

витіснення; формування реакцій; ізоляцію; знищення; проєкцію; інтроекцію; спрямування проти себе; обертання; сублімацію (або зміщення інстинктивних цілей).

Фрейд А. пропонує концепцію ліній розвитку суб'єкта [6, с.58-75], що відображають поступовий рух дитини від залежних, ірраціональних, детермінованих Ід відносин до зростаючого панування Его у внутрішньому та зовнішньому світі. Ці лінії А.Фрейд назвала історичними реаліями, які, якщо їх розглядати у сукупності, створюють картину індивідуальних досягнень дитини або, з іншого боку, її невдач у розвитку особистості.

Таким чином, дане дослідження дає підстави на висновок, що внутрішній конфлікт психіки обумовлюється глибиннопсихологічними факторами, які приховуються на латентному рівні і мають як мають як прихований, так прямий зв'язок з конфліктогенністю особистості, що проявляється у спілкуванні.

### Література

1. Freud A. Defense Mechanisms: Encyclopedia Britanika, v.7., London, P.172-173.
2. Freud S. "Selbstdarstellung" (1925a). G.W.XIV,7.
3. Freud S. Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse (1933). G.W.XV, 84.
4. Райх Вильгельм. Анализ личности. –М.: «КСП+»; СПб.: «Ювента», 1999. –333с.
5. Фрейд Анна. Теория и практика детского психоанализа. М.: ООО Апрель Пресс, ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс, 1999. –Т.1. –384 с.
6. Фрейд Анна. Теория и практика детского психоанализа. М.: ООО Апрель Пресс, ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс, 1999. –Т.2. – 400 с.
7. Фрейд З. Толкование сновидений. - К.: Здоровья, 1991. — 382 с.
8. Энциклопедия глубинной психологии. Том I. Зигмунд Фрейд: жизнь, работа, наследие. – М.: ЗАО МГ Менеджмент, 1998. –800 с.

© 2014

И. С. Бородина (г. Донецк)

### ДЕЗИНТЕГРАЦИЯ ПСИХИКИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

**Постановка проблемы.** Шизофрения – одно из самых распространенных психических заболеваний и в то же время мало изученное. Больных шизофренией насчитывается примерно 1-2% от населения Земли. И почти во всех странах этот показатель одинаков. Психиатры всего мира изучают данное заболевание в течение последних 150 лет, однако этиология и патогенез до сих пор не ясен. Опыт глубинного анализа больных шизофренией (Э. Берн, А. Брилл, Г. С. Салливан, З. Фрейд, К. Г. Юнг, К. Ясперс) показывает значимость психогенеза в возникновении заболевания, что предполагает возможность профилактического и психотерапевтического воздействия на психику пациентов с психозом.

**Целью статьи** является анализ роли психологических механизмов в процессе дезинтеграции психики больных шизофренией.

**Изложение основного материала.** Психиатры шизофрению называют «дельфийским оракулом» психиатрии, так как в ней концентрируются масштабнейшие проблемы человеческой психики. Этот психоз – в связи с богатством переживаний больных – называют также королевской болезнью [3, с. 5]. Шизофренное переживание многообразно и непонятно, его характеризует «инаковость», странность, его часто сравнивают со сновидениями. Между переживаниями во время сновидений и шизофренными переживаниями существует только количественное различие. О. Блейлер утверждает: «Одним из важнейших симптомов шизофрении является преобладание внутренней жизни и активное отгораживание от окружающего мира. В тяжелых случаях этот уход оказывается настолько полным, что больные живут как бы во сне» [4, с. 35].

Течение шизофрении иногда сравнивают с пожаром, который сначала вспыхивает, во второй фазе горит спокойнее и угасает в третьей, оставляя после себя прах и пепелище. Шизофренический процесс

направлен на распад и дезинтеграцию личности. Так, само понятие «шизофрения», предложенное в 1911г. О. Блейлером, происходит от греческого *schizo* – расщепляю, разделяю, раздираю, и *fren* – сердце, разум, воля [3, с. 12]. Условием индивидуальности каждой системы, живой или мертвой, является определенный порядок. Ученый, врач психиатр А. Кемпинский утверждает, что распад личности при шизофрении состоит именно в утрате индивидуальности в следствие разрушения определенного, специфического для данного человека порядка. Дезинтеграция – один из двух основных симптомов шизофрении – наблюдается во всех ее фазах, но в последней расщепление превращается в распад [3, с. 56].

