

## ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТРАТЕГИЯ

К. РОДЖЕРСА

*Александр Суменович Кочарян<sup>1</sup>, Наталья Викторовна Баринова<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Доктор психологических наук, профессор, заведующий кафедрой психологического консультирования и психотерапии Харьковского национального университета имени В. Н. Каразина Министерства образования и науки Украины, г. Харьков (Украина)

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8998-3370>

<sup>2</sup> Кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры прикладной психологии Харьковского национального университета имени В.Н. Каразина Министерства образования и науки Украины, г. Харьков (Украина)

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-5103-0611>

UDC: 378:37.091.12:159-051(045)

### АНОТАЦІЯ

В статье рассматриваются ключевые вопросы клиент-центрированной психотерапии, связанные с пониманием процесса, роли характерологических стилевых особенностей клиентов в их продвижении в ходе психотерапии. Показано, что клиенты в зависимости от типа процесса (оптимального, хрупкого, диссоциативного и психотического) нуждаются в разных терапевтических стратегиях и методах. Приводится таблица соответствия типа процесса терапевтической стратегии и метода. Рассматриваются две основные концепции генезиса расстройств: теория конфликта и теория дефекта.

Конфликт нуждается в осознании, в том, чтобы клиент вошел в "слоистую" структуру травматического переживания, получил доступ к тем переживаниям, ранним воспоминаниям, телесным манифестациям и когнитивным интерпретациям, которые составляют травматическую эмоциональную схему. В этом процессе терапевт использует стратегию ведения, находится "на полшага впереди", что не разрушает саму клиент-центрированную парадигму. Технически же используется фокусирование, как эмпатическую чувствительность к тому, что актуально не переживается клиентом, но что уже может им переживаться при определенных усилиях.

В теории дефекта расстройство связано с наличием определенных проблем в психологической структуре клиента – в системе защит, в системе "Я", в которой ослаблено рефлексивное "Я" и, соответственно, нарушена бифокальность сознания, в системе эмоциональной саморегуляции и т.п. Такие дефекты следует купировать поддержкой, теплом и любовью терапевта к клиенту. Терапевт выступает как "стержень", который обвивает клиент, получая возможность жить, словно лиана на чужом стволе. Терапевтическая стратегия ведения состоит в том, чтобы взять "мальша" на себя, уповав на целительность механизма "рекапитуляции эмоционального опыта".

"Хрупкий" процесс связан с невротическим уровнем психической организации, и в психотерапии опирается на теорию конфликта. "Диссоциативный" процесс связан с пограничным уровнем психической организации, и в психотерапии опирается на теорию дефекта. Дефект устраняется принятием и любовью. "Оптимальный" процесс предполагает наличие внутренних ресурсов самоизменения, такого клиента легко "позвать" рефлексивной техникой. Психотерапевт, находясь "на полшага позади" клиента, реализует стратегию сопровождения клиента.

**Ключевые слова:** клиент-центрированная терапия, процессуальность в психотерапии, типы процессов, уровень психической организации, стратегии психотерапии, методы психотерапии, фокусирование, эмоционально-фокусированная терапия, характерологические стили, механизмы терапии.

Address for correspondence, e-mail: [editpsychas@gmail.com](mailto:editpsychas@gmail.com)  
Copyright: © Alexander Kocharyan, Natalia Barinova

This is an Open Access journal, all articles are distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0) License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>), allowing third parties to copy and redistribute the material in any medium or format and to remix, transform, and build upon the material, provided the original work is properly cited and states its license.

### **Постановка задачи исследования и его актуальность.**

Карл Роджерс, как как выдающийся психотерапевт XX века (Steven J. Haggblom, 2002) основал собственную уникальную психотерапевтическую школу и его клиенто-ориентированная терапия и гуманистический подход являются не только примером высокого профессионализма и эффективности, но и могут быть необычайно полезными при обогащении других психотерапевтических и психологических практик.

В целом, по нашему мнению, наработки К. Роджерса могут как являться отдельным методом терапии, либо же дополнить другие подходы ориентацией на пациента и мягкостью, гуманностью работы.

Учитывая значительное количество работ по исследованию наследия и терапевтической практики К. Роджерса, существует ряд вопросов, ответы на которые помогут как понять природу пациенто-ориентированной терапии, так и повысить ее эффективность. В частности, такими проблемными вопросами являются индивидуализация методов терапевтической работы и ее объективные ориентиры.

**Целью нашего исследования** является определение особенностей терапевтической стратегии К. Роджерса, а именно индивидуализация личностно-ориентированной терапии и общие цели (мишень) терапевтической помощи.

