного, действительно присутствуют в субъективном ощущении пациента. Но эти антагонистические силы являются творениями пациента, которые позволяют ему отложить действия. Создавая “противоборствующие силы”, он ждет результата битвы, вместо того, чтобы начать решать те проблемы, которые ставит перед ним жизнь. При этом совесть у него может быть совершенно чиста, поскольку он является жертвой конфликтующих сил или эмоциональной блокировки. Пока пациент не достиг инсайта, решение проблем переносится на будущее. Инсайт, как определяют его адлерианцы, представляет собой понимание, переведенное в конструктивное действие. Он отражает понимание пациентом целенаправленной природы своего поведения и ошибочных восприятий, а также понимание роли, которую и то и другое играют в его жизнедеятельности. Так называемый интеллектуальный инсайт просто отражает желание пациента играть игру терапии, а не игру жизни. Он играет игру, как назвал ее Адлер, “да-но” (Adler, 1964b). “Да, я знаю, что мне следует делать, но...”

Интерпретация

Терапевт-адлерианец содействует инсайту главным образом при помощи интерпретации. Он интерпретирует сновидения, фантазии, поведение, симптомы, транзакции пациента с терапевтом и другими людьми. В интерпретациях он делает акцент на цели, а не на причине, на действии, а не на описании, на использовании, а не на обладании. Интерпретации - это зеркало, терапевт держит перед пациентом, чтобы он мог видеть, как он справляется с жизнью.

Терапевт связывает прошлое с настоящим, только чтобы показать последовательность слабо приспособленного стиля жизни, а не для демонстрации причинной связи. Он может использовать юмор, рассказывать басни (Ransper, 1978), анекдоты и биографические эпизоды. Эффективной может оказаться ирония, но с ней нужно обращаться с осторожностью. Он может “плюнуть в суп пациента” оскорбительное выражение, выставляющее намерения пациента таким образом, чтобы сделать их такими неприглядными, что пациент больше не сможет с невинностью или чистой совестью вести себя так как вел себя до этого. Терапевт может предложить интерпретацию прямо или в форме “Может это быть так ...?” или пригласить пациента самому проинтерпретировать. Хотя своевременность, преувеличение или, наоборот, приуменьшение, а также точность интерпретации - это технические аспекты, они не настолько важны для терапевта-адлерианца, потому что он не считает пациента хрупким.

Другие вербальные техники

Советы часто терапевтами осуждаются. Ханс Страпп (1972) как то написал: “Говорят, что Фрейд, следуя своим собственным рекомендациям, никогда не давал советов пациенту, лежащему на кушетке, но не испытывал никакого стеснения сделать это, когда анализируемый находился между кушеткой и дверью”. Вексберг (1970) с неодобрением относится к даче советов пациенту, но терапевты-адлерианцы поступают так же как Фрейд, при этом, однако, стараясь не поощрять зависимость. На практике терапевт может просто обрисовать альтернативы и, затем позволить пациенту принять свое собственное решение. Такое приглашение скорее укрепляет веру в себя, чем в терапевта. С другой стороны, терапевт может дать и прямой совет, стремясь, тем самым, поощрить самостоятельность пациента и его желание прочно стоять на своих ногах.

Поскольку адлерианцами пациент считается утратившими уверенность в себе, а не больным, то нет ничего удивительного в том, что они часто используют подбадривание. Повышение веры пациента в себя, “выделение положительного и снижение негативного”, и поддержание надежды пациента, - все это вносит вклад в противодействие неуверенности пациента. Если он “ходит и падает”, то он понимает, что это не фатально. Он сможет подняться и снова идти. Терапия также воздействует на социальные ценности пациента, таким образом, изменяя его взгляд на жизнь и помогая придавать ей смысл. Морализирование избегается, однако терапевтам не стоит вводить себя и других в заблуждение, считая, что их система не имеет никакой ценностной ориентации. В целом же, в беседах затрагивают скорее “полезное” и “бесполезное”, чем “хорошее” или “плохое” поведение.

Терапевт избегает рациональных аргументов и стремления “превзойти в логике” пациента. Такая тактика легко преодолевается пациентом, который действует исходя из своей *психологии* (частной логики), а не по правилам формальной логики. Катарсис, отреагирование и исповедь могут предоставить пациенту облегчение, освобождая его от тяжелого бремени “незавершенных дел”, но как уже было отмечено (Alexander & French, 1946), они могут оказаться также тестом, можно ли доверять терапевту. Если пациент испытывает облегчение или терапевт проходит эту проверку, то готовность пациента к изменению увеличивается.

Техники действия

Адлерианцы нередко используют ролевые игры, технику пустого стула (Shoobs, 1964) и другие процедуры действия, чтобы помочь пациенту в переориентации. Степень использования является делом предпочтений терапевта, его профессионального тренинга, а также готовностью экспериментировать, опробуя новые методы.

Механизмы психотерапии

Терапевт как модель

Терапевт демонстрирует ценности, которые пациент может попытаться имитировать. Терапевт-адлерианец ведет себя как реальный человек, способный к проявлению заботы, подверженный ошибкам, при этом, может посмеяться над собой. Тем самым он выступает в качестве модели. Если терапевт может обладать такими характеристиками, то, возможно, и пациент сможет, и многие пациенты подражают своим терапевтам, которых они используют как ориентир нормальности (Mosak, 1967).

Изменение

Наступает время в психотерапии, когда нужно отказываться от анализа, и перейти к поощрению пациента действовать, вместо того, чтобы говорить и слушать. На смену инсайту должен придти решительное действие.

Ниже описаны некоторые виды техник, применяемые адлерианцами для того, чтобы вызвать изменения. Они не являются панацеей, и используются не во всех случаях. Творческий терапевт будет импровизировать с различными техниками, чтобы справиться с потребностями терапевтического момента. Прежде всего, помните, люди гораздо важнее техник и стратегий. Упуская из виду эти предостережения, терапевт становится технарем, который делает все время “правильные вещи”, но не участвует во встрече с другим человеческим существом.

Действия “как будто”

Частым рефреном пациентов является “Если бы только я мог...” (Adler, 1963a). Мы часто требуем от пациента, чтобы на следующей неделе он действовал “как будто”. Он может возражать, что это будет только действием, и поэтому обманом, что внутри он будет оставаться той же самой личностью. Мы разьясняем ему, что действия не являются фальшивым притворством, что его просят

примерить роль, как можно примерить костюм. Это не изменит личность, которая носит костюм, но иногда, изменив одежду, он может почувствовать себя по-другому, и возможно, поведет себя по-другому, и в этом случае становится другой личностью.

Постановка заданий

Адлер (1964а) дал нам первый прообраз постановки заданий при лечении депрессивных пациентов:

Вернемся к непрямым методам лечения – особенно я рекомендую его при меланхолии. После установления отношений симпатии, я выдвинул предложения для изменения поведения в две стадии. На первой стадии я предлагаю “Делайте только то, что вам приятно”. Пациент обычно отвечает: “Ничего не приятно”. “Тогда”, - отвечаю я – “по крайней мере, не заставляйте себя делать то, что Вам неприятно”. Пациент, которого обычно заставляли делать разнообразные ненужные вещи для выправления этого состояния, находит приятную новизну в моем совете, и может улучшиться в поведении. Позднее я постепенно ввожу второе правило поведения, сказав “оно гораздо сложнее и я не знаю, сможете ли следовать ему”. После сказанного, я молчу и смотрю с сомнением на пациента. Таким способом я возбуждаю его любопытство и обеспечиваю его внимание, а затем продолжаю: “Если вы смогли бы следовать второму правилу, вы бы вылечились в течение четырнадцати дней. Оно заключается в следующем – разбирать время от времени как вы сможете доставить удовольствие другой личности. Очень скоро это дало бы вам возможность уснуть и отогнало бы все ваши грустные мысли. Вы бы почувствовали себя полезным и представляющим ценность”.

Я получаю различные ответы на мое предложение, но каждый пациент считает, что действовать соответственным образом очень тяжело. Если ответом является: “Как я могу доставить удовольствие другим, если не знаю как получить их самому?”, то я вношу разнообразие в картину, говоря: “Тогда вам нужно четыре недели”. Более понятный ответ: “Кто мне доставляет удовольствие?” я

встречаю тем, что, вероятно, является самым сильным ходом в этой игре, говоря: “Может быть, вам лучше немного потренироваться следующим образом: НЕ ДЕЛАТЬ ничего, что доставит удовольствие кому-либо другому, а всего лишь представить, как вы МОГЛИ БЫ сделать это!”.

Эти задания относительно просты и определены на уровне, на котором пациенты могут саботировать задание, но они не смогут потерпеть неудачу, а затем обвинить в этом терапевта.

Пациент должен понять, что не врач, а сама жизнь неумолима. Он должен понять, что в конечном итоге [он должен] переходить к практической жизни. От врача он не слышит ни слова упрека или раздражения, а лишь по большей части эпизодические доброжелательные, безобидные, ироничные высказывания.