Болезнь эта, к сожалению, в большинстве случаев неизлечима. Даже при полном выздоровлении, когда окружающие не замечают более никакой ненормальности, всегда остается определенный дефект в душевной жизни. Проявления этой болезни чрезвычайно разнообразны; в качестве осевых симптомов шизофрении О. Блейлер выделил аутизм, т. е. оторванность от окружающего мира и замыкание в собственном, внутреннем мире, далеком от объективной действительности, а также расщепление (*schizo*), или дезинтеграцию, всех психических функций. Также, яркими и интересными проявлениями, или симптомами, данного заболевания является негативное психопатологическое изменение мышления и восприятия больных, что проявляется в галлюцинациях и бредовых переживаниях. При этом в мозгу часто не наблюдается никаких изменений, даже когда болезнь продолжается годами в очень тяжелой форме, мозг при вскрытии нередко оказывается нормальным. Поэтому чисто анатомические взгляды современной психиатрии не дают ключа к пониманию душевного расстройства.

Клиническая психиатрия обращает мало внимания на форму проявления и содержание отдельного симптома, а психоанализ именно с этого начинал и установил, прежде всего, что симптом осмыслен и связан с переживанием больного. Так, З. Фрейд показал, что «...бредовая идея не является больше чем-то бессмысленным или непонятным, она осмысленна, хорошо мотивирована, связана с аффективным переживанием... представляет собой необходимую реакцию на бессознательный душевный процесс» [5, с. 160]. Данное открытие было сделано несколько раз, так, еще до Й. Брейера и П. Жане крупный психиатр Лере высказал мнение, что даже бреды душевнобольных должны бы быть признаны осмысленными, если бы мы только умели их интегрировать [5, с. 163].

Известно, что подобные расстройства вызываются бессознательными психическими явлениями: галлюцинации и иллюзии психически больных суть продукты не сознательных, а бессознательных процессов. Рассудок, при этом, сохраняется, но оттеснен болезненными идеями, заполнившими ум пациента. Господство патологических представлений над психикой больного происходит потому, что они порождены самыми важными вопросами, занимавшими его до болезни, другими словами, – ведущий интерес психики в прежнем ее нормальном состоянии превращены в непонятную путаницу различных симптомов.

Согласно психоанализу, эмоциональная жизнь человека гармонична и уравновешена при достаточной силе Эго, способном удерживать под контролем внутренние психические процессы. У некоторых индивидов с ослабленным Эго и, соответственно, чрезмерно возбужденным Ид (как результат вытесненных переживаний) энергия растрачивается неконструктивно, поскольку инстинкты, потребности, желания находят возможность получать частичное удовлетворение латентно, способами, противоречащими целесообразности. Такие искаженные способы выражения называются невротическим поведением. У больных шизофренией функциональные обязанности Эго начинает исполнять Ид. В этих случаях подавленные образы становятся сознательными. Неудовлетворенные объектные либидо и муртидо больных шизофренией настолько усиливаются, что одерживают верх над Эго; психика полностью отказывается от принципа реальности, и Ид перенимает все образы, изменив их согласно своим собственным желаниям и своей картине мира. Ид действует таким образом, будто индивид является центром мироздания, и в образе, заключенном в его собственном Ид, индивид бессмертен, всемогущ во всем и способен воздействовать одним своим желанием на все вещи в мире. Во время борьбы между Ид и проверяющим действительность Эго образы настолько смешиваются, что человек не может отличить новые образы от старых, образы грез от образов, основанных на опыте. В итоге он уже не знает, видел ли раньше те или иные вещи; испытывает ощущение, будто события происходят вторично, хотя они происходят впервые; и в половине случаев не знает, грезит он или нет [1, с. 205].