Структура исследования построена на модели «вопросы-ответы», что позволило с ясностью изложить акцентированные аспекты терапевтической стратегии К.Роджерса, а именно:

- существуют ли особенности терапии клиентов с разной нозологией, характерологией, уровнем личностной организации?
- почему Роджерс не учитывал особенности нозологии и характерологии клиента?
- на что направлена терапия (мишень) К. Роджерса?

Наследие К. Роджерса и его гуманистических подход, разновекторно исследуются многими учеными, следует обратить внимание на его определении роли в психотерапевта его отношение к пациенту и эмпатии в процессе терапии (Kaluzeviciute, 2020; Renger, 2021; Moyers & Miller, 2013), роли религии и веры в терапии

(Vankalmthout, 1995 ; Mather, 2008), терапия психических расстройств (Oberreiter, 2021; Swaney, 2020), влияние работ на позитивную психологию (Joseph, 2020; Maurer, & Daukantaitė, 2020).

### **Методы исследования:**

Экспозиционный. Который направленный на представление терапевтических методов работы К. Роджерса, их стратегии и особенностей применения. Также, с использованием этого метода нами представлены существующие работы по наследию К.Роджерса и его подхода.

На основе метода моделирование отношений терапевт-пациент в нашем исследовании представлена реализация похода К. Роджерса при осуществлении терапии на практике.

С помощью метода обобщения и синтеза нами представлены типы психотерапевтических процессов в клиент-центрированной практике. С использованием метода анализа проведена их обоснованная характеристика и выведены результаты проведенного исследования.

### **Основная часть исследования.**

Роджерс (Мартин Бубер – Карл Роджерс, 1994) в интервью с Бубером (18 апреля 1957) отмечал, что «для меня нет различия во взаимоотношениях, которые я формирую с нормальным человеком, шизофреником, параноиком – я действительно не чувствую никакой разницы». Это означает, что с его точки зрения, механизм саногенеза универсален – «если терапия эффективна, ... в ней происходит ... встреча личностей». СекреттакойВстречиблизостьтерапевта к своему«внутреннему, интуитивному я», к своей «трансцендентальной сущности», тогда все, чтобы терапевт ни делал, «оказывается целительным»(Rogers.C. A., 1986). Вместе с тем, Вамер (Warner, 2013; p. 144) писала, что клиент-центрированные психотерапевты "стыдятся концептуализировать клиентов, как имеющих характерологические расстройства, такие как нарциссическая личность, пограничная личность или как диссоциативное расстройство идентичности". Проблема не в нозосе, а в патосе, особенном характерологическом стиле, за которым стоит не конфликт, а деформированная структура организации личности: нару-

шение эмоциональной саморегуляции, высокая самокритика и разрушающий стыд, отсутствие бифокальности и слабости рефлексивного «Я» и т.п. Она предложила альтернативную модель, связанную с выделением разных типов процессов (характерологических стилей) клиентов, которые определяют их успешность в психотерапии и выбираемые психотерапевтические стратегии.

**Вопрос:** почему Роджерс не учитывал особенности нозологии и характерологии клиента?

Кажется, что глубоко личностные трансцендентальные части личности свободны от патологии, от чего-то нездорового, «грязного», «порочного» и т.п. Если я, как терапевт, вхожу в свою часть, сотканную «по Образу и Подобию», то я рассчитываю, что и клиент туда занырнет. И эта часть содержит такие ресурсы личностной трансформации, которые позволяют клиенту подсоединиться к своему «чувству правильности» (Роджерс) и спонтанно запускают «организмическую тенденцию», имеющую такие свойства, как «конструктивность», «творчество», «правильность» и т.п., и которая ведет человека в полноту функционирования («полностью функционирующая личность»), а, значит, и зрелости, а значит, и психологического/психического здоровья. Рут Сантфорд (Ruth Sanford, 2005; p. 288) отмечала, что «существует возможность, что может возникнуть ситуация, когда упование (опора) на процесс не сработает, но я этого пока не наблюдала». При этом, такой механизм кажется (для «научно» - ориентированных терапевтов) мистическим, непостижимым, неясным, не укладывающимся в «прокрустово ложе» науки. Адресация к этому механизму кажется неубедительной, отпугивающей «научных» терапевтов. Роджерс, будучи организмическим теоретиком (Холл, Линдсей, 2008), дал естественно-научное объяснение такой психотерапевтической трансформации: он описал терапевтический механизм «эмоционального уравнивания» (Rogers, 1961). Суть механизма состоит в следующем: клиент «открывает» для себя некоторые диссоциированные переживания, которые первоначально «просачиваются» в сознание, затем они доводятся «до предела», и когда