Некий пятидесятилетний мужчина, заявляющий о “действительном” намерении жениться, но одновременно избегавший женщин, был проинструктирован каждый день искать один значимый контакт с женщиной (как это сделать целиком на его усмотрение). После выдвижения многих возражений, он пожаловался: “Но это *так* тяжело! Я так смертельно устану, что не смогу работать”. На что терапевт смягчившись ответил: “Поскольку Господь Бог отдыхал на седьмой день, я не могу просить вас сделать больше, чем Господь. Поэтому вам нужно выполнять это задание только шесть дней в неделю”.

Одну из форм постановки заданий, которую ввел Адлер, Вексберг называет *антипредложением* (1929), а Франкл – *парадоксальным намерением* (1963). Этот метод, использованный в неклинической практике Кнайтом Данлопом (1933), получил название *негативной практики*. Как правило борясь со своими симптомами, говоря себе: “Почему это должно было случиться со мной?” пациент лишь подкрепляет их. Он пытается отвлечь свое внимание, чтобы не думать о симптомах, и неизменно обнаруживает, что постоянно думает о них или наблюдает за собой. Страдающий бессонницей держит один глаз открытым, чтобы наблюдать спят ли

другие, и потом удивляется, почему он не может спать. Чтобы остановить эту борьбу, пациенту предлагают намеренно делать, и даже усилить то, с чем он борется.

Создание образов

Адлер очень любил описывать пациентов простой фразой, например, “нищий как король”. Другие адлерианцы также описывают пациентов короткими образами, что подтверждает поговорку “лучше один раз увидеть, чем сто раз услышать”. Вспоминая этот образ, пациент может напомнить себе свои цели, а на более поздних стадиях он может научиться использовать этот образ, чтобы посмеяться над собой. Один сверхамбициозный пациент, получивший прозвище “Супермен”, однажды начал расстегивать свою рубашку. Когда терапевт спросил, зачем он это делает, пациент со смехом ответил: “Так вы сможете увидеть мою синюю рубашку с буквой S”. Другой пациент, страшившийся сексуальной импотенции, согласился с наблюдением терапевта, что он никогда не видел собаку-импотента. В качестве объяснения пациент выдвинул объяснение: “Собака делает то, что ей полагается делать, не заботясь о том, сможет ли она”. Терапевт предложил, чтобы при следующем половом контакте, непосредственно перед ним ему следует улыбнуться и про себя произнести “гав-гав”. На следующей неделе он сообщил членам своей группы: “Я погавкал”.

Ловля самого себя

Когда пациент понимает свои цели и хочет измениться, его учат ловить самого себя, как если бы “его рука находилась в банке с печеньем”. Пациент может поймать себя в самом разгаре своего старого поведения, но, в данный момент, он по-прежнему может чувствовать себя неспособным что-то сделать с этим. Постепенно он учится предвидеть такую ситуацию и свое поведение до их осуществления и, соответственно, научается или избегать или изменять ситуацию или изменять свое поведение.

Метод пусковой кнопки

Этот метод, эффективен с людьми, чувствующими себя жертвами своих эмоций. Суть метода заключается в просьбе к пациенту закрыть глаза, воссоздать приятное событие из своего прошлого и отметить то чувство, которое сопровождает это воспоминание. Затем его просят воссоздать какое-нибудь неприятное событие, связанное с болью, унижением, неудачей или гневом, и отметить сопутствующее чувство. Вслед за этим пациент снова воссоздает первую сцену. Урок, которому адлерианцы пытаются научить пациента, заключается в том, что он может создать любое чувство, которое он пожелает, просто решив, о чем думать. У него под рукой находится кнопка, и он может нажать ее при желании создать любое чувство, хорошее или плохое. Он является создателем, а не жертвой, своих чувств. Например, для того, чтобы быть в депрессии, требуется *выбор* бытия в депрессии. Мы пытаемся поразить пациента его возможностями в самоопределении. Этот метод, разработанный Моусаком для клинического использования, был темой экспериментального исследования Брюера (1976), который пришел к выводу, что это – самая эффективная техника при лечении депрессии.

“Ага-переживание”

По мере того, как в ходе лечения пациент обретает осознание и все больше участвует в жизни, он периодически испытывает “ага-переживание” или “эврика”. “Эй, да это имеет смысл”. “Теперь я знаю, как это действует”. “Вот это да, да это проще, чем я думал”. С пониманием у него появляется уверенность в себе и оптимизм, которые приводят к желанию противостоять жизненным проблемам, не избегая обязательств, сострадания и эмпатии.

Посттерапия

Лучшая часть терапии происходит после терапии, когда оперившееся человеческое существо может покинуть

терапевтическое гнездо, и само пробует свои крылья, самостоятельно добывая себе пищу, и, подобно свободному духу летая во вселенной. Пациент может применить приобретенные знания в собственных интересах и в интересах общества. В каком то смысле цель терапии может быть определена как превращение терапевта в нечто излишнее. Если и терапевт, и пациент хорошо сделали свою работу, то цель будет достигнута.

Применение

Проблемы

Хотя Адлер, подобно другим врачам своего времени, проводил психотерапию один-на-один, его собственный взгляд вывел его из кабинета в общественную деятельность. Никогда не отказываясь от клинических интересов, он одновременно был преподавателем и социальным реформатором. Джуст Мерло (1970), последователь Фрейда, отдает должное Адлеру:

Собственно говоря, весь психоанализ и вся психиатрия пронизана адлеровскими идеями, хотя при этом мало кто хочет признать этот факт. Мы все – плагиаты, хотя нам ненавистно признаться в этом... Вся социальная психиатрия была бы невозможна без склонности Адлера быть первопроходцем.

Клинические

Все ранние первооткрыватели психотерапии пробовали лечить психотиков. Однако считалось, что из-за невозможности создать отношения переноса психотики не подвластны психотерапии. Адлерианцы, не обремененные концепцией переноса, регулярно лечили психотических пациентов. Генри Элленбергер (1970) говорит, что “среди великих пионеров динамической психиатрии, Джанет и Адлер являются единственными, кто обладает личным клиническим опытом работы с преступниками, а Адлер был единственным, кто что-то написал на эту тему, исходя из своего непосредственного

опыта”. Эрнст Папанек (1971), о котором Клод Браун (1965) так ярко написал в “Мальчик на земле обетованной”, который был директором Школы Вильтвука, известной своими реформаторскими идеями, а также Моусак создали программу групповой терапии в тюрьме Кук Каунти в Чикаго (O’Reily, Cizon, Flanagan & Pflanczer, 1965). Модель роста, присущая адлерианской теории, подсказала адлерианцам мысль, рассмотреть человеческие проблемы с точки зрения реализации, становления дружественным человеком. Следовательно “лечение” для “нормальных” людей с “нормальными” проблемами. Терапия не обеспечивает пациента философией жизни, насколько бы он продвинулся в искоренении или облегчении симптомов, модификации поведения или инсайта, терапия остается незавершенной. Поэтому адлерианцы заботятся о жизненных и экзистенциальных проблемах клиента. Неполноценность, страдание и болезнь не являются ценой допуска в адлерианскую терапию. Можно пройти терапию, чтобы познать себя, вырасти, достигнуть самоактуализации.

Социальные

Интересы Адлера были скорее католическими. В области образования полагаясь на профилактику, чем на лечение, он основал семейные образовательные центры в сообществах, где родители и учителя могли получить непосредственный совет по воспитанию детей. Дрейкурс и его студенты (Dreikurs и др., 1959) основали семейные образовательные центры по всему миру. Ответвлением этих центров являются сотни родительских учебных центров, где родители могут делиться своими проблемами и решениями с другими родителями (Soltz, 1967). Кроме того, адлерианские терапевты используют ряд методов для обучения тех, кто профессионально занимается воспитанием детей (Allred, 1976; Beecher & Beecher, 1966; Dreikurs, 1948; Dreikurs & Soltz, 1964).

Адлер сам писал на социальные темы и о таких проблемах как: преступность, война, религия, групповая психология, большевизм, лидерство и национализм. Среди современных

адлерианцев к вышеперечисленным интересам адлерианцев были добавлены “более новые” проблемы социального протеста, расовые различий, наркотиков, социальных изменений и “более новые” взгляды на религию [Angers (1960); Clark (1965, 1967a, 1967b); Elam (1969a, 1969b); Gottesfeld (1966); Hemming (1956); La Porte (1966); Lombardi (1969); и Nikelly (1971c)].

Оценка

До недавнего времени было немного исследований, осуществленных адлерианцами. Впрочем как и большей частью европейских клиницистов. Европейские адлерианцы с подозрением относились к исследованиям, основанным на статистических методах. Усложняющим фактором был *идиографический* (метод, основанный на изучении случая) подход, на который полагались адлерианцы. Статистические методы более подходят для *номотетических* (групповых) исследований. Даже теперь статистики еще не разработали приемлемый метод для идиографических исследований. Исследовательские методы хорошо приспособлены к изучению “каузальных” факторов, а адлерианцы отвергают причинность, считая, что ее вклад в понимание человека ограничен.