В анализе шизофренических заболеваний К. Г. Юнгом описывается механизм компенсирующего влияния [7]. Суть которого выражается в попытках внутренней борьбы больного со своим бессознательным посредством защитных механизмов. Он уже окружен атмосферой, как бы изолирующей и отчуждающей его ото всех, и продолжает отдаляться от мира действительности. В результате возникает состояние возбуждения, вызывающее усиленную дисгармонию между сознательной и бессознательной установками. Таким образом, противоположные пары оказываются разрозненными и между ними возникает разлад, в результате которого наступает состояние близкое к катастрофе. Бессознательное начинает постоянно врыватья в сознательные процессы. Отсюда возникают странные мысли, неадекватные настроения, откладывающие отпечаток на первоначальные формы галлюцинаций, отражающих внутренние конфликты субъекта. Таким образом, бессознательные побуждения, достигающие данным способом сознательной сферы психики, имеют неприемлемую и неадекватную для нее форму.

Необычайность прорывов в сознание этих компенсирующих влияний вызвана их вынужденной борьбой против существующих в сознании сопротивлений, вследствие чего компенсации и бывают выражены языком бессознательного – т. е. посредством весьма разнородных сублимированных материалов. Так как все материалы сознательной психики, утратившие возможность применения, а потому и всякую цену, становятся сублимированными.

Функция бессознательного при психическом расстройстве, по существу своему, состоит в компенсации содержаний сознательной психики. Но по причине характерной односторонности сознательных стремлений, компенсирующие поправки во всех подобных случаях становятся недействительными. Эти бессознательные стремления неизбежно прорываются в сознательную психику, но так как они приспособляются к односторонним целям сознания, то могут проявляться лишь в искаженном, а потому и неприемлемом виде [7].

Возможно, что при шизофрении нормальному сознанию противостоит необычайно сильное бессознательное; возможно также, что у пациента слабое сознание, и оно не может сдержать напор бессознательного материала. К. Г. Юнг допускает существование шизофрении двух типов: шизофрении, имеющей слабое сознание, и шизофрении второго типа, имеющей сильное бессознательное. Но в том и другом случаях происходит процесс раздвоения «Я» или его расщепление на большее число частей при чем таким образом, что больные оказываются лицом к лицу с совершенно чуждыми силами, ведущими себя как отдельные личности, характеризующиеся многогранностью, преследующие вполне очевидные цели, имеющие определенный характер, настроенные дружественно или враждебно. Голоса, зрительные галлюцинации, бред воздействия, раздвоение сознания собственного тела могут вступить в сложную связь и в итоге оформиться в настоящие персонификации — потерявшие самостоятельность части собственного бессознательного.

При шизофрении очень часто наблюдаются чужеродные содержания, более или менее неожиданнорывающиеся в сознание и расщепляющие внутреннюю целостность личности, правда, специфическим для шизофрении образом. В то время как невротическая диссоциация никогда не теряет свой систематический характер, шизофрения являет картину, так сказать, несистематической случайности, в которой смысловая целостность и связность, столь характерная для неврозов, часто искажается настолько, что становится крайне неясной.

Дезинтеграция или диссоциация при шизофрении не только значительно серьезнее, но часто обратима. Она не характеризуется текучестью и изменчивостью, как при неврозе и более сходна с зеркалом, разбившимся на мелкие осколки. Психика распадается на комплексы, и комплекс Эго перестает играть среди них господствующую роль. Он превращается просто в один из нескольких комплексов, каждый из которых важен в равной мере, или даже более важен, чем Эго. Все комплексы приобретают характер личностей, оставаясь в то же время фрагментами. Понятно также, что может ослабеть их сила воли, что они утратят самоконтроль, власть над окружающими их условиями, над своими настроениями и мыслями. При таком состоянии вполне может случиться, что какая-то неуправляемая составляющая психики пациента приобретет определенную самостоятельность. Критическим моментом заболевания является распад личности и утрата Эго своей главенствующей роли.

Обобщая труды З. Фрейда и свои собственные по данному вопросу, К. Г. Юнг пишет: «Шизофренический комплекс характеризуется дезинтеграцией своего собственного идеационного содержания, оставляя общее поле внимания вполне непоколебленным. Это выглядит так, как если бы этот комплекс разрушал себя сам путем искажения своих собственных содержаний и средств коммуникации. При этом, энергия этого комплекса не образуется за счет других ментальных процессов, равно как и не ослабляется общая ориентация или любые другие функции. Здесь, напротив, очевидно, что шизофренический комплекс потребляет, так сказать, свою собственную энергию, отделяя ее от своих собственных содержаний путем понижения их *умственного уровня*. Или, выбирая другой подход, можно сказать, что эмоциональная интенсивность такого комплекса приводит к неожиданному падению своих собственных основ или к расстройству нормального синтеза идей. Здесь крайне трудно представить себе психологический процесс, который мог бы произвести такой эффект» [7]. Психотерапия невроза не дает нам здесь ключа к разгадке, так как все невротические процессы действуют в полном соответствии со всеми психическими составляющими и нет никакой дезинтеграции идей.