они экстремально выражены, запускается «механизм уравнивания», появляется переживание, которое представляет собой организмический процесс, противостоящий инфантильному. Такая трансформация травматической эмоции ресурсной в более развернутой форме описана в работах Лесли Гринберга (Goldman, Watson, 2016) поэмционально-фокусированной терапии (EFT). Технически различие состоит в том, что Роджерс сопровождал клиента в предельно интенсивное переживание, а Гринберг делал акцент на том, что травматическое интенсивное переживание может не дать возможность перейти к организмическому переживанию. В таком различии в понимании техники сопровождения клиента кроются, как минимум, три причины:

- ⇒ Роджерс принимал клиента на себя, он лично был с клиентом («вслушивающаяся любовь», «священное в общении»), Гринберг же во многом выполняет роль «инструктора», «проводника». Поэтому клиент полностью полагался на Роджерса, который являлся элементом эмоциональной саморегуляции самого клиента. Роджерс использовал «рефлексивную технику», которая, собственно, презентует стратегию сопровождения, своеобразный «зов» терапевта. Клиент легко идет в процесс, он просто «плывет» без особых задержек;
- ⇒ Роджерс реализовывал стратегию «сопровождения» («на полшага позади») - опираясь на терапевта, клиент сам «шел» в процесс, проявляя независимость и самостоятельность. Гринберг же полагал, что стратегия следования за клиентом приводит к тому, что клиент движется по «порочному кругу», не выходит из травмы; поэтому клиента нужно «толкать» (стратегия «ведения»). Такое различие стратегий, по-видимому, связано с различием типов клиентов, что описано в пункте 3;
- ⇒ Клиент Роджерса, по-видимому, в большей мере близок к невротическому уровню – он идет в процесс, «плывет» от стадии к стадии, в нем свободно оживает «организмическая тенденция», он имеет доступ к собственным эмоциям. Но если человек очень трудно сдвигается от стадии к стадии, то возникает идея не процесса, а структу-

ры. Такие «структурно» нарушенные клиенты, конечно, были и у Роджерса (кажется, один из примеров – классическое интервью с Глорией). Но в целом, видимо, это люди, здорового и невротического уровней с небольшими затеканиями в пограничный. Таких клиентов еще можно «сопровождать» (идут сами), а вот пограничных личностей – уже сложно; их нужно «вести», быть «на полшага впереди», а не «полшага позади» (как у Роджерса). У клиентов, которые могут идти сами, существует «чувство правильно-

сти» (Rogers, 1961), которое, как маяк, направляет жизнь; осмысленности жизни, которое может ускользать, но которое есть; идентификационная определенность, когда клиент знает кто он и чего хочет; недостает уверенности и силы пойти по намеченному пути. Здесь приведем две проясняющие метафоры.

*Первая метафора М. Эриксона:* он описывает ситуацию, когда будучи ребенком он пришел во двор школы и увидел там лошадь. Ребенок взял ее под уздцы, и повел со двора. Лошадь пыталась уйти в сторону

Таблица 1.

Типы психотерапевтических процессов в клиент-центрированной практике

Типы	Характеристика	Способы работы	Стратегия работы
Оптимальный	Легкое течение от стадии к стадии по континууму процесса, наличие способностей у клиента: 1) к рефлексии тех аспектов опыта, которые еще ясно не артикулированы, 2) к тому, чтобы держаться в переживаниях под контролем на среднем уровне выраженности, 3) снижать интенсивность переживания, 4) словом обозначить собственные переживания	Рефлексивная техника	Сопровождение клиента при создании необходимых и достаточных условий изменения клиента.
Хрупкий	1) Трудности с модуляцией интенсивности ключевых переживаний, 2) трудности с началом и концом эмоциональных реакций, которые социально ожидаемы, 4) проблема принять точку зрения другого человека без потери контакта с собой, 5) высокая интенсивность переживаний чувства вины и самокритики.	Рефлексивная техника + Фокусирование	Сопровождение клиента + Ведение клиента
Диссоциативный	личностный опыт сепарирован на отдельные, часто несогласованные, части, 2) персонификация отдельных частей, 3) частичная или полная неосознанность одних частей другими, 3) разорванность психики и личности (существование разных несогласованных желаний, идей, переживаний без дискомфорта), что связано с перегруженностью переживаний инцеста и насилия, 4) в определенный период могут преобладать то одни личностные части, то другие, 5) человек быстро сваливается в травматический опыт и трудно из него выходит, 6) затруднения смотреть на свой травматический опыт со стороны.	Принятие, психотерапевт как "стержень", на который накручивается клиент, как "теплое одеяло".	Ведение клиента (не в смысле его продвижения в глубину переживаний, а ведение как "опора").