Наиболее часто цитируемые исследования, включающие в себя адлерианскую психологию, были проведены неадлерианцами. Фред Фидлер (1950) сравнил терапевтические взаимоотношения в психоаналитической, недирективной и адлерианской терапиях. Он обнаружил, что существует гораздо большее сходство между терапевтическими отношениями, созданными опытными терапевтами этих трех школ, чем между опытным и менее профессиональным терапевтом в одной и той же школе. Недавно Крендалл (1981) представил свое первое широкомасштабное исследование адлерианского конструкта. Из-за целого ряда способов определения социального интереса (Bickhard & Ford, 1976; Crandall, 1981; Edgar, 1975; Kazan, 1978) его исследование представляет ценный вклад в понимании этой концепции.

В совместном исследовании, проведенном (Роджеррианским) Консультативным центром университета Чикаго и Институтом Альфреда Адлера в Чикаго, было исследовано влияние временных ограничений в психотерапии (Schlien, Mosak & Dreikurs, 1962). Пациенты обеих групп проходили краткосрочную терапию (20 сессий). Эти группы сравнивались друг с другом и с двумя контрольными группами. Исследователи сообщили об изменениях в корреляциях между “Я” и “идеалом”. Эти корреляции значительно увеличились, из чего был сделан вывод, что ограниченная во времени терапия “не только эффективна, но и в два раза результативней, чем терапия без временных ограничений”. Последующее обследование (спустя год) обеих экспериментальных группах показало сохранение достигнутых результатов.

Большая часть исследований в области семейной констелляции было также проведено неадлерианцами. Чарльз Майли (1969) и Люсиль Форер (1972) собрали библиографию этой литературы. Сообщаемые результаты противоречивы, возможно потому что неадлерианцы считают порядок рождения вопросом порядкового положения, а адлерианцы рассматривают порядок рождения в смысле психологического положения (Mosak, 1972). Во многих своих исследованиях семейной констелляции Вальтер Томан (1970) признает такое различие.

Ансбахер (1946) и Моусак (1958) также проводят различие между фрейдистским и адлеровским подходами к интерпретациям ранних воспоминаний. Робин Гушурст (1971) создал руководство для интерпретирования и подсчета определенного класса воспоминаний. Проведенное им изучение надежности показало, что эксперт может интерпретировать данные ранних воспоминаний с высокой межэкспертной надежностью. Он же осуществил изучение валидности, чтобы проверить гипотезу о возможности идентификации жизненных целей, исходя из данных ранних воспоминаний, и обнаружил, что это осуществимо в двух из трех экспериментальных групп. Тогда как Фидлер сравнивал терапевтов

разных ориентаций, Хайне (1953) сравнил сообщения пациентов о своих ощущениях при адлеровской, фрейдистской и роджерсианской терапиях.

Без сомнения адлерианская психология получила бы пользу от большего количества исследований. Со смещением центра из Европы в Соединенные Штаты, с ускоряющимся в последние годы ростом адлерианских школ, с вхождением адлерианцев в академические круги и с развитием новых исследовательских стратегий, пригодных для идиографических данных, становятся все более заметными ростки интеграции адлерианцев в исследовательскую деятельность.

Лечение

Исторически сложилось так, психотерапия один-на-один была первоначальной формой лечения. Многие адлерианцы до сих пор считают индивидуальную психотерапию предпочтительным лечением. Адлерианцы демонстрировали готовность проводить лечение с любым, кто искал их услуг.

Дрейкурс, Моусак и Шульман (1952а, 1952б, 1982) ввели множественную психотерапию (multiple psychotherapy), формат, при котором несколько терапевтов лечат одного пациента. Она дает возможность постоянного консультирования между терапевтами, предотвращает эмоциональную привязанность пациента к одному терапевту и устраняет или разрушает тупиковые ситуации. Тем самым также минимизируются реакции контрпереноса. Увеличивается гибкость терапевтических ролей и моделей. На пациента оказывает большее впечатление и его больше убеждает, когда два терапевта независимо согласны. Также пациент может выиграть от опыта наблюдения несогласия между терапевтами и понять, что люди могут не соглашаться без потери лица. Преимущества для пациента следующие:

1. Множественная терапия создает атмосферу, которая облегчает обучение.

2. Пациент может взаимодействовать с двумя различными личностями, придерживающихся разных подходов.

3. Предложение новой точки зрения способствуют избежанию терапевтических тупиков, тем самым, сокращая курс терапии.

4. Пациенты могут видеть себя более объективно, поскольку они являются и участниками и наблюдателями.

5. В том случае, если пациент и терапевт “не поладят друг с другом”, то пациент не становится терапевтической “катастрофой”, а просто передается другому терапевту.

6. Гораздо легче решаются многие проблемы, связанные с зависимостью при лечении. Сюда входят ответственность за себя, отсутствие терапевта, реакции переноса и завершение.

7. Множественная терапия является примером демократического социального взаимодействия и поэтому представляет собой ценный урок для пациента (Dreikurs, Mosak & Shulman, 1952b).

Дополнительное преимущество этого метода – в использовании его для обучения терапевтов. Супервизор не полагается на изложение кандидата-терапевта, которое может быть искажено ретроспективной фальсификацией. Супервизоры непосредственно участвуют вместе с кандидатом-терапевтом в процессе лечения, наблюдают их вмешательства, обеспечивают их безопасностью и поддержкой и могут комментировать наблюдаемое поведение.

Дрейкурс (1959) в середине 1920-х инициировал использование групповой терапии в частной практике, что было естественным развитием адлерианской аксиомы, что проблемы людей всегда являются проблемами социальными. Групповая терапия нашла значительное число приверженцев среди адлерианцев. Некоторые адлерианцы считают групповую терапию предпочтительным методом как с практической стороны (например, оплата, можно лечить большое число пациентов, и т.п.) так и потому,

что полагают, что поскольку человеческие проблемы являются главным образом социальными проблемами, то с ними наиболее эффективно можно справиться в социальной ситуации группы. Другие используют групповую терапию как предваряющую индивидуальную работу или для того, чтобы ослабить интенсивность индивидуальной психотерапии. Ряд терапевтов комбинируют индивидуальную и групповую психотерапию, твердо веря в то, что это сочетание делает максимальным терапевтический эффект (Н. Раранек, 1954, 1956). Другие терапевты до сих пор представляют себе группу, как вспомогательное средство при решении определенных проблем или при работе с определенными группами населения. Ведение группы двумя ко-терапевтами очень распространено среди адлерианцев.

Одной из ветвей группового лечения является терапевтический социальный клуб при психиатрической больнице, подобный клубу, созданному британским адлерианцем Джошуа Бирером. Сходные клубы существуют в Нью-Йорке (Mohr & Garlock, 1959) и в больнице Святого Джозефа в Чикаго. Хотя эти клубы обладают поверхностным сходством с реабилитационной группой Абрахама Лоу (Low, 1952) и с домами на полпути (halfway house) в том, что все они стараются облегчить воссоединение пациента с обществом, но терапевтический социальный клуб выделяет скорее “социальные”, а не “терапевтические” аспекты жизни, реализуя “здоровую”, а не “больную” модель. Психодрама используется адлерианцами, иногда как отдельная терапия, иногда наряду с иной формой лечения (Starr, 1977).

Консультирование супружеских пар сыграло значительную роль в деятельности адлерианцев. Адлерианцы не поддались общей склонности тех времен и предпочитали лечить пары как единое целое, а не как отдельных индивидуумов. “Лечение” всего лишь одного супруга можно сравнить с обладанием только половиной диалога пьесы. Видение пары как целое предполагает наличие общей проблемы в отношениях, а не индивидуальных проблем. Такой взгляд

стимулирует совместное усилие партнеров по решению их межличностных проблем. Консультант может наблюдать взаимодействие и указывать им на его характер (Mozdzierz & Lottmann, 1973; Pew & Pew, 1972). Групповая терапия супружеских пар (Deutsch, 1967) и группы обучения супружеских пар - это еще две возможные формы супружеского консультирования. Филипс и Корзини (1982) написали книгу для самопомощи, для использования женатыми людьми, испытывающими трудности в супружестве.

В начале 1920-х Адлер убеждал администрацию образования в Вене основать в школах центры детского образования. В них социальная группа стала основным средством лечения (Adler, 1963a; Alexandra Adler, 1951; Seidler & Zilahi, 1949). Дрейкурс написал несколько популярных книг и множество статей (Dreikurs, 1948; Dreikurs & Grey, 1968; Dreikurs & Soltz, 1964) для распространения этой информации среди родителей и учителей, и в настоящий момент тысячи родителей вступили в члены учебных групп, где они получают дополнительную информацию о воспитании детей.