К. Г. Юнг утверждает, что «саморазрушительность шизофренического комплекса проявляется, прежде всего, в дезинтеграции средств выражения и коммуникации. Кроме того, существует и другое, менее очевидное, его проявление, а именно, неадекватная аффективность. Хотя определенная эмоциональная неадекватность наблюдается также и при неврозах (например, преувеличение, апатия, депрессия и т. д.), но последняя (в отличие от шизофрении) всегда сохраняет свою систематичность (внутреннюю логику) и очевидна лишь для опытного наблюдателя. В шизофрении же аффективность оказывается повсеместно неадекватной; наблюдается не только отсутствие или нарушение аффективности в зоне собственно самого комплекса, но ее (аффективности) неадекватное проявление присутствует также и в обычном поведении пациента. В рамках же самого комплекса эмоциональная компонента выглядит распределенной совершенно нелогично или же отсутствующей вовсе, во многом дезинтегрированной аналогично расстроенным психическим составляющим» [7]. При шизофрении аффективные события превращаются в галлюцинации, бредовые идеи, стереотипии, все это облекается в большинстве случаев в скрытую символическую форму, в то время как первоначальный аффект, как таковой, уже не существует или становится рудиментарным. Можно предположить, что это своего рода механизм защиты, дающий возможность избавиться от неприятных аффектов, переживаний, мыслей, чувств.

В то время как в области нормы и неврозов острый аффект проходит сравнительно быстро, а хронический аффект не слишком сильно расстраивает общую ориентацию сознания и дееспособность, шизофренический комплекс обладает несравненно более мощным воздействием. Его проявления становятся фиксированными, сравнительная автономия делается абсолютной, и он столь полно овладевает сознательным разумом, что отчуждает и разрушает личность. Он не создает «раздвоенную личность», а лишает Эго-личность власти, узурпируя ее место.

Ставится вопрос о первопричине: слабость Эго-личности или сильный аффект? К. Г. Юнг считает, что последнее перспективнее по следующим причинам. Общеизвестная слабость Эго-сознания в состоянии сна практически ничего не значит для психологического понимания содержания сновидения. Окрашенный чувством комплекс и динамически, и содержательно оказывает решающее воздействие на смысл сновидения. Этот вывод можно применить и к шизофрении, ибо вся феноменология этой болезни концентрируется в патогенном комплексе. При попытке объяснения лучше всего исходить именно из этого и рассматривать слабость Эго-личности как вторичное и деструктивное последствие окрашенного чувством комплекса, возникшего в области нормального, но впоследствии взорвавшего единство личности своей интенсивностью.

К сожалению, такой специфический разлад функций у больных шизофренией распространяется на все психические явления. Так, например, и ассоциации шизофреников характеризуются бессистемностью, бессвязностью, гротескностью, они абсурдны и непонятны вовсе. То есть продукты шизофренических компенсаций не только архаичны, но еще и искажены хаотической случайностью. Поэтому и содержание картин весьма характерно: мифические фигуры, странные птицы, гротескные, искаженные формы людей и животных; кроме того, наблюдается потребность в отображении универсальных целостностей – картины мира, сущности вещей (рис. 1, рис. 2, рис. 3). Иногда чертятся сложные механизмы, что должно изображать физический, соматический источник галлюцинаторных



воздействий (рис. 4 и рис. 5). Но, пожалуй, еще более существенна форма картины. Охватывая ее в целом, мы пытаемся определить: значит ли она что-либо для больного как целое или представляет собой всего лишь случайный набор элементов; где именно кроется интегрирующее начало? Характерны следующие признаки: явно выраженная педантичность, аккуратность, тщательность выполнения; стремление к сильным, преувеличенным эффектам; придание различным картинам взаимного сходства благодаря стереотипным кривым, кругам и угловатым конфигурациям (рис. 6, рис. 7 и рис. 8). Пытаясь понять воздействие картин на их автора и обсудить их с ним, мы обнаруживаем, что в простейших вещах он усматривает важную символику и обогащает их всякого рода фантастическими смыслами [6].