пощипать травку, но ребенок ее сдерживал. Так лошадь пришла на ферму, хозяин которой спросил у ребенка: «Ты откуда знал, что это моя лошадь?». На что тот ответил: «А я и не знал. Я просто не дал ей сбиться с пути».

*Вторая метафора:* человек, как ему кажется, заплыл далеко в море, обессилел, и хотел положиться на камень. Камень же весь в водорослях, человек за них пытается держаться, но небольшой шторм отрывает его от камня – отдохнуть на камне не получается. Возникает парализующий страх. Он зовет на помощь, и приплывает его товарищ, который плывет рядом, и помогает только присутствием. Человек чисто физически выплыл сам.

Что объединяет эти две метафоры? Человек может двигаться сам, но что-то ему мешает (напр., страх). Такие клиенты сохранны, они нуждаются в поддержке: «Я все сделаю, только побудь рядом». Роджерс (Rogers, 1942) писал, что терапевт не должен находиться за рамками сказанного клиентом, «если терапевт либо движется быстрее, чем клиент, либо вербализует невысказанные чувства клиента, то этим он наносит настоящий вред клиенту и психотерапевтическому процессу».

Если же клиент не знает чего хочет, не понимает кто он (идентификационная размытость), имеет дефекты защитной системы – легко впадает в травматическое переживание, и трудно из него выходит, не может посмотреть на травматическое событие «со стороны» и т.п., то он не способен к самостоятельному движению.

Понятно, что при этом меняется и роль психотерапевта. В первом случае терапевт идет за клиентом, сопровождает его (метафора «парного танца» Роджерса), следует стратегии «на полшага позади»; во втором – клиента нужно подталкивать, вести, следовать стратегии «на полшага впереди». В первом случае – это быть рядом с клиентом и обеспечить его эмпатическим пониманием, безусловным позитивным принятием и прозрачностью психотерапевта, его понятностью для клиента. В этом случае клиент лечит себя за счет актуализации собственной организмической тенденции. Роджерс в диалоге с Мартином Бубером (Мартин Бубер – Карл Роджерс: Диалог, 1994) отмечал, что «когда мы можем встретиться, тогда помощь действительно при-

ходит, но она является побочным продуктом».

Во втором случае, когда клиент несколько нарушен, терапевт становится тем, кто ведет клиента – его инструктором, проводником.

Реальность такова, что далеко не все клиенты следуют по процессу в соответствии с классическими представлениями Роджерса. Они могут стоять, или ходить по кругу, который Гринберг обозначил, как «порочный». И тогда клиента нужно вести. В развитии клиент-центрированной терапии выявлено несколько типов психотерапевтических процессов – оптимальный, хрупкий, диссоциативный и психотический (Warner, 2013).

**Вопрос:** На что направлена терапия (мишень) К. Роджерса?

В таблице 1 представлены типы психотерапевтических процессов (Warner, 2013), помимо психотического. Эти типы во многом корреспондируют с с психоаналитической идеей уровней психического функционирования (Руководство по психодинамической диагностике, 2019) и спецификации психотерапевтического воздействия на клиента в зависимости от уровня его функционирования.

Существуют, как минимум, две концепции личностной организации:

*Концепция конфликта*, описывающая личность с невротической организацией. В рамках концепции патогенетической психотерапии Мясищева (1960) фактором формирования невротического расстройства является специфический конфликт (неврастенический конфликт - долженствование vs возможности личности; истерический конфликт – желания vs возможности личности; психастенический конфликт – желания vs долг). Далее стало очевидным, что выделить специфический для невротической нозоформы конфликт очень затруднительно, что привело к идее поликонфликтности – в основе любого невроза лежат много конфликтов. Концепция конфликта направляет психотерапевта на поиск тех травматических зон, которые, являясь токсичными, «инфицируют» всю психику. Здесь основными являются: осознание конфликта и ассоциированных с ними переживаний, вербализация конфликта, проработка