Превентивные методы, подобные тем, которые инициировал еще Адлер, были приняты многими педагогами и школьными консультантами и использовались ими в классах, школах, а в одном случае, целиком в школьной системе (Mosak, 1971a). Эти методы первоначально были применены в Индивидуальной психологической экспериментальной школе в Вене (Birnbau, 1935; Spiel, 1962), а затем усовершенствованы в этой стране многими преподавателями (Corsini, 1977, 1979; Dreikurs, 1968, 1972; Dinkmeyer & Dreikurs, 1963; Dreikurs, Grunwald & Pepper, 1982; Grunwald, 1954).

Что касается более широких социальных проблем, Дрейкурс посвятил последнюю часть своей жизни проблеме разрешения межличностных и межгрупповых конфликтов. Кеннет Кларк - психолог и бывший президент Американской психологической ассоциации, посвятил большую часть своей карьеры изучению и созданию рекомендаций по решению проблем негров, подобно тому, как делали Элам (1969a, 1969b) и Жаклин Браун (1976).

Организация терапевтического процесса

Сеттинг

Адлеррианцы работают в любом воображимом сеттинге: в офисе частной практики, больницах, дневных больницах, тюрьмах, школах и общественных программах. Офисам не нужна какая-то специальная обстановка, она отражает или эстетические предпочтения терапевта или состояние бюджета института. За исключением специальных программ никакое специальное оборудование как правило не используется. Хотя аудиозапись сессий является делом индивидуального выбора, их иногда сохраняют в качестве материала о пациенте. Некоторые терапевты просят своих пациентов прослушать эти записи в течение интервью или между ними. Некоторые аудио- и видеозаписи делаются для демонстрационных и учебных целей.

При первоначальных интервью терапевт получает главным образом следующие виды информации (вдобавок к демографической информации):

1. По собственной ли воле обратился пациент? Если нет, то участие и длительность может быть ограниченной. Подросток с сопротивлением может наказывать своих родителей, не соблюдая время встреч, предназначенное для лечения, за которое, как он знает, должны платить его родители. По этой же причине, пациент, которого прислали, может просто оказаться идентифицированным пациентом, получившим такой ярлык от кого-то, обычно родителей. Это одна из причин, почему, когда присылается ребенок, адлеррианцы предпочитают взглянуть на всю семью целиком.

2. Если пациент уклоняется, а терапию ему показана, то необходимо попытаться превратить его в пациента. Четырнадцать таких “методов превращения” появились в терапевтическом конспекте (Mosak & Shulman, 1963).

3. С какой целью пришел пациент? Добивается ли он лечения, чтобы ослабить страдание? Если так, то страдания от чего?

Выдвигает ли он безоговорочное требование, чтобы терапевт признал законным и подтвердил уже сделанное решение? Пришел ли он, чтобы другие отстали от него? Может быть, он думает, что пока он проходит терапии, он не должен принимать на себя ответственность или принимать решения? В конце концов, он может быть охарактеризован самим собой или другими как “больной” или “запутавшийся”.

Некоторые новые пациенты представляют собой “покупателей из супермаркета”. Они сообщают вам о ряде терапевтов, которые уже помогли им. Их секретной целью является быть совершенным. Если не будет раскрыта скрытая цель такого пациента и что-то не прекратит его поисков, вы, возможно, станете самым последним среди многих терапевтов, о которых он будет рассказывать следующему терапевту. Адлер описывает такую личность как принадлежащую к типу, стремящихся к преобладанию и завоеванию. Другие являются собирателями скальпов. Они проводят свои жизни, побеждая терапевтов, одерживая “Пирровы победы”. Терапевты любой ориентации непременно встречаются с такими пациентами (Mosak, 1971; Mosak & Shulman, 1963).

4. Каковы ожидания пациента от лечения? Пациент может проверить дипломы и рекомендательные письма своего терапевта, чтобы убедиться, что терапевт – не дилетант. Если в комнате нет кушетки, он беспокоится, потому что в кино у аналитиков есть кушетка. Те, кто склонны к контролю, или к “словесному поносу”, крикуны и другие подобные пациенты могут не позволить терапевту и слова сказать (а затем поблагодарить его за то, что им так помогли).

5. Чего ожидает пациент для самого себя? Ожидает он выйти из лечения совершенным? Считает он самого себя безнадежным? Ожидает ли он или требует решения специфической проблемы без какого-либо значительного изменения личности? Ожидает ли он немедленного излечения?

6. Каковы цели пациента в психотерапии? Мы должны проводить различие между декларируемыми целями – стать хорошим,

узнать о самом себе, быть более хорошим супругом и отцом, приобрести новую философию жизни – и не выраженными словами целями – оставаться больным, наказать других, победить терапевта и саботировать терапию, сохранять хорошие намерения без изменения (“Смотри, как сильно я стараюсь, и какие деньги я трачу на терапию”). Значение этого различия нельзя переоценить. Адлерианцы определяют сопротивление как то, что происходит, когда цели пациента и цели терапевта не совпадают. Соответственно, если терапевту не удастся понять цели своего пациента, или если они придерживаются противоположных целей, то терапевтические усилия могут стать порочным кругом сопротивления – преодоления сопротивления – сопротивления, а не совместным усилием, к которому стремится терапевт-адлерианец. Самая лучшая техника по преодолению сопротивления – избегать возвращать ее, слушать пациента внимательно и с эмпатией, отслеживать его продвижения в терапии, понимать его цели и стратегии, и поощрять развитие тенденции к “мы” в терапии.

Пациент может сопротивляться, чтобы принизить значение терапевта, или победить его. Он должен победить терапевта, потому что ему не хватает мужества жить на полезной стороне жизни, и он боится, что терапевт может направить его в этом направлении. Интенсификация таких методов уклонения может наиболее ярко проявиться в течение стадии завершения лечения, когда пациент осознает, что вскоре он должен будет столкнуться лицом к лицу с реальными жизненными проблемами без поддержки терапевта, а он не уверен в своем мужестве самостоятельно осуществить столь важное и рискованное начинание.

Тесты

С точки зрения образовательной ориентации терапевта, адлерианцам не требуются общепринятые медицинские обследования. Тем не менее, у многих пациентов все же есть физиологические проблемы, и адлерианцы научены быть чувствительными к наличию этих проблем. Когда у терапевта

возникают подозрения о таких проблемах, он рекомендует пройти медицинский осмотр.

Адлерианцы расходятся по вопросу психологического тестирования. Большая часть адлерианцев избегают нозологических диагнозов, за исключением нетерапевтического назначения, таких как заполнение форм страховки. Ярлыки представляют собой статичные описания и игнорируют *движение* личности. Они описывают, чем *обладает* пациент, а не как он *действует* на протяжении жизни.

Среди старшего поколения, прошедших обучение еще в Европе психологическое тестирование было ругательным словом. Существовало предубеждение против тестов (Orgler, 1965), некоторым исключением были тесты Роршаха, Бине и словарный ассоциативный тест. Сам Адлер явно мало пользовался тестами, хотя разработал первый проективный тест, - метод ранних воспоминаний. Дрейкурс не доверял тестам, его мнение о них заключалось в том, что, как правило, они были не нужны, поскольку “результат теста показывает то, что является вероятной истиной. Осмотр позволяет нам установить то, что является истиной...” (Dinkmeyer & Dreikurs, 1963). Также Дрейкурс считал тесты ненадежными, потому что они могут давать обманчивые результаты и таким образом быть вредны (Dreikurs, 1968). Тем не менее, Дрейкурс направлял пациентов на тестирование.

Реджина Зайдлер (1967) больше доверяла проективному тестированию, чем так называемым объективным тестам, утверждая, что последние на самом деле являются субъективными тестами, поскольку “Субъективное отношение всякой личности к любому данному тесту обязательно сделает этот тест необъективным”. Для нее объективные тесты были полезны как мера отношения к прохождению теста, а не как мера того, что по замыслу измерял тест.

Для адлерианцев ранние воспоминания служат в качестве теста, помогая им при оценке стиля жизни. Адлерианцы младшего поколения используют многие традиционные и некоторые нетрадиционные тесты в диагностических и дифференциально-диагностических целях, а также в ходе лечения пациента.

Терапевт

В идеале терапевт-адлерианец представляет собой подлинно сочувствующего, заботливого человека. Хелен и Эрнст Папанек (1961) пишут: “Терапевт принимает активное участие. Без игры какой-то точно определенной “роли”, он демонстрирует теплое сердечное отношение и подлинный интерес к пациенту и особенно поощряет желание пациента к изменению и к улучшению. В этом взаимоотношении заключена одна цель: помочь пациенту помочь самому себе”. Адлер (1924) рассказывает, как он лечил молчаливого шизофренического пациента, который после трех месяцев молчания напал на него и “Я неожиданно решил не защищаться. После последующего нападения, во время которого было разбито окно, я самым дружеским образом наложил повязку на его слабо кровоточащую рану”. Поскольку идеальной целью при психотерапии является развитие социального интереса, то терапевт сам должен быть моделью для социального интереса.