Невозможно однако отрицать, что в тех случаях, когда больные с шизофреническим процессом являются одаренными людьми, их рисунки и картины, благодаря своей первозданной силе, живой выразительности, зловещей навязчивости и необычайной значительности оказывают сильное воздействие на нормальных людей (рис. 9 и рис. 10).

Ниже приведены рисунки больных шизофренией.



Рис. 1. Рисунок на свободную тему

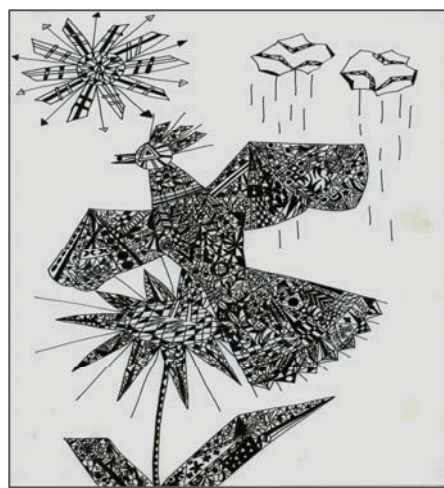


Рис. 2. Рисунок на свободную тему



Рис. 3. Рисунок на свободную тему



Рис. 4. Несуществующее животное



Рис. 7. Что было до моего рождения

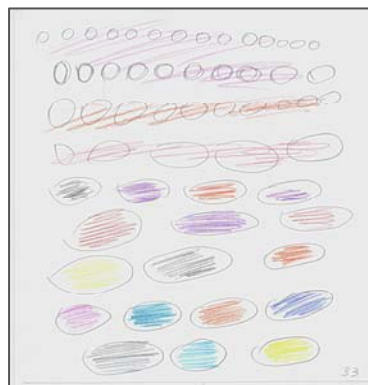


Рис. 8. Мои сновидения



Рис. 5. Рисунок на свободную тему

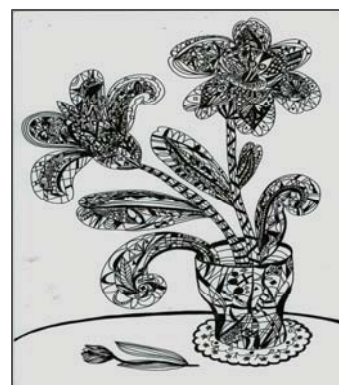


Рис. 6. Рисунок на свободную тему



Рис. 9. Рисунок на свободную тему

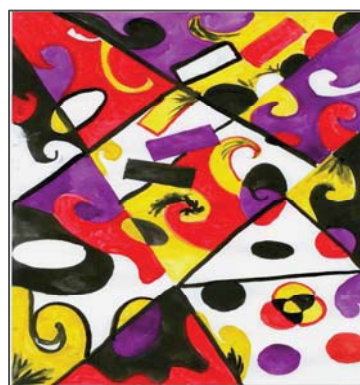


Рис. 10. Рисунок на свободную тему

В представленных выше рисунках видно, что специфический характер неврозов нарушается при шизофрении и вместо систематических аналогий возникают лишь спутанные, гротескные и вообще в высшей степени неожиданные фрагменты. Можно констатировать, что характерной чертой для шизофрении является такого рода распад идей и представлений. Это свойство роднит ее с известным нормальным феноменом – сновидением. Оно тоже носит случайный, абсурдный и фрагментарный характер и для своего понимания нуждается в амплификации. Однако явное отличие сна от шизофрении состоит в том, что сновидения возникают в спящем состоянии человека, когда сознание пребывает в «сумеречной» форме, а явление шизофрении почти или вовсе не затрагивает элементарную ориентацию сознания.

З. Фрейд считал, что, несмотря на способность психоанализа глубоко рассматривать механизм образования симптомов, он «бессилен против этого недуга, как и любая другая терапия, по крайней мере, пока. Хотя мы можем понять, что произошло с больным, у нас нет, однако, никакого средства сделать это понятным для самих больных» [5, с. 162].