переживаний, их экспрессия и т.п. Основными условиями такой работы являются: готовность клиента быть в процессе осознания и переживания травмы; переживание клиентом того, что такая работа полезна для него; достаточная эмоциональная саморегуляция, состоящая в том, что погружение в травму не сильно нарушает клиента, не создает психотических эпизодов; погружение в травму не сопряжено с потерей рефлексивного «Я» и сохранение бифокальности клиента; клиент в состоянии выбраться из травматических переживаний и т.п.;

*Концепция дефицита*, рассматривающая личность как такую, которая имеет структурные нарушения, которые и обуславливают формирование ряда черт, которые были обозначены как «пограничное расстройство личности» по DSM-III (Крейсман & Страус, 2018; р. 26):

«1) настойчивые попытки избежать реального или воображаемого одиночества,

2) нестабильные и напряженные межличностные отношения,

3) недостаточное или отсутствующее осознание собственной идентичности;

4) импульсивность в проявлениях потенциально саморазрушительного поведения, такого как злоупотребление алкоголем и наркотиками, кражи в магазинах, неосторожное вождение, переедание,

5) повторяющиеся угрозы суицида или суицидальные жесты, намеренное нанесение себе телесных повреждений,

6) резкие смены настроения чрезмерная реакция на ситуационные стрессы,

7) хроническое ощущение опустошенности,

8) частые и неуместные проявления злости,

9) проходящее, связанное со стрессами ощущение нереальности или паранойи».

В МКБ-10 указанный тип расстройств относится к более общей рубрикации F60.3–«эмоционально неустойчивое расстройство личности», где в качестве глубинной основы выступает «отсутствие самоконтроля» (Классификация..., 1999).

Существует два подхода к пониманию ПРЛ:

1) ПР – это тип личности, наряду с зависимым, шизоидным и др. расстройством;

2) ПР – это уровень психической организации

(МакВильямс, 1998). Этот подход связан с пониманием личности как дефицитарной. Дефицит проявляется нарушениях:

- взаимоотношений прошлого и настоящего, когда «клапан» между ними у человека нарушен, и из прошлого в настоящее проникают травматические фиксированные переживания;
- защитных ограждениях травматических зон – человек легко попадает в зону травмы внутри личности, и не может из нее самостоятельно выйти;
- границы травмы размыты, и из нее постоянно инфицируется здоровая часть психики – феномен «эмоциональной гемофилии» (Крейсман, 2018, с. 27-30), когда негативные эмоции наводняют;
- размыты границы «Я» – они очень подвижные, плавающие, что затрудняет самоидентификацию.
- изменение структуры «Я» – в значительной степени нарушается бифокальность (сохранения и баланс переживательного и рефлексивного «Я»).

Существуют и другие структурные дефициты, которые начинают проявляться с юношеского возраста, создавая впечатление «плохого» характера.

Наше предположение состоит в том, что Роджерс работал с клиентами (преимущественно его терапия была создана для этих клиентов), находящимися в оптимальном (здоровый уровень психической организации) и диссоциативном (пограничный уровень психической организации) процессах. Именно в этих процессах большое значение имеет личностное сопровождение: в оптимальном процессе – важно верить в клиента, в его ресурсы трансформации, идти за ним, дать возможность опираться на себя. Это, словно, здоровый ребенок идет вперед, а мать, находясь чуть сзади, поддерживает, но не сдерживает его; в автономном процессе – клиент не может самостоятельно двигаться, он не знает куда двигаться, имеет существенные идентификационные трудности, не может ни на кого положиться, имеет серьезные напряжения в межличностных контактах, недоверие. В этих условиях «копаться» в травмах бесперспективно, клиента нужно взять на себя, на ручки, быть для него стержнем и пространством, где произойдет рекапитуляция его эмоционального опыта. Это

тоже поддержка, но другая, связанная с дефицитом. Традиционные методы психотерапии, ориентированные на невротический уровень психической организации, в данном случае, успеха бы не имели.

Фактически Роджерс исходил из концепции любви, которой он зовет в жизнь (оптимальный процесс) и восполняет дефицит (диссоциативный процесс) – нужно не распутать «запутанность» клиента, не вывести бессознательные желания на «свет», а «полить», наполнить недостающие дефициты, или улыбнуться, принять его возможности. Именно поэтому он предложил метафору «садовника», который бережно возвращает растение, дает внимание и тепло. Очевидно, что такая терапевтическая стратегия будет полезна для клиентов, находящихся на разных уровнях психической организации, но релевантна – для оптимального и диссоциативного процессов. Роджерс фактически предложил лечение любовью, хотя об этом редко говорил (Карягина, 2012). По мнению Х. Кохута, фрустрация желаний и влечений вполне переносима и нетравматична, если человек встречает эмпатическое понимание – человек нуждается в «эмпатически модулируемом предложении» чего-либо (напр., пищи), а не самой пищи. Это роднит подходы Роджерса и Кохута. Как справедливо отмечает Карягина (2012), «появление клиент-центрированного подхода К. Роджерса и психологии самости Х. Кохута оцениваются историками психотерапии как проявления парадигмального сдвига в этой области – перехода к «психотерапии отношениями». Но все-таки Роджерс, прежде всего, лечил «здоровых». Так, по данным Прохазка и Норкросс (2007) в США клиент-центрированную помощь в большей мере осуществляют консультанты (8%) и социальные работники (2%), тогда как число психиатров, практикующих в этом подходе составило 0%.