Терапевт-адлерианец остается свободным в чувствах и взглядах и в их выражении. Выражения чувств и мнений спонтанным образом позволяет пациенту рассматривать терапевта как человеческое существо, препятствуя любому восприятию всемогущества или совершенства, которое может приписывать ему пациент. Если мы, терапевты, ошибаемся, то ошибаемся – но зато из этого опыта пациент может научиться мужеству быть несовершенным (Lazarsfeld, 1966). Этот опыт может также помочь терапии.

Терапевт не должен приносить в терапию оценку своей значимости, делая свою терапевтическую работу, не заботясь о престиже, не впадая в веселье при удачах и не падая духом при неудачах. В противном случае, они могут скакать вверх-вниз подобно резиновому мячу от одного терапевтического часа к другому, или даже в течение одного часа. Ценность терапевта не зависит от внешних факторов. Центр тяжести, чувство значимости, лежит внутри себя. Терапевт ориентирован на задачу, а не на себя.

Терапевт проявляет себя как личность. Поскольку терапевт аутентичен самому себе, то у пациента есть возможность оценить его как человека. Эти восприятия могут сопровождаться реалистическими суждениями, а также выводами, проистекающими из стиля жизни пациента. Понятие *анонимного терапевта* чуждо адлерианской психологии. Такая роль увеличила бы социальную дистанцию между терапевтом и пациентом, препятствуя установлению равноправного, человеческого взаимоотношения, которое адлерианцы считают обязательным. Роль “анонимного терапевта” была создана для облегчения установления переноса, а поскольку адлерианцы отвергают понятие переноса, по крайней мере, в понимании Фрейда, то такая позиция рассматривается как неприемлемая, если не вредная, для тех отношений, которые хочет установить терапевт со своим пациентом. Дрейкурс (1961) сожалеет о преобладающем среди терапевтов отношении к тому, чтобы не слишком сближаться с пациентом из-за того, что это может неблагоприятно отразиться на терапевтических отношениях. Шульман (Wexberg, 1970) определяет роль терапевта как роль “помогающего друга”. Самораскрытие может произойти только тогда, когда терапевты чувствуют себя в безопасности, не боясь быть людьми, подверженными ошибкам, и не боясь, таким образом, оценок своих пациентов, их критики или враждебности (аналогично понятию “конгруэнтности” Роджерса). По этой и по другим причинам, адлерианские институты время от времени требуют “дидактического анализа” своих кандидатов.

Является ли терапевт-адлерианец оценивающим? В некотором смысле все терапевты оценивают, в том смысле, что терапия покоится на некоторой ценностной ориентации: убеждении, что определенное поведение лучше, чем другое, что некоторые цели предпочтительнее других, что одна организация личности превосходит другую. Дрейкурс (1961) утверждает: “Всегда существует ценностная и моральная проблема, связанная с лечением [во всех терапиях]”. С другой стороны, пациент, который добивается помощи, часто утратил мужество быть человеком. Критикуя его, мы просто усилили бы его

удрученность, лишили бы его остаточного чувства личной значимости, и возможно подтвердили бы некоторые его убеждения стиля жизни (например, “Люди нечестны” или “Я недостойн любви” или “Я все делаю неправильно”). Поскольку двумя кардинальными принципами адлерианского вмешательства являются убедить пациента и вселить в него мужество, то таких суждений лучше всего избегать.

Проблемы пациентов

Если терапевту не нравится пациент, то это создает проблемы для терапевта любых убеждений (Fromm-Reichman, 1949). Некоторые терапевты просто не принимают таких пациентов. Другие все же считают, что они не должны иметь таких негативных чувств или обязаны преодолеть их, и принимают таких пациентов, принося “страдание” обоим участникам. Трудно продемонстрировать “безусловное положительное отношение” к пациенту, который вам не нравится. Вероятно, адлерианцы справляются с этой ситуацией точно так же, как это делают другие терапевты.

С проблемами соблазнения обращаются точно также как с другими проблемами пациента. Уверенный в себе терапевт не испугается этого, не станет жертвой и не поддастся панике. Тем не менее, если такая деятельность препятствует продолжению терапии, то можно направить пациента к другому терапевту – при этом переход легко осуществляется во время множественной психотерапии. Проблемы лести чем-то похожи и обсуждаются в других источниках (Verne, 1964; Mosak & Gushurst, 1971).

Угрозы самоубийства всегда воспринимаются серьезно (Ansbacher, 1961, 1969). Но все же Альфред Адлер предупреждает, что наша цель – “выбить это оружие из его рук”, чтобы пациент не мог сделать нас уязвимыми и не мог как угодно пугать нас своими угрозами. В качестве примера он рассказывает: “Как-то пациент спросил меня с улыбкой: “Кто-нибудь из ваших пациентов лишал себя жизни?”, я ответил ему: “Пока – нет, но я готов к тому, что это может случиться в любой момент” (Ansbacher & Ansbacher, 1956).

Курт Адлер (1961) постулирует, что при суицидальных угрозах “в основе лежит гнев против людей”, и что эта мстительная цель должна быть раскрыта. Он “выбивает оружие из рук пациента” следующим образом:

Пациенты уже проверяли меня вопросом, как бы я почувствовал себя, если бы мне пришлось прочитать в газете об их самоубийстве. Я ответил, что это возможно, и что некоторые репортеры, жаждущие новостей, выбрали бы такое сообщение из книги записей полиции. Но на следующий день эта газета перестала бы быть свежей, и возможно только собака удостоит внимания их самоубийство, задрав ногу на эту газету на каком-то из углов.

В целях более обширного описания трудностей психотерапии Александра Адлер (1943), Лазарфельд (1953-54) и Оскар Пельцман (1952) обсуждают проблемы, которые выходят за рамки задач этой главы.

Пример случая

Биографические данные

Пациентом был 53 летний мужчина, родившийся в Вене, находящийся на лечении психотерапевтов-фрейдистов почти непрерывно с 17 лет. С появлением транквилизаторов он перенаправил свою преданность на психиатров, которые лечили его, сочетая лекарства и психотерапию, и, в конце концов, только при помощи лекарств. Когда он начинал адлерианское лечение, то предыдущий терапевт прописывал ему производными опиума и Thorazine (Торазином). Он не рассказал предыдущему терапевту о своем решении увидеть нас, а также не сообщил нам, что он все еще получает лекарства от предыдущего терапевта. Процесс лечения был нетипичным в том смысле, что “болезнь” пациента мешала нам следовать привычной процедуре. Став на протяжении этих лет осведомленным в терапии, он вкладывал свою творческую энергию в попытки управлять терапией. В сущности, совместные усилия были

невозможны. В традиционном понимании его ко-терапевты – доктора А. и В. – тратили все свои усилия на работу с сопротивлением и “переносом” пациента.

Проблема

Когда пациент приступил к лечению, он уже почти все свое время проводил в постели, потому что чувствовал себя слишком слабым, чтобы встать. Его жена была вынуждена все время находиться рядом с ним, иначе он впал бы в панику. Однажды один из приятелей уговорил ее посетить оперу. Пациент пожелал ей приятно провести время, а затем сказал ей: “Когда ты вернешься, то я буду мертв”. В обязанность его секретарши входило успешное ведение его дел. Иначе говоря, всякого заставляли “служить императору”. Ценой, которую он платил за такую службу, было сильное страдание в форме депрессии, обсессивно-компульсивного поведения, фобического поведения, в особенности агарофобии, исключение из социального мира, соматические симптомы и инвалидизация.

Лечение

Пациент проходил множественную психотерапию, проводимую докторами А. и В., но они не присутствовали оба на каждом интервью. Мы обошлись без оценки стиля жизни, потому что у пациента были другие незамедлительные цели. Из поведения пациента нам показалось, что вероятно его воспитали как избалованного ребенка, и он использовал “болезнь”, чтобы тиранизировать мир и получить освобождение от жизненных целей. Если эти догадки верны, то как мы предполагали, он будет стараться оставаться “больным”, будет сопротивляться отказу от лекарств, и будет требовать специального внимания от своих терапевтов. Частью стратегии лечения было решение терапевтов отучить его от лекарств, не уделять ему специального внимания, и не поддаваться его манипуляциям. В ходе лечения интерпретации использовались минимально. План лечения предусматривал тактический и стратегический подход, а не интерпретационный. Некоторые выдержки из ранней части лечения представлены ниже:

8 марта

Доктор В. хотел собрать информацию о стиле жизни, но пациент сразу же пожаловался, что он хочет завершить разговор. Он сказал, что предыдущий терапевт, доктор С., лечил его по-другому. Терапевт В. был слишком беспристрастным. “Вы даже не дадите мне ваш домашний номер телефона. Вас не трогает моя болезнь. Ваше лечение имеет смысл, но оно не поможет мне. Ничего не поможет. Я собираюсь обратно к доктору С. и собираюсь попросить его положить меня в больницу. Он давал мне советы, а вы так жестоки, что не говорите, что мне делать”.