К. Г. Юнг же уверен, что шизофренические нарушения можно лечить и излечивать психологическими методами, и что шизофреник, ведет себя по отношению к лечению так же, как и невротик. У него те же комплексы, то же понимание и те же потребности, но нет той же самой уверенности и устойчивости в отношении собственных основ. В то время как невротик инстинктивно может положиться на то, что его расщепление личности никогда не утратит свой систематический характер и сохранится его внутренняя целостность, латентный шизофреник всегда должен считаться с возможностью неукротимого распада. Его представления и понятия могут потерять свою компактность, связь с другими ассоциациями и соразмерность, вследствие чего он боится непреодолимого хаоса случайностей. Он стоит на зыбкой почве и сам это знает. Опасность часто проявляется в мучительно ярких снах о космических катастрофах, гибели мира или же твердь, на которой он стоит, начинает колебаться, стены гнутся или движутся, земля становится водой, буря уносит его в воздух, все его родные мертвы и т. д. и т. п. Эти образы описывают фундаментальное расстройство отношений – нарушение раппорта (связи) пациента со своим окружением, – и зримо иллюстрируют ту изоляцию, которая ему угрожает.

В нашем исследовании мы ставим цель понять этиологию и патогенез шизофрении и степень эффективности психотерапии. При работе с шизофрениками мы используем психоанализ комплекса тематических рисунков в рамках современного глубинного метода активного социально-психологического познания (АСПП), разработанного академиком НАПН Украины, доктором психологических наук, профессором Т.С. Яценко.

**Выводы и перспективы дальнейших исследований.** Анализ литературы и практические исследования позволяют определить шизофрению как заболевание, выражающее крайнюю степень дезинтеграции психики, являясь болезненным отражением разобщенности, отчужденности и расщепленности психики субъекта. Перспективы дальнейшего исследования состоят в установлении взаимосвязи этиологии шизофрении и защитных механизмов психики; определенности возможностей психокоррекционного воздействия на психику пациентов с психозом.

**Резюме.** У статті представлено аналіз наукової літератури з проблеми дослідження психотичного захворювання «шизофренія» в аспекті психоаналітичної концепції, а також проблеми профілактики і психотерапії хворих на шизофренію.

**Ключові слова:** шизофренія, дезинтеграція, несвідоме, свідомість, сновидіння, захисний механізм, симптом.

Summary. This paper presents an analysis of scientific literature on the study of psychotic illness "split mind" in terms of psychoanalytic concepts and problems of prevention and therapy of patients with split mind.

Keywords: split mind, disintegration, unconscious, consciousness, dreams, defense mechanism the symptom.

#### Литература:

1. Берн Э. Введение в психиатрию и психоанализ для непосвященных / Э. Берн ; перевод с англ. А. И. Федорова. – С.-Петербург : Талисман, 1994. – 432 с.
2. Брилл А. Лекции по психоаналитической психиатрии / А. Брилл: Пер. с англ. А. Б. Хавина. – Екатеринбург : Деловая книга, 1998. – 335 с.
3. Кемпинский А. Психология шизофрении / Антон Кемпинский ; перевод с польск. А. А. Боричева. – С.-Петербург : Ювента, 1998. – 294 с.
4. Хелл Д. Шизофрении / Даниель Хелл, Магрет Фишер-Фельтен ; перевод с нем. И.Я. Сапожниковой. – М. : Алетей, 1998. – 200 с.
5. Фрейд З. Введение в психоанализ : лекции / З. Фрейд / Авторы очерка о Фрейде Ф. В. Бассин и М. Г. Ярошевский. – М. : Наука. 1989. – 456 с. – (Серия «Классики науки»)
6. Ясперс К. Общая психопатология / Карл Ясперс ; перевод с нем. Л.О. Акопян. – М. : Практика, 1997. – 1053 с.
7. Юнг К. Работы по психиатрии / Карл Юнг ; перевод с нем. В. Зеленского. – Спб. : Гуманитарное агентство «Академический проект» (Библиотека Максима Мошкова), 2000. – 304 с.