#### Выводы:

важно перейти от понимания наличия трех уровней организации психического функционирования («невротический», «пограничный» и «психотический») к четырем (добавив «здоровый»), что отражено в PDM-II;

стратегия «следования» за клиентом хорошо работает при оптимальном процессе, для такого процесса эффективными являются необходимые и доста-

точные условия терапевтического изменения клиента. Поддержка выступает не как покрытие «дефицита» клиента, а как сопровождение в жизнь, актуализация «организмической тенденции» клиента;

поддержка клиента в диссоциативном процессе выступает как создание такого психотерапевтического пространства, в котором терапевт способствует «рекапитуляции эмоционального опыта» клиента;

«хрупкий» процесс связан с невротически уровнем психической организации и предполагает стратегии фокусирования, ведения клиента «на полшага впереди».

**Перспективы дальнейшего исследования** можно определить как исследование применений принципов и терапевтической стратегии К. Роджерса в протоколах психотерапевтической помощи и в психологическом, а также психотерапевтическом сопровождении клиентов.

#### References :

- Martin Buber – Karl Rodzhers: Dialog [Martin Buber - Karl Rogers: Dialogue] (1994). Moskovskiy psikhoterapevticheskiy zhurnal, 4. Moscow. [in Russian]
- Rogers, C. A. (1986). Client-centered/ Person- centered Approach to Therapy. Kutash I., Wolf A. (Eds.) Psychotherapist's casebook. Jossey-Bass, 197-208.
- Sanford, R. (1995). From Rogers to Gleik and back again. Beyond Carl Rogers. Toward a Psychotherapy of the 21<sup>st</sup> Century. Ed. By David Brazier. London: Constable, 253-273.
- Kholl, K. S., Lindsey, G. (2000). Teoriilichnosti. Moscow: Psikhoterapiya. [in Russian]
- Rogers, C.R. (1961). On becoming a Person. A Therapist's View of Psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Rogers, C.R. (1942). Counselling and Psychotherapy. Cambridge: Massachusetts, Printed in USA.
- Mak-Vil'yams, N., Lindzhardi, V. (2019). Rukovodstvo po psikhodinamicheskoy diagnostike [Guide to Psychodynamic Diagnosis] [Transl. Perfilieva, O., Saburova, N., Snigur, V.]. Moscow: Nezavisimaya firma "Klass". [in Russian]
- Myasishchev, V. N. (1960). Lichnost' i nevrozy [Personality and neuroses]. Leningrad: Izdatel'stvo Leningradskogo universiteta im. A.A. Zhdanova. [in Russian]
- Kreysman, Dzh., Straus, KH. (2018). Ya nenavizhu tebya, tol'ko ne brosyay menya. Pogranichnyye lichnosti i kak ikh ponyat' [I hate you,