19 марта

Относительно спокоен. Сравнивает В. с доктором С. Позднее сравнивает В. с А. Отдает предпочтение В. перед доктором С, потому что уважает силу первого. Отдает предпочтение В перед А, потому что он мог преуспеть, добившись раздражения последнего, а не первого. Разговор крутился вокруг его использования слабости для преодоления других.

Март 22

Звонит по телефону, чтобы сказать, что он должен быть госпитализирован. Жена покинула его (неправда) и секретарша покинула его (оказалось, что она вышла на обед). Не мог бы В. прийти к нему в офис, чтобы осмотреть его? В. предлагает оставить без изменения их встречу в офисе. Пациент высказался по поводу беспорядка в офисе. “Мне все это дается потом и кровью”. Когда при этом В. остается спокойным, пациент берет бутылку Thorazine и угрожает, что примет ее всю. Затем он вскарабкивается на радиатор, открывает окно (18 этаж), спрыгивает обратно и говорит: “Нет, слишком высоко”.

“Вы мне не помогаете. Почему я не могу получить инъекцию?” Затем сообщает, что В. Оказывает на него успокаивающее действие. “Я хочу иметь возможность провести с вами целый день”. Он мягко разговаривает с пациентом и пациент

достаточно спокоен. Пациент просит совета, что ему делать в эти выходные дни. В. дает совет чего делать не следует, и просит его попытаться насколько возможно позаботиться об этом самому. Пациент удивился сказанному и отклонил его как “плохой совет”.

29 марта

В. был болен 26 марта, и пациент встречался с А. “Это было бесполезно”. Более не беспокоится о больнице. Теперь будет вести себя как бездельник, потому что на прошлой неделе напился. Его секретарша сделала ему замечание, но он надеется удерживать ее с помощью “жесткого обращения. Никто не обращается с босом так, как она со мной”. На прошлой неделе встал с постели и работал. Вышел, чтобы заняться продажей, но “все отвергли меня”. Когда В. намекнул, что, кажется, ему стало лучше, он начал настаивать, что ему становится хуже. Когда В. спросил каким образом, его реакция была парадоксальной: “На этой неделе я побеждаю своих конкурентов”.

2 апреля

Имеет привычку засовывать палец в глотку и вызывать рвоту. Сегодня угрожал проделать это, войдя в офис. В. рассказал пациенту о логических последствиях этого действия – он должен будет вытереть все это. Пациент выдернул палец. “Если бы вы оставили меня одного, то я бы немедленно уснул”. В. оставляет его одного. Пациент сердито восклицает: “Почему вы позволяете мне уснуть?”

9 апреля

Слишком слаб, чтобы даже позвонить терапевту. Если жена выйдет в отпуск, то он убьет себя. Как он сможет выжить, если никто не попросит его поесть, лечь спать, проснуться? “Все, что я делаю – это рвота и сон”. В. выдвигает предположение, что он тиранизирует ее, подобно тому, как он тиранил свою мать и сестер. Он открывает окно и спрашивает: “Прыгнуть?” В. считает это попыткой запугать, а не серьезной угрозой, и отвечает: “Решайте сами”. Пациент закрывает окно и произносит с осуждением: “Вам тоже безразлично”.

Спрашивает, сможет ли он в следующий раз увидеть А. и, до получения ответа, говорит: “Мне он вообще не нужен”. Затем следует: “Я хочу обратиться в больницу. Вы можете устроить мне персональную комнату?” К концу интервью падает на колени и рыдает: “Помогите мне! Помогите мне стать человеком”.

12 апреля

Входит, падает на колени, обхватывает колени терапевта, хнычет: “Помогите мне”. Очень депрессивен. Если бы он только мог все это прекратить. В. дает ему совет Адлера, каждый день делать что-нибудь, что доставило бы кому-нибудь удовольствие. Пациент соглашается вести себя лучше. Прекращает досаждать секретарше и позволяет уйти домой пораньше из-за плохой погоды. Беспокойство прекратилось.

15 апреля

В эти выходные не совершил ничего, чтобы доставить удовольствие другому. Однако, он поиграл в карты с женой. Взял жену покататься на автомобиле. Секс с женой “впервые за долгое время”. В. поощряет его и затем повторяет предложение “доставлять удовольствия”. Он не может этого сделать. Спокоен в течение всего часа. Говорит, что жена попросила его прекратить лечение. После наводящих вопросов выясняется, что она говорила не совсем это, а сказала: “Я предоставляю это на твое усмотрение”.

19 апреля

Хочет, чтобы В. проводил его обратно в его офис из-за того, что он что-то там забыл. Хочет чтобы на этой неделе час был короче, и более длинным на следующей неделе. “Доктор С. позволяет мне так делать”. Когда В. отказал, он жалуется: “Доктор, я не знаю, что еще с вами делать”.

23 апреля

Самоубийство - это не вариант. “Возможно, у меня мазохистическое желание жить”. В. предполагает, что он должен

сердиться на жизнь. На это он отвечает, что хочет быть ребенком, чтобы все его потребности удовлетворялись. Миру надо бы быть большой грудью, а ему следовало бы иметь возможность пить, без необходимости сосать (вероятно, интерпретация, которую он получил в психоанализе). Вчера у него была фантазия разрушения целого города.

В эти выходные он помогал своей жене работать в саду. Он просил советов на выходные. В. и пациент играют в “да, но”. В. обратил внимание пациента на эту игру. После этого пациент самостоятельно предложил возможность моделирования из глины. В. указал на то, что это может оказаться хорошим выбором, при котором пациент может лепить, манипулировать и “быть жестким”.

29 апреля

На прошлой неделе у него был день рождения и он решил было перевернуть листок для следующего года, но не сделал этого. Плачет: “Помогите мне, помогите мне”. Низко оценивает В. “Как долго вы будете обязывать меня приходить в мой летний дом? Я так болен, меня тошнит кровью”. Когда В. говорит ему, что если он так болен, то рекомендуется госпитализация, он улыбается и говорит: “Из-за денег вы себя выдали”. В. и пациент говорили об отношении к В. и об отношении к его отцу. Пациент низко оценивает обоих, возможно из-за того, что он не может доминировать над обоими.

1 мая

Не думал, что он смог бы это сделать сегодня, потому что боялся идти пешком по улице. Не спал всю ночь. Так возбужден, так расстроен (хотя выглядит спокойным). Возможно, его следует госпитализировать, но что потом случится с его делом?

“Мы могли бы сидеть тут все время и все, что вы мне сказали бы – это заполучить глину. Почему вы не даете мне лекарства или совета?” В. указывает, что пациент гораздо сильнее, чем любое лекарство, как свидетельствуют ряд терапевтов и лечебные курсы, от которых он уже отказался.

Он говорит, что идет не в ногу с миром. В. повторяет, высказанную ранее интерпретацию А., что пациент хочет, чтобы мир подлаживался под него и продолжает далее констатацией его желания быть всемогущим, желания, которое заставляет его чувствовать себя слабым и одновременно компенсирует его чувство слабости. Он подтверждает это следующим: “Все Чикаго должно оставаться тихим, чтобы я мог иметь отпуск. Полиция под дулом пистолета должна остановить любого, кто захочет пойти на работу. А я не хочу. Я вообще больше ничего не хочу. Я хочу иметь чековую книжку, но я не хочу работать”. В. отметил сдвиг от “Я не могу” к “Я не хочу”. Пациент согласился и сказал: “Я не хочу, чтобы у меня было все хорошо. Следует ли мне назначать еще встречу?” Принятие решения об этом В. переадресовал обратно ему. Он назначил встречу.

6 мая

“Я близок к концу, умирая от страха (перечисляет симптомы). С пяти утра я убиваю ... Такие приятные люди, а я убиваю их, и меня казнят на электрическом стуле. И моя секретарша, и моя жена не могут больше этого выносить. Заберите меня в больницу. Я не хочу идти. Заберите меня. Я становлюсь сумасшедшим, а вы не помогаете мне. Помогите мне, *Lieber Doctor!* Я сегодня дважды ходил в женский туалет, чтобы вызвать мою секретаршу и девушки пожаловались в администрацию здания. Я не выше правил. Я знал, что я их нарушаю. Моя ширинка снова была расстегнута (он часто “забывает”), и я застегнул ее только перед тем, как вы сегодня вошли”. В. соглашается, что если он становится “все более сумасшедшим”, то больница могла бы оказаться подходящим решением. “Тогда моя жена разведется со мной. Это так ужасно. У них там решетки. Я не пойду. Я еще не настолько плох. Почему же тогда, на прошлой неделе я вышел и сделал большую продажу!” В. предположил, что он “применяет на практике” свои страхи и навязчивости.

8 мая

Был осмотрен А. и В., которые сделали выводы о его семейном устройстве. Это было сделано достаточно приблизительно из-за скудости полученной информации.