## МАНІПУЛЯТИВНІ ЗАСОБИ СПІЛКУВАННЯ У ПЕДАГОГІЧНОМУ ПРОЦЕСІ

**Постановка проблеми.** Проблема психологічного впливу, незважаючи на її широкий прикладний спектр, є однією з мало розроблених у вітчизняній науці. Вона концентрує в собі безліч актуальних питань психологічного знання: починаючи з сутності людської психіки, механізмів її функціонування, процесів становлення та розвитку особистості, закінчуючи питаннями етики і моралі. Проблема психологічного впливу безпосередньо виводить на розуміння механізмів і способів управління психічними явищами, на розуміння закономірностей зміни суб'єктивного світу особистості, а також фактів, що визначають результативність самого процесу впливу.

Професію вчителя відносять до професій, що пов'язані із маніпулятивним впливом. У будь-якому навчанні завжди є елемент маніпуляції. Водночас щоденна шкільна практика переконує, що не будь-який педагогічний вплив є конструктивним і має позитивний результат у вигляді особистісних та індивідуальних змін. Знання закономірностей маніпулятивного впливу дозволяють вчителям своєчасно розпізнавати, протистояти їм і не допускати у своїй практиці педагогічно недоцільних маніпуляцій.

Вітчизняні психологи пропонують кілька типологій стратегій впливу на людину, основним критерієм яких є ставлення до партнера по спілкуванню як до суб'єкта чи як до об'єкта. Для нашого дослідження є вагомим типологія основних стратегій психологічного впливу, запропонована Г. А. Ковальовим. На його думку, в реальній життєдіяльності людини мають місце три основні стратегії «імперативна», «маніпулятивна» і «розвивальна».

Імперативна стратегія відповідає «об'єктній» або «реактивній» парадигмі в психології, відповідно до якої психіка і людина в цілому розглядаються як пасивний об'єкт впливу зовнішніх умов і продукт цих умов. Використання імперативних методів впливу призводить найчастіше лише до зовнішнього короточасного підпорядкування з боку об'єкта впливу і не торкається глибинної структури його психічної організації.

Маніпулятивна стратегія відповідає «суб'єктній» парадигмі, що ґрунтується на твердженні про активність і індивідуальну вибірковість психічного відображення зовнішніх впливів, де суб'єкт сам здійснює перетворюючий вплив на психологічну інформацію, що поступає ззовні. Маніпулятивна стратегія реалізується головним чином за допомогою прийомів підсвідомого стимулювання, що діють в обхід психологічного контролю, а також так званих маскувальних і конверсійних технік, що блокують систему психологічних захистів або руйнують її, вибудовуючи натомість нову суб'єктивну просторово-часову організацію, нову модель світу.

Розвиваюча стратегія ґрунтується на «суб'єкт-суб'єктній» або «діалогічній» парадигмі, де психіка виступає як відкрита система, що перебуває в постійній взаємодії, яка володіє внутрішнім і зовнішнім контурами регулювання. Психіка в цьому випадку розглядається як багатомірне й «інтерсуб'єктне» за своєю природою утворення. Розвиваюча стратегія забезпечує актуалізацію потенцій власного саморозвитку кожної з взаємодіючих між собою систем. Психологічними умовами реалізації такої стратегії впливу є діалог і взаємна відкритість [5].

Від типології Г. А. Ковальова відштовхується і Є. Л. Доценко, вибудовуючи свою шкалу рівнів установок на взаємодію від об'єктивного до суб'єктивного полюсів. Об'єктний полюс характеризується ставленням до партнера по спілкуванню як до засобу, об'єкту досягнення своїх цілей. Суб'єктний полюс конститує ставлення до партнера по взаємодії як до цінності і характеризується установкою на діалог і співпрацю. Є. Л. Доценко пропонує п'ять рівнів установок на взаємодію в міжособистісних стосунках.

1. Домінування. Ставлення до іншого як до речі або засобу досягнення своїх цілей, ігнорування його інтересів і намірів. Прагнення володіти, розпоряджатися, отримувати необмежену односторонню перевагу.

2. Маніпуляція. Ставлення до партнера по взаємодії як до «речі особливого роду» - тенденція до ігнорування його інтересів і намірів. Прихований вплив, з опорою на автоматизми і стереотипи, із залученням більш складного опосередкованого тиску. Найбільш часті способи впливу - провокація, обман, інтрига.