- just don't leave me. Borderline personalities and how to understand them]. Spb.:Piter. [in Russian]
- Мясищев В.Н. (1960). Личность и неврозы. Ленинград: Издательство Ленинградского университета им. А.А. Жданова.
- Prokhazka, Dzh., Norkross, Dzh. (2007). Sistemypsikhoterapii [Systems of psychotherapy]. Moscow: Praym-Yevroznak, Kharvest. [in Russian]
- Klassifikatsiya psikhicheskikh i povedencheskikh rasstroystv: klinicheskiye opisaniya i ukazaniya po diagnostike. (1999). Kyiv.: Fakt. [in Russian]
- Karyagina, T. D. (2012). Otkuda v psikhoterapii empatiya: K. Rodzhers, yego psichoanaliticheskiye predshestvenniki i posledovateli [Where does empathy come from in psychotherapy: K. Rogers, his psychoanalytic predecessors and followers]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya*. Tom. 20, № 1. S. 8 –33. [in Russian]
- Goldman Rh, Watson J. (2016). Emotion-Focused Therapy. Person-Centered and Experiential Therapies. Contemporary Approaches and Issues In Practice. P. Wilkins (Ed.) London: SagePublications
- Warner M.S. (2013). Person-centred Therapy at the Difficult Edge: a Developmentally Based Model of Fragile and Dissociated Process. *Person-centred therapy today. New Frontiers in Theory and Practice*. D. Mearns and B. Thorn (Eds.). Los-Angeles, London: Sage Publications
- Steven J. Haggblom & other (2002) . The 100 Most Eminent Psychologists of the 20th Century, *Review of General Psychology*, vol. 6, n° 2, p. 139-152 (ISSN 1089-2680)
- Kaluzeviciute, G. (2020) The role of empathy in psychoanalytic psychotherapy: A historical exploration. *CLINICAL PSYCHOLOGY & NEUROPSYCHOLOGY*. Published online: 15 Apr 2020. DOI: <https://doi.org/10.1080/23311908.2020.1748792>
- Renger, S. (2021): Therapists' views on the use of questions in personcentred therapy, *British Journal of Guidance & Counselling*, DOI: 10.1080/03069885.2021.1900536
- Moyers, TB & Miller, WR (2013) Is Low Therapist Empathy Toxic? *PSYCHOLOGY OF ADDICTIVE BEHAVIORS*. Volume 27, 3, pp 878-884, DOI : 10.1037/a0030274
- Van Kalmthout, Martin A. (1995) The Religious Dimension of Rogers's Work. *Journal of Humanistic Psychology*, 35, 4, (1995), pp. 23-39. ISSN. 0022-1678. DOI. <http://dx.doi.org/10.1177/00221678950354003>
- Mather, R. (2008). Hegel Dostoyevsky and Carl Rogers: between humanism and spirit. *History of the Human Sciences*. 2008;21 (1):33-48. doi:10.1177/0952695107086151
- Renger, S., & Macaskill, A. (2021). Developing the Foundations for a Learning-Based Humanistic Therapy. *Journal of Humanistic Psychology*. <https://doi.org/10.1177/00221678211007668>
- Oberreiter, D. (2021). Carl rogers and schizophrenia. the evolution of carl rogers' thinking on psychosis and schizophrenia: A literature survey. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 20 (2), 152-173. doi:10.1080/14779757.2021.1898456
- Joseph, S. (2020). Why we need a more humanistic positive organizational scholarship: Carl rogers' person-centered approach as a challenge to neoliberalism. *Humanistic Psychologist*, 48(3), 271-283. doi:10.1037/hum0000151
- Maurer, M. M., & Daukantaitė, D. (2020). Revisiting the organismic valuing process theory of personal growth: A theoretical review of rogers and its connection to positive psychology. *Frontiers in Psychology*, 11 doi:10.3389/fpsyg.2020.01706
- Swaney, M. (2020). Four relational experiences in music therapy with adults with severe and profound intellectual disability. *Music Therapy Perspectives*, 38(1), 69-79. doi:10.1093/mtp/miz015

### Alexander Kocharyan

Doctor of Psychological Sciences, Professor, Head of the Department of Psychological Counseling and Psychotherapy, Karazin Kharkiv National University of the Ministry of Education and Science of Ukraine, Kharkiv (Ukraine)

### Natalia Barinova

Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor, Associate Professor of the Department of Applied Psychology of Karazin Kharkiv National University of the Ministry of Education and Science of Ukraine, Kharkiv (Ukraine)

## K. ROGERS' THERAPEUTIC STRATEGY

### ABSTRACT

The article considers the key issues of client-centered psychotherapy, related to understanding the process, the role of characterological stylistic features of clients in their promotion during psychotherapy. It is shown that clients, depending on the type of process (optimal, fragile, dissociative and psychotic) need different therapeutic strategies of methods. The table of correspondence of type of process of therapeutic strategy and method is resulted. Two main concepts of the genesis of disorders are considered: the theory of conflict and the theory of defect. Conflict requires awareness in order for the client to enter the "layered" structure of the traumatic experience, gain access to those experiences, early memories, bodily manifestations and cognitive interpretations that make up the traumatic emotional scheme. In this process, the therapist uses a management strategy that is "half a step ahead" that



does not destroy the client-centered paradigm itself. Technically, focusing is used as an empathic sensitivity to what is not actually experienced by the client, but what they can already experience with some effort.