13 мая

Жалуется на симптомы. Взял с собой в кино жену, но “был слишком расстроен, чтобы смотреть фильм”. Помог рыхлить граблями возле дома. Возвращается к симптомам и выпрашивает Thorazine. “Как мне жить без Thorazine?” В. советует, что они должны поговорить о том, как жить. Он закричал: “С вашим спокойным голосом вы меня с ума сведете”. В. спрашивает: “Вы хотели бы, чтобы я кричал на вас, как делал ваш отец?” “Я не буду вообще с вами больше говорить”.

“*Lieber Gott*, избавь меня от дьявола внутри меня”. Молит всех о помощи. В. возражает: “Вы когда-нибудь просили о помощи самого себя?” Пациент отвечает: “У меня нет сил, я могу лишь плакать. Я могу кричать. У меня нет сил. Дайте мне вырвать”.

15 мая

Требуется Thorazine, иначе у него будет сердечный приступ. В. просит рассказать пациента о будущем. “У меня нет каких-либо предположений” и возвращается к вопросу о Thorazine. В. Указывает на его реальное достижение – отказ от Thorazine. Пациент ссылается на цену страдания. В. показывает, что это делает такое достижение даже еще большим. Пациент неохотно соглашается с этой мыслью. В. обращает внимание пациента на то, что направление их целей противоположно, поскольку пациент хочет продолжать страдать, но иметь таблетки; целью В. является заставить его прекратить страдания. “Я хочу таблетки”. В. предлагает глину. “Пошла она к черту ваша глина”.

20 мая

Должен получить Thorazine. Есть фантазии убийства и

самокастрации. Говорит А., что тот ничего не знает о медицине. Доктор С. знал. Почему мы не позволяем ему вернуться обратно к доктору С.? А. выходит из комнаты за пациентом. Через три-четыре минуты пациент возвращается и жалуется: “Вы называете *это* лечением?” А. указывает на требование пациента идти собственным путем. Он – маленький мальчик, который хочет быть большим, но не думает, что сможет это сделать. Он – избалованный тиран и А. упоминает любимую в детстве игру пациента, когда он вместе с сестрой лежал в постели и играл в “Императора и Императрицу”.

Пациент указывает на свою изначальную плохость. А. высказывает суждение, что он создает ее. Пациент говорит о враждебности и убийстве. А. интерпретирует выражение лица пациента, как ощущение чувства гордости за свое плохое поведение. Он хватает нож для вскрытия писем, начинает дрожать, затем хватается за руку другой рукой, но продолжает дрожать. А. говорит ему, что это – ложная борьба между добром и злом, что он может решить, как ему себя вести.

В эти выходные он немного помесил глину.

22 мая

На прошлых выходных он косил газон, пытался читать, но “нервы на пределе”. “Я разговариваю с вами как человек, но я не человек”. Болит горло. Боится, что у него может быть рак горла. Вследствие этого перестал засовывать палец в глотку, чтобы вызвать рвоту. Обсуждение прежде высказанной мысли о “подобии человеку”. Фантазия об управлении лодкой в шторм. Фантазии об А., которого шумно приветствует толпа, и пациент в фантазии спрашивает В.: “Вы привыкли к тому, что все внимание привлекает к себе А.?”

Сокрушается по поводу жены и секретарши, ни одна из них более не позволит тирании.

3 июня

Рассказывает фантазию о том, как он стал волшебником и

совершает невероятные подвиги в Белом доме. Он спросил Президента, счастлив ли он в браке, и затем создал кольцо Президента. Хорошие выходные. По своей инициативе занимался любовью с женой. Неохотно признался, что получил от этого удовольствие.

10 июня

“На этой неделе игнорировал свою жену”. Тем не менее, проявил инициативу и они снова занимались сексом. Оба получили удовольствие, но он был напуган, потому что прочитал в журнале, что секс осушает сердце. Секретарша на работе сердита. После ее проверки, он перепроверил. Дал торжественное обещание Господу, что он больше не будет этого делать. Он только еще один раз проверит. Набрасывает несколько планов по улучшению бизнеса, “но у меня нет сил”. Хочет сократить встречи до одного интервью в неделю, потому что ему не становится лучше, и он не в состоянии платить. В. предполагает, что, возможно, ему становится лучше, раз он хочет сократить количество интервью. Пациент отказывается и соглашается на два интервью в неделю.

24 июня

Говорит о страхах. В. говорит ему, что на следующей неделе он уйдет в отпуск. Пациент принимает это спокойно, хотя до этого жаловался, что будет невыносимо расстроен. Пациент рассказывает В., что он уже отказался от вызовов рвоты и от мастурбации, говоря при этом: “Вы оказываете на меня чрезвычайное влияние”. В. одобряет эти изменения, говоря при этом, что пациент самостоятельно принял решение.

4 сентября

(Пациента не видели в течение августа, потому что он ушел в “чудесный” отпуск). Он прекратил пользоваться всеми лекарствами, за исключением эпизодического использования слабых транквилизаторов, которые прописывал его семейный врач. Снова в состоянии читать и сосредотачиваться. Отказался от своих

обсессивных размышлений. Ладит со своей секретаршей без стычек, хотя он ей не нравится. В офисе пунктуален. Хорошо ладит с женой. Стал более внимательным к ней. Оба сексуально удовлетворены.

В. и пациент планируют лечение. Пациент проявляет нежелание, выражает чувство, что он продвинулся настолько, насколько хватило его способностей. В конце концов, один психоаналитик как-то сказал ему, что он безнадежен и рекомендовал ему лоботомию, поэтому, то что достигнуто - уже заметное улучшение. В. соглашается, говоря пациенту, что если бы он считал пациента безнадежным, он не предпринял бы лечения и не рекомендовал бы сейчас продолжения. “Какой вид лечения?” В. рассказывает ему, что никакой внешний элемент (например, лекарство, лоботомия) этого не сделают, что его избавление придет изнутри, что он может выбрать прожить ли жизнь деструктивно (и саморазрушающе) или конструктивно. Пациент предлагает приходить еженедельно в течение четырех недель, а затем раз в две недели. В. не принимает предложения.

17 сентября

Со вчерашнего дня его симптомы вновь появились. Сильные сердцебиения.

25 сентября

Прошлой ночью пригласил жену на ужин в ресторан. Очень доволен. Бизнес идет вяло, и у него много обязанностей, но он работает. Он вынужден напрягаться изо всех сил, чтобы не отступить. В. назначает двойное интервью. Пациент не хочет видеть А. Это его расстроит. Он также не видит никакого смысла во встрече с В., но поскольку В. настаивает... Сильные сердцебиения исчезли после последнего интервью. Выразил в реалистичной манере свою обеспокоенность и прекратил обычную яростную манеру поведения. Хочет интервью раз в две недели. В. хочет раз в неделю. Пациент принимает без возражений.

По мере продолжения терапии, на смену обсуждения симптомов приходит обсуждение реалистичных проблем. Соппротивление уменьшилось. Когда он приступил к терапии, он воспринимал себя как хорошего человека, который вел себя плохо, потому что он был “болен”. В течение терапии он рассмотрел свой обман и согласился быть “плохим парнем”. Однако, как только он понял свою тиранию и стал способен принять ее, то у него появилась возможность спросить самого себя – как он предпочитает прожить свою жизнь – с пользой или без таковой. Поскольку терапевты использовали единый подход (Alexander & French, 1946; Mosak & Shulman, 1963), то после решения вопроса о его тирании, терапия перешла к другой его “базисной ошибке”. Со временем частота встреч уменьшилась, и по взаимному согласию произошло завершение лечения.

Послесловие

Пациент достиг улучшения не пользуясь медикаментами. Посвятив себя своему бизнесу, он преуспел до такой степени, что смог рано выйти на пенсию. Позже переехал в университетский городок, где изучал археологию - ту деятельность, которая больше всего нравилась ему в жизни. Отношения с женой улучшились и они отправились в путешествие за границу. Из-за географической удаленности друг от друга терапевт и пациент больше не имели контактов.

Резюме

Как теория личности адлерианская психология может быть описана следующим образом:

1. Подход адлерианской психологии является социальным, теологическим, феноменологическим, холистическим, идиографическим и гуманистическим.

2. Его основополагающими предпосылками являются следующие: (а) индивид уникален, (b) индивид самосогласован (self-consistent), (c) индивид ответственен, (d) человек склонен к творчеству, к принятию решений, к выбору и, (e) люди могут управлять своим поведением и контролировать свои судьбы.

3. Теория личности адлерианской психологии в качестве центрального конструкта содержит стиль жизни – систему субъективных убеждений, которых придерживается индивид, и которые заключают в себе его взгляд на самого себя и на мир. Из этих убеждений вытекают другие убеждения, способы действия, и цели. Человек ведет себя так, как если бы эти убеждения были истиной, и использует свой стиль жизни как когнитивную карту, с помощью которой он исследует, постигает, выносит суждение, прогнозирует и контролирует окружение (жизненные цели). Поскольку человека нельзя понять в вакууме, а лишь только в социальном контексте, то

для полного ее понимания крайне важны взаимодействие личности с его жизненными целями и направлением движения.