In the theory of the defect, the disorder is associated with certain problems in the psychological structure of the client - in the defense system, in the system of "I", in which the reflexive "I" is weakened and, accordingly, bifocal consciousness is disturbed, in the system of emotional self-regulation. Such defects should be alleviated by the support, warmth and love of the therapist for the client. The therapist acts as a "rod" that wraps around the client, getting the opportunity to live like a vine on someone else's trunk. The therapeutic management strategy is to take the "baby" on, hoping for the healing mechanism of the "recapitulation of emotional experience."

The "fragile" process is associated with the neurotic level of mental organization, and in psychotherapy is based on the theory of conflict. The "dissociative" process is associated with the marginal level of mental organization, and in psychotherapy is based on the theory of defect. The defect is eliminated by acceptance and love. The "optimal" process involves the availability of internal resources of self-change, such a client is easy to "call" reflexive technique. The psychotherapist, being "half a step behind" the client, implements the strategy of accompanying the client.

**Key words:** client-centered therapy, procedurality in psychotherapy, types of processes, level of mental organization, psychotherapy strategies, psychotherapy methods, focusing, emotionally-focused therapy, characterological styles, mechanisms of therapy.

### **Кочарян Олександр Суренович**

*Доктор психологічних наук, професор, завідувач кафедри психологічного консультування і психотерапії Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна Міністерства освіти і науки України, м. Харків (Україна)*

### **Барінова Наталія Вікторівна**

*Кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри прикладної психології Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна Міністерства освіти і науки України, м. Харків (Україна)*

## **ТЕРАПЕВТИЧНА СТРАТЕГІЯ К. РОДЖЕРСА**

### **АНОТАЦІЯ**

У статті розглядаються ключові питання клієнт-центрованої психотерапії, пов'язані з розумінням процесу, ролі характерологічних стильових особливостей клієнтів в їх просуванні в ході психотерапії. Показано, що клієнти в залежності від типу процесу (оптимального, крихкого, диссоціативного і психотичного) потребують різних терапевтичних стратегій методів. Наводиться таблиця відповідності типу процесу терапевтичної стратегії і методу. Розглядаються дві основні концепції генезису розладів: теорія конфлікту і теорія дефекту.

Конфлікт потребує усвідомлення, в тому, щоб клієнт увійшов в «шарувату» структуру травматичного переживання, отримав доступ до тих переживань, ранніх спогадів, тілесних маніфестацій і когнітивних інтерпретацій, які складають травматичну емоційну схему. У цьому процесі терапевт використовує стратегію ведення, знаходиться «на півкроку попереду», що не руйнує саму клієнт-центровану парадигму. Технічно ж використовується фокусування, як емпатична чутливість до того, що актуально не переживається клієнтом, але що вже може їм переживатися за певних зусиль.

В теорії дефекту розлад пов'язано з наявністю певних проблем в психологічній структурі клієнта - в системі захистів, в системі «Я», в якій є ослабленим рефлексивне «Я» і, відповідно, порушена біфокальність свідомості, в системі емоційної саморегуляції тощо. Такі дефекти слід купірувати підтримкою, теплом й любов'ю терапевта до клієнта. Терапевт виступає як «стрижень», який обвиває клієнт, отримуючи можливість жити, немов ліана на чужому стовбурі. Терапевтична стратегія ведення полягає у тому, щоб взяти «малюка» на себе, сподіваючись на цілющість механізмів

му «рекапітуляції емоційного досвіду».

«Крихкий» процес пов'язаний з невротичним рівнем психічної організації, і в психотерапії спирається на теорію конфлікту. «Диссоціативний» процес пов'язаний з межовим рівнем психічної організації, і в психотерапії спирається на теорію дефекту. Дефект усувається прийняттям і любов'ю. «Оптимальний» процес передбачає наявність внутрішніх ресурсів самозміни, такого клієнта легко «покликати» рефлексивної технікою. Психотерапевт, перебуваючи «на півкроку позаду» клієнта, реалізує стратегію супроводу клієнта.

**Ключові слова:** клієнт-центрована терапія, процесуальність в психотерапії, типи процесів, рівень психічної організації, стратегії психотерапії, методи психотерапії, фокусування, емоційно-сфокусована терапія, характерологічні стилі, механізми терапії.

***How to cite (як цитувати):***

Kocharyan, A. & Barinova N. (2021). *K. ROGERS' THERAPEUTIC STRATEGY. PSYCHOLOGICAL JOURNAL*, 7 (5), 7 - 16. <https://doi.org/10.31108/1.2021.7.5.1> [in Russian]

Дата отримання статті: 16.04.2021

Дата рекомендації до друку: 12.05.2021

Дата оприлюднення: 31.05.2021