4. “Психопатология”, “психическая болезнь” и подобная терминология - материализации (reifications), которые увековечивают номинальное заблуждение, “склонность путать название с объяснением” (Beach, 1955). “Психопатологическая” личность представляет собой человека, утратившего уверенность в себе. Уверенность в себе по отношению к преодолению жизненных проблем или никогда не развивалась или была утрачена. Со своими пессимистическими предчувствиями, в значительной степени берущими начало из стиля жизни, индивид создает “заготовки” - отговорки, оправдания, второстепенные дела, симптомы – чтобы защитить самооценку, или, даже, может полностью “отступить”.

5. Поскольку проблемы человека проистекают от ошибочных восприятий, навыков, ценностей и целей, которые и привели к неуверенности в себе, то терапия состоит из стремления научить и переучить, при котором двое равных вместе, сотрудничая друг с другом, решают задачу обучения. Фокус терапии на поощрении индивида, опыте поощрения, получаемого и многих средств терапии. Индивид учится верить в себя, учится доверять и любить. Конечной, идеальной целью психотерапии является высвобождение социального интереса личности, так чтобы он мог быть дружелюбным человеком, сотрудничающим и содействующим в создании лучшего общества, личностью, которая чувствует причастность ко всему миру и весь мир воспринимает как свой дом. Про такого человека можно сказать, что он достиг самоактуализации. Поскольку терапия является учебой, по крайней мере, теоретически, то каждый может измениться. На входной двери клиники для несовершеннолетних преступников, находящейся в Вене, есть надпись: “Никогда не бывает слишком поздно” (Kramer, 1947).

В целом можно сказать, что адлерианская психология постепенно обрела жизнеспособность, стала преуспевающей системой. Хотя в течение нескольких десятилетий ею пренебрегали,

за последние годы она приобрела респектабельность. Институты, профессиональные общества, семейные образовательные центры и группы обучения продолжают быстро увеличиваться. Адлерианцы, главным образом те, кто получили университетское образование, все больше вовлекаются в процесс проведения научных исследований. В этих исследованиях также принимают участие неадлерианцы. Редкие до этого адлерианские диссертации получили гораздо большее распространение. В настоящее время адлерианцы выходят из клиник в общество, чтобы обновить свое внимание к социальным вопросам и проблемам, которые адлерианцы подняли 50 лет назад – бедность, война, разрешение конфликтов, агрессия, религия и социальное содружество. Как объявил Уей (1962): “Нам будут нужны не только, как говорят адлерианцы, более сотрудничающие люди, но и общество, более приспособленное к нуждам человека”.

Помимо собственно адлерианцев существуют также те, кто очень много позаимствовали у Адлера, часто однако без упоминания и осознания этого. Адлерианские формулировки так часто обнаруживаются в трудах неадлерианцев, что они становятся частью того, что Адлер мог бы назвать “здоровым смыслом”. Кейт Свард (1947), например, проведя обзор “Психоаналитической терапии” Александера и Френча, писал:

Создается впечатление, что Чикагская группа во всех отношениях адлерианская...Психоаналитический институт в Чикаго не одинок в своем переживании повторного открытия Ранка и Адлера. По всей видимости, и психиатрия, и психология движутся в том же направлении. Взгляды Адлера возрождаются в других энергичных кругах, в особенности в публикациях школы “Хорни”.

Мы наблюдаем проблески взглядов Адлера у фрейдистских эго-психологов, у неофрейдистов, в экзистенциальных системах, в гуманистической психологии, в теории, ориентированной на клиента, в рационально-эмотивной терапии, и в терапии реальностью. Это не является предвестием окончательного исчезновения психологии Адлера путем поглощения другими школами психологии. Поскольку,

как гласит девиз Центра развития учителей в Рокфорде, в котором придерживаются воззрений Адлера: “Образование подобно пламени, вы можете раздавать его, при этом пламя, что вы раздаете, не уменьшается”. Как пишет Джозеф Уайлдер в своем введении к “Очеркам по индивидуальной психологии” (Adler & Deutsch, 1959): “...большая часть наблюдений и мыслей Альфреда Адлера незаметно и тихо пропитала всю современную психологическую мысль в такой степени, что правильно спрашивать не о том, является ли кто-нибудь адлерианцем, а в какой степени он адлерианец”.

Аннотированная библиография

Adler, A. *Social interest: A challenge to mankind*. (1929) New York: Capricorn Books, 1964.

Адлер, А. “Социальный интерес: Вызов человечеству”. Это последняя демонстрация мысли Адлера. В ней вы найдете легко читаемый обзор адлерианской психологии.

Adler, A. *Problems of neurosis: A book of case-histories*. (1929) New York: Harper Torchbooks, 1964.

Адлер, А. “Проблемы невроза: Книга историй случаев”. Адлер представляет свою теорию невротического процесса и невротического развития, иллюстрируя большим количеством примеров из историй болезней. Х. Ансбахер написал превосходное введение к изданию в мягкой обложке, которое лаконично охватывает основную теорию адлерианской психологии.

Ansbacher, H. L. Individual Psychology. In R. J. Corsini & A. J. Marsella (Eds.), *Personality theories, research and assessment*. Itasca, Ill.: F. E. Peacock, 1983

Ансбахер, Х. Л. “Индивидуальная психология”, в кн. “Теории личности, исследование и оценка”, под ред. Р. Дж. Корзини и А. Дж. Марселлы.

Глава Ансбахера является двойником данной главы, компактно дающая сводку теории индивидуальной психологии, тогда как в этой главе внимание концентрируется на адлерианской психотерапии. Сводка Ансбахера, вероятно, является одной из самых удовлетворительных кратких разъяснений, как истории, так и теории индивидуальной психологии, которая дается одним из старейшин теоретиков-адлерианцев.

Ansbacher, H. L., & Ansbacher, R. (Eds). *The individual psychology of Alfred Adler*. New York: Basic Books, 1956, 1958; New York: Harper Torchbooks, 1964.

“Индивидуальная психология Альфреда Адлера”. (Под ред.) Ансбахер, Х. Л. и Ансбахер Р.

Почти энциклопедическое собрание трудов Адлера, эта книга показывает и то великое разнообразие тем, привлекавших внимание Адлера, и эволюцию его мышления. Из-за характера построения этой книги, читателю совершенно необходимо прочитать предисловие к ней.

Dreikurs, R., & Soltz, V. *Children: The challenge*. New York: Duell, Sloan & Pearce, 1964.

Дрейкурс, Р и Зольц, Ф. “Дети: вызов”.

Дрейкурс и Зольц написали *эту* адлерианскую книгу по воспитанию детей. Именно эту книгу наиболее часто изучали в университетских образовательных программах и группах родительского обучения..

Manaster, G. J. & Corsini, R. J. *Individual psychology*. Itasca, Ill.: F. E. Peacock, 1982.

Манастер, Г. Дж. И Корзини, Р. Дж. “Индивидуальная психология”. Это первый учебник адлерианской психологии, написанный на английском языке двумя студентами Рудольфа Дрейкурса. Корзини был предыдущим редактором “Журнала индивидуальной психологии”, а Манастер сменил его на этом посту. Написанная гораздо более легким, по сравнению с учебником Ансбахера и Ансбахер (1956), стилем, эта книга охватывает обширный материал. Уникальным его делают две особенности: книга содержит резюме самого завершенного случая адлерианской психотерапии, опубликованного к настоящему времени, и в ней есть раздел, в котором в краткой форме даются наиболее важные исследования в области адлерианской психологии.

Mosak, H. H. (Ed.) *Alfred Adler: His influence on psychology today*. Park Ridge, N. J.: Noyes Press, 1973.

“Альфред Адлер. Его влияние на психологию в наши дни”. (Под ред. Моусак, Г. Г.)

Эта книга, написанная к столетнему юбилею со дня рождения Адлера, содержит главы Рудольфа Дрейкурса, Александры Адлер, Льюиса Уея, Эрвина Краусца, Вилларда и Маргарит Бичер и других. Эти статьи охватывают такие темы, как неврозы, гордость негров, Шекспир, логические последовательности, семейная терапия, Эдипов комплекс и социометрия.

Mosak, H., & Mosak, B. *A bibliography of Adlerian psychology*. Washington, D. C.: Hemisphere Publishing Corp., 1975.

Моусак, Г. и Моусак Б. “Библиография адлерианской психологии”. Эта книга содержит почти десять тысяч ссылок на литературу по адлерианской психологии и неоценима как помощник исследователю для установления трудов адлерианцев.

Mosak, B., & Mosak, H. *A bibliography of Adlerian psychology* (Vol. 2). Washington, D. C.: Hemisphere Publishing Corp., in press.

Моусак, Б. и Моусак Г. “Библиография адлерианской психологии”. (Том 2)

Этот второй том библиографии будет охватывать публикации адлерианцев с 1973 по 1977.